

Eindrapport reflectiegroep 'Naar een New Deal voor de huisarts(praktijk)'

Maart 2023

Auteurs (in alfabetische volgorde): Jean Luc Belche, Pieter Geentjens, Ann Van den Bruel

Contents

1	Samenvatting	4
1.1	Wat?	4
1.2	Waarom?	4
1.3	Hoe?	4
1.4	Voorstel	4
1.5	Te verwachten effecten	5
1.6	Volgende stappen	5
2	Proces reflectiegroep ‘Naar een New Deal voor de huisarts(praktijk)’	6
2.1	Persbericht minister Vandenbroucke	6
2.2	De reflectiegroep	6
2.2.1	Missies	6
2.2.2	Samenstelling reflectiegroep	7
2.3	Advies van het werkveld	8
2.3.1	Focusgroepen	8
2.3.2	Kwantitatieve bevraging	9
2.4	Kalender en werkmethode werkzaamheden reflectiegroep	10
3	Resultaten	12
3.1	Vraag 1: activiteitenpakket van de huisartspraktijk	12
3.1.1	Specifieke methode	12
3.1.2	Conclusies vraag 1	12
3.2	Vraag 2 : relatie met de patiënt in de huisartspraktijk	14
3.2.1	Specifieke methode	14
3.2.2	Conclusies vraag 2	14
3.3	Vraag 3 : ondersteunende professionals in de huisartspraktijk	16
3.3.1	Specifieke methode	16
3.3.2	Resultaten van de focusgroepen	16
3.3.3	Conclusies reflectiegroep vraag 3	20
3.4	Vraag 4: financieringsmodel van de huisartspraktijk	23
3.4.1	Analyse KCE	24
3.4.2	Resultaten van de focusgroepen	26
3.4.3	Resultaten van de kwantitatieve bevraging	31
3.4.4	Conclusies Reflectiegroep vraag 4	34

4	Voorstel nieuw financieringsmodel	38
4.1	Algemeen	38
4.2	Definitie New Deal huisartspraktijk	38
4.3	Basisvereisten.....	38
4.4	Capitatiefinanciering	38
4.5	Prestatiefinanciering	39
4.6	Premiefinanciering	40
4.7	Verwachte effecten	42
4.8	Gerelateerde onderwerpen en aanbevelingen.....	44
4.8.1	Zorg voor voldoende huisartsen	44
4.8.2	Opleiding praktijkassistenten en verpleegkundigen in de huisartspraktijk.....	44
4.8.3	Aanbevelingen wachtdienst.....	45
4.8.4	Aanbevelingen gedeeld elektronisch gezondheidsdossier.....	45
4.8.5	Aanbevelingen patiënteducatie en triage.....	46
4.8.6	Aanbevelingen aan lokale en regionale overheden	46
5	Volgende stappen.....	47
5.1	Operationele uitwerking.....	47
5.2	Open discussiepunten	48
5.2.1	Remgeld.....	48
5.2.2	Conventionering	48
5.2.3	Financiering naar praktijk	48
5.2.4	Raadplegingen op afstand	48
5.3	Implementatie	49
5.4	Evaluatie	49
5.5	Ondersteuning in informeren, begeleiding in transitie, evaluatie	50
6	Dankwoord	51
	Bijlage 1 – Samenstelling reflectiegroep	52

Bijlagen

1. Samenstelling reflectiegroep
2. Resultaten survey
3. KCE rapport

1 Samenvatting

1.1 Wat?

Ontwikkelen van een nieuw organisatie- en financieringsmodel voor de huisartsgeneeskunde dat voldoet aan de doelstellingen van de Quintuple Aim. Dit nieuwe model zal bestaan naast de huidige bestaande systemen. Huisartsen zullen vrijwillig kunnen instappen in dit nieuwe systeem.

1.2 Waarom?

De zorgvraag vanuit de bevolking wordt groter en complexer door vergrijzing. Huisartsen voelen zich overbevraagd en/of voeren patiëntenstops in, waardoor patiënten op sommige plaatsen geen huisarts meer vinden. Het systeem van betaling per prestatie vergoedt onvoldoende het werk buiten de patiëntencontacten en laat moeilijk toe dat het team in de huisartspraktijk diverser wordt. De nieuwe generaties wensen een nieuw evenwicht tussen professioneel -en privéleven.

1.3 Hoe?

Reflectiegroep bestaande uit de artsensyndicaten, mutualiteiten, academische centra huisartsgeneeskunde, wetenschappelijke verenigingen huisartsgeneeskunde en hun jongerenafdelingen, huisartsenkringen, vertegenwoordigers van de huisartsen in opleiding, KCE, FOD Volksgezondheid en RIZIV.

Groepsdiscussies tijdens bijeenkomst elke 2 weken, rond 4 thema's:

- Takenpakket huisartspraktijk
- Relatie met de patiënt
- Profielen in het team van de huisartspraktijk
- Organisatie- en financieringsmodel

Focusgroepen bij 11 LOK groepen verspreid over heel België (2 sessies per LOK groep)

Online bevraging gericht aan alle huisartsen in België, ingevuld door 2.453 respondenten.

KCE rapport met beschrijving van 5 andere Europese landen met een gemengd financieringsmodel voor de huisartsgeneeskunde.

1.4 Voorstel

Het New Deal organisatie- en financieringsmodel heeft betrekking op de **huisartspraktijk**, gedefinieerd als een praktijk die wordt uitgebaat door één of meerdere huisartsen die allen **geaccrediteerd** zijn en die onder hetzelfde dak of gestructureerd in een netwerk werken, met een gedeeld patiëntenbestand, en waarbij integratie-instrumenten gebruikt worden zoals gedeelde patiëntendossiers, zorgoverleg en coördinatievergaderingen. Een huisartspraktijk treedt toe tot de overeenkomst 'New Deal' als één organisatie.

Het New Deal financieringssysteem is een **3-ledig gemengd model** waarbij huisartsen betaald worden met een capitatiebedrag voor elke patiënt met een vaste behandelrelatie (analoog aan het GMD), per prestatie (consultaties, bezoeken en technische actes) en via een premiefinanciering.

In een New Deal praktijk zal het capitatiebedrag per patiënt met een vaste behandelrelatie aanzienlijk hoger zijn dan het bedrag voor het GMD in de huidige prestatiefinanciering; de bedragen voor de honoraria voor consultaties en bezoeken zullen lager zijn, zodat deze twee componenten gemiddeld een **even groot aandeel** vertegenwoordigen in het inkomen van de huisarts. Het capitatiebedrag per patiënt wordt **gemoduleerd naar zorgzwaarte** met parameters die automatisch kunnen vastgesteld

worden. Voor consultaties met patiënten zonder vaste behandelrelatie (vakantiegangers, studenten, co-ouderschap, 2^e advies, ...) gelden de conventietarieven, '*passantentarief*' genoemd.

De premiefinanciering bestaat uit verschillende onderdelen: ondersteuning, kwaliteit, beschikbaarheid en samenwerking. Voor de delen **ondersteuning, kwaliteit en beschikbaarheid** worden de huidige systemen behouden die ook van toepassing zijn voor de bestaande financieringssystemen (geïntegreerde praktijkpremie, beschikbaarheidshonoraria, zorgtrajecten, ...). Voor het deel ondersteuning wordt binnen de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen (NCAZ) een regeling uitgewerkt voor meer praktijkondersteuning, die van toepassing zal zijn op alle huisartspraktijken.

De **premie samenwerking** creëert een vergoeding voor **praktijkmanagement** in functie van het aantal zorgverleners binnen de praktijk en het aantal patiënten met een vaste behandelrelatie. De premie samenwerking bevat ook een optionele premie voor een **verpleegkundige in de huisartspraktijk** in functie van het aantal vaste patiënten in de praktijk. De premie voor de praktijkverpleegkundige wordt verbonden aan voorwaarden, namelijk naar de grootte van de praktijk (minstens 1.000 patiënten met een vaste behandelrelatie), naar het gebruik van integratie-instrumenten en naar het opzetten van programma's in preventie en proactieve zorg. Deze beide premies zijn uniek voor de New Deal praktijk die aan deze criteria voldoen en op deze manier willen samenwerken..

Het nieuwe financieringsmodel is budgetneutraal voor een gemiddelde praktijk. Er is bijkomende financiering nodig voor praktijkverpleegkundigen en praktijkmanagement.

1.5 Te verwachten effecten

Gewogen capitatiefinanciering, analoog aan het GMD, maar met hogere bedragen:

- Erkenning en honoreren van werk buiten directe patiëntencontacten
- Meer autonomie in het besteden van de middelen (diversiteit huisartspraktijkenlandschap)
- Laat taakdelegatie toe, tussen huisartsen en/of andere zorgprofessionelen.
- Vergoeding volgens zorgwaarde en complexiteit
- Loon naar werken blijft behouden maar incentive voor volume over kwaliteit neemt af
- Valorisatie technische acties blijft door behoud huidige tarieven

Premiefinanciering voor praktijken (praktijkmanagement/verpleegkundige in huisartspraktijk):

- Kwaliteitsverhoging door meer preventieve en proactieve zorg door taakdelegatie
- Toegankelijkheid huisarts voor nieuwe patiënten stijgt
- Professionele tevredenheid stijgt door taakdelegatie voor protocoleerbare zorg
- Minder consultaties per huisarts door taakdelegatie
- Praktijkmanagement premie maakt tijd vrij voor ontwikkelen praktijkprocessen en richtlijnen met kwaliteitsverbetering tot gevolg

1.6 Volgende stappen

Technische uitwerking van het voorstel volgt nog in een aansluitend traject binnen de NCAZ. De reflectiegroep wenst dat het organisatie- en financieringsmodel tijdens de startfase zal geëvalueerd worden en eventueel bijgestuurd waar nodig. Een wetenschappelijke onderzoeksinstelling zou dit kunnen opnemen. Bij de verdere uitwerking moeten de te evalueren indicatoren reeds gedefinieerd worden en moet onderzocht worden hoe deze gegevens kunnen worden verzameld.

2 Proces reflectiegroep ‘Naar een New Deal voor de huisarts(praktijk)’

2.1 Persbericht minister Vandenbroucke

Op 17 juni 2022 stelde minister Vandenbroucke een visienota¹ voor waar de brede context en de uitdagingen voor de huisartspraktijken worden weergegeven: er is een tekort aan huisartsen in vele regio's, er is een hogere zorgnood door een verouderende populatie en een toename van chronische ziekten, jonge huisartsen wensen minder te werken dan vorige generaties huisartsen, er is veel zinloze administratieve overlast, er is weinig ondersteuning in de huisartspraktijk, huisartsen komen niet tot preventie binnen hun takenpakket, etc.

Er werden 5 pijlers voorgesteld ter ondersteuning van de huisarts(praktijk):

- 1) Zorgen voor voldoende en goed gespreide huisartsen(praktijken).
- 2) Verminderen van de zinloze administratieve overlast.
- 3) Verbeteren van de toegankelijkheid voor de patiënt.
- 4) Inzetten op een goed organisatiemodel dat de huisarts(praktijk) in staat stelt om voor meer mensen zorg te dragen. Een organisatie met taakdelegatie en ondersteuning; ook voor niet-planbare zorg buiten de klassieke werkuren.
- 5) Uitwerken van een evenwichtig financieringsmodel dat beter kan inspelen op beschikbaarheid, intra- en interdisciplinaire samenwerking, zorgcontinuïteit, kwaliteit, preventie en empowerment.

Om de laatste 2 pijlers te realiseren en een vernieuwd en duurzaam organisatie- en financieringsmodel voor de hedendaagse huisartsenpraktijk uit te werken gaf minister Vandenbroucke een opdracht aan een reflectiegroep onder leiding van professoren Ann Van den Bruel en Jean-Luc Belche.

2.2 De reflectiegroep

2.2.1 Missies

De reflectiegroep werd gevraagd de volgende vragen beantwoorden:

- a) Wat wordt verwacht van een eerstelijnspraktijk? Welk zorgpakket moet een huisarts(praktijk) bieden vanuit een omschreven verantwoordelijkheid voor evidence based huisartsgeneeskundige zorg?
- b) Welke profielen moeten hiertoe aanwezig zijn binnen deze praktijk, inclusief de ondersteunende profielen?
- c) Hoe moet de relatie met de patiënt uitgebouwd worden?
- d) Welk alternatief en gemengd financieringsmodel moet hierop geënt worden? Hoe ervoor zorgen dat dit financieringsmodel een goed evenwicht biedt tussen vrijheid (zodat de huisarts bijvoorbeeld beroep kan doen op zorgondersteunend personeel) en verantwoordelijkheid voor het zorgpakket. Hoe ervoor zorgen dat dit financieringsmodel zowel het microniveau maar ook het mesoniveau (locoregionaal niveau, populatiemanagement,...) versterkt?

Op basis van de reflectie over deze vragen werd gevraagd om de krijtlijnen van een nieuw evenwichtig en duurzaam financieringsmodel uit te werken dat tegemoetkomt aan de vastgestelde noden en de principes van de Quintuple Aim: kwaliteit van zorg, gezondheid van de bevolking, kosteneffectiviteit, gelijkheid en toegankelijk van zorg, en het welzijn van de gezondheidsprofessionals.

¹ <https://vandenbroucke.belgium.be/nl/naar-een-new-deal-voor-de-huisartspraktijk>

Het nieuwe financieringssysteem moet:

- a) voldoende stimulerend zijn;
- b) de toegankelijkheid voor de patiënt vrijwaren en waar nodig verbeteren, met specifieke aandacht voor de kwetsbare patiënt;
- c) inzetten op continuïteit van zorg en beschikbaarheid;
- d) huisartsen correct vergoeden voor taken tijdens en buiten de consultaties;
- e) taakdelegatie toelaten;
- f) de juiste incentives leggen, onder meer inzake preventie, populatiemanagement, multidisciplinaire samenwerking, kwaliteit, beschikbaarheid...;
- g) zowel overconsumptie als onderconsumptie vermijden;
- h) administratieve eenvoud maximaal nastreven.

Dit nieuwe model zal bestaan naast de huidige bestaande systemen: een financiering hoofdzakelijk op basis van prestaties en financiering hoofdzakelijk via vaste vergoedingen. Huisartsen zullen vrijwillig kunnen instappen in dit nieuwe systeem.

De hoger vernoemde visienota bevat naast de opdracht voor de reflectiegroep nog andere actiepunten zoals het verminderen van administratieve overlast (door o.a. het verminderen en vereenvoudigen van hoofdstuk IV attesten, de ontwikkeling van Mult-eMediatt en verdere digitalisering van voorschriften, attesten, patiëntendossiers en facturatie) en het verbeteren van toegankelijkheid van zorg (evaluatie van veralgemeende derdebetalersregeling, geen remgeld voor kinderen en jongeren tot en met 25 jaar met een GMD). Deze actiepunten werden (verder) opgenomen binnen andere werkgroepen.

2.2.2 Samenstelling reflectiegroep

De reflectiegroep werd samengesteld met volgende vertegenwoordiging:

- 2 huisartsen van elk artsensyndicaat
- 1 vertegenwoordiger per academische centrum voor huisartsgeneeskunde
- 4 vertegenwoordigers vanuit de wetenschappelijke beroepsverenigingen en hun jongerenafdelingen
- 1 vertegenwoordiger per verzekeringsinstelling
- 2 vertegenwoordigers van het KCE
- 2 vertegenwoordigers van de huisartsen in opleiding
- 3 vertegenwoordigers van de huisartsenkringen (koepelorganisaties Vlaanderen, Brussel, Wallonië)
- 1 vertegenwoordiger per verzekeringsinstelling
- 1 vertegenwoordiger van de FOD Volksgezondheid
- Projectequipe van het RIZIV

Bij het afvaardigen van deze vertegenwoordiging werd gevraagd om zoveel mogelijk actieve huisartsen af te vaardigen en voldoende aandacht te hebben voor jonge en/of vrouwelijke huisartsen. Elke vertegenwoordiger kon ook een plaatsvervanger aanduiden. De hele groep telde 64 leden.

De volledige samenstelling is terug te vinden in bijlage 1.

2.3 Advies van het werkveld

De werkzaamheden van de reflectiegroep werden aangevuld met terreinbevragingen, om de dagelijkse realiteit van de huisartsen op het terrein in de discussies binnen te brengen. Twee verschillende benaderingen werden daartoe gevolgd, met specifieke doelstellingen en verschillende termijnen:

1. Van oktober tot december werden er vanuit de LOK's van huisartsen discussiegroepen georganiseerd om de thema's inzake professionele ondersteunende profielen en financieringsmodaliteiten grondiger en gelijktijdig met de reflectiegroep te onderzoeken.
2. Van januari tot februari 2023 werd een kwantitatieve bevraging georganiseerd bij alle Belgische huisartsen die betrekking had op concrete voorstellen van de reflectiegroep omtrent organisatie en financiering.

2.3.1 Focusgroepen

De volledige onderzoeksmethode werd beschreven in een protocol dat aan het hospitalo-facultaire ethisch comité van de Universiteit van Luik is voorgelegd; dat comité heeft op 26 september 2022 zijn akkoord gegeven (ref. 2022/244).

2.3.1.1 Selectie van focusgroepen

De methodologische aanpak van de focusgroep vereist een steekproef die representatief is voor de diversiteit van de huisartspraktijk met betrekking tot de gestelde vragen.

Om rechtstreeks te kunnen werken met groepen die volgens een reeds bestaande groepsdynamiek werden samengesteld, is er beslist om met vrijwillige LOK's te werken en om 2 opeenvolgende reeksen van focusgroep-gesprekken met dezelfde groepen uit te voeren.

Teneinde groepen te selecteren die representatief zijn voor de diversiteit van de Belgische huisartsgeneeskunde, hadden de selectiecriteria betrekking op de praktijkvoering van de deelnemers (solopraktijk, groepspraktijk in een netwerk of onder hetzelfde dak, multidisciplinaire praktijk met prestatie- of forfaitaire financiering), hun leeftijd (minimumaantal huisartsen < 40 jaar) en de locatie van de groep (stedelijk/landelijk, Vlaams, Brussels, Waals gewest).

Op de website van het RIZIV werd in september 2022 een oproep tot kandidaten gedaan via de publicatie van een deelnameformulier dat de omschrijving (volgens de voormelde criteria) omvatte van de deelnemers van de LOK en hun engagement om aan 2 opeenvolgende reeksen van focusgroepen deel te nemen. De deelname aan de sessies werd door de NRKP erkend als activiteiten van de LOK die voor accreditering in aanmerking komen.

We hebben 61 kandidaturen ontvangen. De selectie vond blind plaats op basis van uitsluitend vooraf vastgestelde criteria en er werden 11 groepen geselecteerd (zie onderstaande tabel). De profielen van de deelnemers voor beide thema's zullen in de overeenkomstige rubrieken worden toegelicht.

	Nederlandstalige groepen	Franstalige groepen
Geografische lokalisatie (provincie)	Brussel, Oost-Vlaanderen, West-Vlaanderen, Limburg, Antwerpen, Vlaams-Brabant	Brussel, Luik, Henegouwen, Waals-Brabant, Luxemburg

2.3.1.2 Animatie en analyse

Per thema werd dezelfde interviewleidraad gebruikt en elke discussiegroep werd door 2 universitaire onderzoekers in de taal van de discussiegroep geanimeerd (Nederlands of Frans).

De discussies werden opgenomen en anoniem getranscribeerd door de onderzoeker. De audiobestanden zijn na de volledige transcriptie vernietigd.

Een thematische analyse van de inhoud met een deductieve benadering vond na de gegevensverzameling plaats en een tussentijds analyserapport is aan het einde van elke thematische golf van de focusgroep aan de reflectiegroep bezorgd.

Thema's	Focusgroep	Tussentijds rapport voor de reflectiegroep
Ondersteunende professionals	17/10 tot 10/11/2022	10/11/2022
Organisatorische en financiële modaliteiten	15/11 tot 21/12/2022	16/12/2022

2.3.2 Kwantitatieve bevraging

Met deze bevraging wilden we de mening van huisartsen in België kennen over de huidige en toekomstige organisatie van hun eigen praktijk. De bevraging verliep online, in het Nederlands en Frans.

Er werd toestemming gegeven door de ethische commissie van de KU Leuven (referentie nummer G-2022-6054-R2(MIN)) op 5 januari 2023. De bevraging werd gelanceerd op 6 januari 2023 via aankondigingen op sociale media, de RIZIV website, Artsenkrant/Journal du Médecin, website Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde Leuven en via verspreiding van de aankondiging door de leden van de reflectiegroep.

Om zeker te zijn dat de vragenlijst enkel door huisartsen werd ingevuld, werd eerst het RIZIV nummer gevraagd. Dit nummer werd voor de analyses afgesplitst van de dataset zodat de gegevens anoniem verwerkt konden worden.

De inhoud van de vragenlijst bestond uit de volgende onderdelen:

- Demografische gegevens: leeftijd en geslacht.
- Type praktijk: solo, netwerk, groep, multidisciplinair met prestatiefinanciering, multidisciplinair met forfaitaire financiering; grootte van de praktijk; ontvangen premies.
- Huidige samenstelling van de praktijk: artsen, onthaalmedewerkers, verpleegkundigen, etc.... In loondienst, in de praktijk maar niet in loondienst, samenwerking buiten de praktijk
- Toekomstige samenstelling van de praktijk, aantal personen en full time equivalenten.
- Barrières voor het aanwerven van onthaalmedewerkers en verpleegkundigen.
- Tijd gespendeerd buiten individuele patiëntencontact.
- Tevredenheid over huidige financieringsvorm, en redenen voor tevredenheid; tevredenheid met huisartsenjob.
- Bereidheid te veranderen naar andere financieringsvorm, bereidheid te veranderen naar nieuwe financieringsvorm, en reden voor bereidheid.
- Discrete choice experiments: 6 scenario's waar 2 praktijken met elkaar worden vergeleken. Praktijk A is altijd hetzelfde en vertegenwoordigt de status quo. Praktijk B varieert op 1 of meerdere parameters.

Parameters	Waarden
Consultatie lengte	10, 15 of 20 minuten
Totaal aantal werkuren per week	-5 uur, geen verandering
Persoonlijk jaarlijks inkomen	-10%, geen verandering, +10%
Delegatie van taken naar een praktijkverpleegkundige	Ja, Nee
Samenwerking met andere zorgverleners zoals psycholoog of sociaal assistent	Ja, Nee
Aantal patiënten in de praktijk	-10%, geen verandering, +10%

Er gebeurde een tussentijdse analyse op 19 januari 2023 om voorlopige cijfers te rapporteren aan de reflectiegroep. De bevraging werd finaal afgesloten op 5 februari 2023.

2.4 Kalender en werkmethode werkzaamheden reflectiegroep

De werkgroep werd samengesteld tijdens de maanden juli en augustus 2022. Op 2 september 2022 startte het traject, waarna de reflectiegroep 2-wekelijks vergaderde.

Er werd gewerkt binnen 4 thema's:

Wat wordt verwacht van een huisartsenpraktijk? Welk **zorgpakket** moet een huisartsenpraktijk bieden?

Hoe moet de **relatie met de patiënt** uitgebouwd worden?

Welke **profielen** moeten hiertoe aanwezig zijn binnen deze praktijk, inclusief de ondersteunende profielen?

Welk **alternatief en gemengd financieringsmodel** moet hierop geënt worden? Hoe ervoor zorgen dat dit financieringsmodel een goed evenwicht biedt tussen vrijheid en verantwoordelijkheid voor het zorgpakket.

Voor elk thema werd wetenschappelijke literatuur onderzocht, aanbevelingen en internationale voorbeelden verzameld. De resultaten werden gepresenteerd aan de leden van de reflectiegroep. Vervolgens werden de leden gevraagd om binnen hun organisatie te reflecteren over de verschillende onderwerpen en hun standpunten schriftelijk te bezorgen via een specifiek modeldocument.

Per thema werd op basis van de verkregen antwoorden een discussienota opgemaakt met een overzicht van de onderwerpen waar de deelnemers het grotendeels eens over waren (convergenties) en de onderwerpen met meer verdeelde meningen (divergenties). Deze nota werd besproken op de vergadering van de reflectiegroep om per thema een maximale convergentie op te zoeken.

Er is een tussentijdse rapportering gebeurd van de focusgroepen naar de reflectiegroep die het eerste en derde thema behandelden.

Voor het vierde thema werd een specifieke methode gebruikt. Op basis van de maximale convergentie voor de verschillende thema's, inzichten die werden verzameld uit de focusgroepen en een analyse over organisatie- en gemengde financieringsmodellen in andere Europese landen (opgemaakt door het KCE), werden de krijtlijnen van een nieuw financieringsvoorstel uitgewerkt en besproken. Op 16 december 2022 werd op basis van alle beschikbare informatie een eerste voorstel voor een nieuw organisatie- en financieringsmodel van de huisartsgeneeskunde voorgesteld aan de reflectiegroep.

Op basis van dit eerste voorstel werd een Delphi oefening gehouden: er werden 39 stellingen geformuleerd over het algemene concept van het voorstel, het GMD, prestaties, praktijkpremies en transitieproces. Aan elk van de organisaties die in de reflectiegroep vertegenwoordigd zijn, werd gevraagd voor elke stelling een positie in te nemen, gaande van helemaal niet akkoord, niet akkoord, eerder niet akkoord, eerder akkoord, akkoord en helemaal akkoord, geen mening. Er was ook de mogelijkheid om bijkomende commentaren te geven per stelling.

Op basis van de antwoorden op deze stellingen werd het eerste voorstel bijgestuurd, wat dan op de slotvergadering op 20 januari 2023 werd gepresenteerd aan de reflectiegroep samen met de resultaten van de Delphi oefening.

3 Resultaten

3.1 Vraag 1: activiteitenpakket van de huisartspraktijk

De reflectiegroep heeft de volgende vragen beantwoord: Wat wordt verwacht van een eerstelijnspraktijk? Welk zorgpakket moet een huisarts(praktijk) bieden vanuit een omschreven verantwoordelijkheid voor evidence based huisartsgeneeskundige zorg?

3.1.1 Specifieke methode

Het reflectiekader over het zorgpakket in de huisartsgeneeskunde is aan de reflectiegroep voorgesteld waarbij de huidige situatie in België en internationale voorbeelden voor de definitie van dit activiteitenpakket (Nederland, Canada) werden toegelicht.

Een specifieke vragenlijst is vervolgens aan de deelnemers voorgelegd om hun meningen over de inhoud van dit activiteitenpakket te verzamelen. Een samenvatting van de antwoorden werd daarna in een plenaire vergadering besproken.

3.1.2 Conclusies vraag 1

"Meer doen, maar anders, met de steun van andere professionals en aangepaste middelen".

De meeste deelnemers aan de reflectiegroep willen een **ambitieuw zorgpakket waarin sociale en psychologische aspecten worden geïntegreerd, met specifieke aandacht voor de toegankelijkheid van de huisartszorg en uitgaande van veranderingen in zorgparadigma's** (patiëntgericht en proactief)

- De huisartsenpraktijk is een **eerste aanspreekpunt voor (alle) gezondheidsproblemen en vragen, zonder selectie van geslacht, leeftijd of gezondheidsprobleem.**
- De **oriëntering (triage)** bestaat uit verschillende stappen waaraan door verschillende medewerkers van de praktijk kan worden deelgenomen: telefonisch of fysiek contact met de patiënt, het boeken van een consultatie, de eerste raadpleging bij de huisarts of een andere zorgverlener. Iedereen die bij die triage wordt betrokken, moet de correcte opleiding en ondersteuning krijgen om die triage zo nauwkeurig en zo vlot mogelijk uit te voeren.
- Wat de rechtstreeks aan een huisarts gerichte zorgvragen betreft, maakt de samenwerking of groepspraktijk van verschillende huisartsen het mogelijk **een breed diagnostisch gebied te bestrijken met basiscompetenties voor elke huisarts en specifieke interesses voor bepaalde huisartsen binnen de praktijk** op bepaalde basisdomeinen (met bijvoorbeeld dermatologie, pediatrie en gynaecologie).
- Het basisaanbod van **medisch-technische procedures** van een huisartspraktijk omvat diagnostische procedures, behandelingen, individuele preventie, opvolging van chronische ziekten/multimorbiditeit en palliatieve zorg. Het beantwoordt aan de behoeften van de lokale bevolking, is gebaseerd op een minimumniveau van bekwaamheid van de professionals in de huisartspraktijk en volgt de wetenschappelijke aanbevelingen.
- Er wordt een **proactiviteit** van de gezondheidsactoren verwacht ten aanzien van de patiënt en van het patiëntenbestand van de huisartspraktijk, d.w.z. niet alleen in contact komen met de persoon op diens verzoek tijdens directe contacten, maar proactief contact leggen voor zorgactiviteiten (bijv. preventie, monitoring). Dat is nuttig voor de begeleiding van chronisch zieken en palliatieve situaties of voor preventieactiviteiten.
- Het is noodzakelijk om de **continuïteit van de zorg en de permanentie van de diensten** op het niveau van de huisartspraktijk te organiseren (en financieel te valoriseren), rekening houdende met de work-lifebalance.

- Hoewel erkend wordt dat de **huisarts een sleutelrol speelt in de coördinatie** van de zorg rond de patiënt, kan de **coördinatiefunctie** een beroep doen op de inbreng van andere beroepsgroepen, binnen de praktijk of in het lokale netwerk.
- **Tijd voor coördinatie** tussen professionals in de huisartspraktijk (binnen de huisartsenpraktijk en binnen het samenwerkingsnetwerk van de praktijk) **moet** worden georganiseerd en erkend. Die coördinatietijd is nodig om tot meer geïntegreerde en efficiënte zorg te komen.
- Elke huisarts is een schakel in **het gezondheidsbeleid op lokaal niveau**, tijdens individuele contacten met patiënten, via deelname aan een epidemiologisch monitoringssysteem via zijn elektronisch medisch dossier. De huisartspraktijk fungeert als **doorgeefluik** van lokale, regionale of nationale initiatieven **en past ze aan de specifieke context van de patiënten aan waarvoor zij verantwoordelijk is** (thema 2/relatie patiënt).
- Er moeten minimumcriteria voor de **toegankelijkheid van de infrastructuur** en het **duurzame omgevingsbeheer** van de praktijk worden vastgesteld.
- **Kwaliteitsindicatoren** moeten op niveau van de huisartspraktijk worden vastgesteld en overeenstemmen met het minimale zorgpakket van de praktijk. Deze kwaliteitsindicatoren kunnen geen uitkomstindicatoren zijn, maar veeleer procesindicatoren.

Het basiszorgpakket moet **in elke huisartspraktijk aanwezig zijn**.

- Zorgprofessionals kunnen in een praktijk of een huisartsennetwerk worden gegroepeerd.
- Het is belangrijk **te verduidelijken (en te communiceren) wat de bevolking mag verwachten van een huisartspraktijk**.
- De taken worden opgenomen door de huisartspraktijk en niet door de huisarts alleen.

Om dat ruim activiteitenpakket aan te bieden, beogen de deelnemers een organisatie van de huisartspraktijk in een samenwerking van **meerdere artsen en andere beroepsgroepen afhankelijk van de vastgestelde noden** (in functie daarvan: praktijkverpleegkundigen, personeel voor administratieve en logistieke ondersteuning, psychologen, maatschappelijk werkers, receptionisten - zie thema 3/profiel) in een geïntegreerd team.

- De reflectiegroep beoogt een breed basisaanbod, dat mogelijk wordt door de groepering van professionals.
- Samenwerking van zorgverleners binnen een huisartsenpraktijk maakt **schaalvoordelen** mogelijk voor de aankoop van duurdere apparatuur, een voldoende grote populatie om de **nodige vaardigheden op peil te houden**, de **verdeling van het werk** volgens ieders vaardigheden, tussen huisartsen onderling en tussen huisartsen en andere professionals.
- In de praktijk worden **integratie-instrumenten** gebruikt: gemeenschappelijke triage, gedeelde patiëntendossiers, coördinatievergadering, interne zorgprocessen, gemeenschappelijk administratief en logistiek beheer.
- De **samenwerkingsregelingen** kunnen variëren, hetzij binnen de praktijk, hetzij via externe samenwerkingsverbanden, maar het doel is altijd de zorgverlening te integreren - zoals hoger beschreven.

De huisartsenpraktijk is geïntegreerd in een **breder systeem**, inclusief tweedelijnszorg, en wordt op verschillende manieren ondersteund op lokaal (kring, ELZ), regionaal en federaal niveau.

Deze activiteiten zijn gebaseerd op een **relatie tussen patiënt en praktijk** die een proactiviteit mogelijk maakt en verantwoordelijkheden op praktijkniveau voor het zorgpakket vastlegt, terwijl de relationele continuïteit wordt bevorderd. Dat laatste punt wordt behandeld in het volgende thema.

3.2 Vraag 2 : relatie met de patiënt in de huisartspraktijk

De gesprekken over dit thema hadden betrekking op de relationele continuïteit, de continuïteit van de zorg in de huisartspraktijk, de informationele continuïteit, de continuïteit van het management, de toegankelijkheid van de huisartsgeneeskunde, het aantal en de spreiding van de huisartsen, de beschikbaarheid tijdens de dag en buiten de werkuren, de verschillende contacten en de financiële toegankelijkheid van de huisartspraktijk.

3.2.1 Specifieke methode

Dezelfde aanpak als voor de vorige vraag werd gevolgd: een informatiedocument dat tijdens de plenaire vergadering werd voorgesteld, een specifiek werkdokument waarin naar de mening van elke vertegenwoordiger werd gepeild, een presentatie van een samenvatting van de ontvangen antwoorden en discussie in de plenaire vergadering.

3.2.2 Conclusies vraag 2

De patiënt houdt **vrije keuze van huisarts en van huisartspraktijk**, dit is een recht van de patiënt.

- Dit zal een criterium zijn voor het al dan niet integreren van bepaalde beroepsbeoefenaren in het toekomstig praktijkmodel (bijv.: de integratie van een psycholoog vs. het belang om de keuzemogelijkheid te behouden)

De patiënt heeft het **recht geïnformeerd te worden** :

- over de verdeling van de taken over de professionals die in de huisartspraktijk is geïntegreerd.
- over wat hij mag verwachten van een huisartspraktijk (cf. zorgpakket *zie supra*)
- wat de formalisering van de band tussen de patiënt en de huisartspraktijk inhoudt (*zie infra*)

Een **vaste huisarts in de huisartspraktijk** voor patiënten die aan chronische ziekten lijden of die grotere zorgbehoeften hebben, is noodzakelijk voor een kwalitatieve huisartsgeneeskunde. Die vaste huisarts beheert en coördineert het dossier van die patiënt.

De huisartsenpraktijk bepaalt de **geografische zone** waarin zij actief is. Zij moet een patiënt om redenen van geografische toegankelijkheid kunnen weigeren.

De **vrijheid om een andere arts te raadplegen** (buiten de "vaste huisarts") is mogelijk binnen dezelfde huisartsenpraktijk.

De vraag omtrent de mogelijkheid om een tweede advies te vragen (dan dat van de vaste arts in de praktijk) werd grondig onderzocht:

- Binnen de praktijk als er meerdere artsen in de praktijk zijn, wat het mogelijk maakt om informatieve continuïteit te behouden (die daarbuiten niet bestaat)
- Als de second opinions binnen de praktijk (meerdere artsen) niet bevredigend zijn, is er altijd de mogelijkheid om van huisartsenpraktijk te veranderen.
- In geval van een huisartsenpraktijk met een enkele huisarts:
 - De patiënt kan van praktijk veranderen of geen praktijk kiezen met dit type van gestructureerde relatie.
 - Deelnemers aan de reflectiegroep willen de patiënt garanderen dat hij zonder beperking een tweede mening kan vragen aan andere artsen buiten de praktijk, terwijl hij voor de raadplegingen bij die artsen ook een terugbetaling ontvangt.
- Verschillende deelnemers benadrukken evenwel dat er meer kans is op medische shopping en op verlies van kwaliteit in geval van een verzoek om advies zonder instrumenten die de

continuïteit en de coördinatie van de zorg in dezelfde praktijk kunnen garanderen (het medisch dossier bijvoorbeeld).

Selectie van patiënten op basis van grotere zorgbehoefte, complexere problemen (dakloosheid, psychiatrische stoornissen, multimorbiditeit, leeftijd, palliatieve zorg) (thema 1/zorgpakket) moet worden vermeden.

Een **geformaliseerde band tussen de patiënt en de huisarts voor de vaste patiëntenpopulatie die onder de verantwoordelijkheid van de huisartsenpraktijk valt, is noodzakelijk**, onder meer om proactief te kunnen handelen (zie supra) en aan populatiemanagement te kunnen doen ("GMD" of "inschrijving" om de termen van de huidige bestaande modaliteiten in België over te nemen). Er zou een **specifieke benaming** in de landstalen moeten worden gevonden, om dit soort band te identificeren en om die te onderscheiden van de reeds bestaande modaliteiten.

- **Duidelijke informatie voor de patiënt over wat** de intekening op dit soort geformaliseerde band betekent, afgestemd op zijn niveau van geletterdheid, is noodzakelijk opdat dit bilateraal zou worden aanvaard en het risico op een unilaterale captatie vermindert.
- De huisartspraktijk fungeert als **doorgeefluik van lokale, regionale of nationale initiatieven en past ze aan de specifieke context van de patiënten aan waarvoor zij verantwoordelijk is.**
- Het moet mogelijk zijn om daarin ook mensen op te nemen die niet bij een Belgisch ziekenfonds aangesloten zijn, of een andere manier om zich in een huisartsenpraktijk in te schrijven (en dus van de bijbehorende financiering te profiteren als het om capaciteitsfinanciering gaat), bijv.: illegale inwoners, buitenlandse studenten, diplomaten.

De reflectiegroep heeft geen consensus over de verantwoordelijkheid van die "GMD New Deal" bereikt: de vaste huisarts beheert het "GMD New Deal" *versus* de huisartspraktijk beheert het "GMD New Deal".

- Er zijn incentives nodig om de relationele en informationele continuïteit via deze geformaliseerde band te stimuleren, zowel voor de huisartspraktijken als voor de patiënten (bijv.: ertoe aansporen om bij voorkeur de vaste arts of een huisarts te raadplegen die toegang heeft tot het medisch dossier in de huisartspraktijk van de vaste arts).

Met betrekking tot de toegankelijkheid en de permanentie van de diensten van de huisartspraktijken:

- De **openingsuren** van de huisartspraktijk worden afgestemd op de wachtdienst.
- Huisartsenpraktijken voorzien **dagelijks in voldoende ruimte voor geplande en ongeplande consulten, teleconsultaties en huisbezoeken.**
- De **continuïteit van de zorg en de permanentie van de diensten op het niveau van de huisartspraktijk moeten worden georganiseerd en financieel worden gevaloriseerd**, rekening houdende met het evenwicht tussen werk en privéleven (met name, maar niet uitsluitend voor de palliatieve zorg)
- Regionale en lokale overheden informeren hun bevolking over het **zorgaanbod op hun grondgebied** en voorzien incentives voor bijkomend zorgaanbod indien nodig.
- Het toepassen van de derdebetalersregeling, de schrapping van het persoonlijk aandeel (remgeld of co-betaling) en geconventioneerde zorgverleners zijn wenselijk in een toegankelijke eerstelijnszorg.

3.3 Vraag 3 : ondersteunende professionals in de huisartspraktijk

Na het activiteitenpakket te hebben bepaald waarvoor de huisartspraktijk verantwoordelijk is en de aard van de relatie die de huisartsen van de praktijk en de praktijk zelf met de patiënten onderhouden, had de volgende vraag betrekking op de verschillende ondersteunende professionals die in de huisartsenpraktijk moet worden geïntegreerd, door de specifieke taken te bepalen die ze zouden kunnen vervullen en de vereiste voorwaarden om die samenwerking te bevorderen.

3.3.1 Specifieke methode

Dezelfde vragenlijst werd voorgelegd aan de 11 LOK's die op het Belgische grondgebied zijn geselecteerd vanwege hun uiteenlopende configuratie (zie hierboven) en aan de reflectiegroep (via een specifiek document met een advies). Een tussentijds rapport met de resultaten van de kwalitatieve aanpak per focusgroep werd aan de leden van de reflectiegroep voorgelegd en met de andere verzamelde gegevens geïntegreerd voor bespreking in de plenaire vergadering.

3.3.2 Resultaten van de focusgroepen

11 LOK's hebben aan deze kwalitatieve studie per focusgroep deelgenomen. De voornaamste sociodemografische gegevens van de deelnemers worden in de onderstaande tabel vermeld.

122 Huisartsen	
Gemiddelde leeftijd	45 jaar
Geslacht	70 vrouwen, 52 mannen
Geografische lokalisatie	21 stedelijke context, 40 semi-landelijke context, 61 landelijke context
Type praktijk	29 in een solopraktijk 12 in een monodisciplinaire groep in een netwerk 41 in een monodisciplinaire groep onder hetzelfde dak 24 in een multidisciplinaire groep met prestatiefinanciering 17 in een multidisciplinaire groepspraktijk met forfaitaire financiering
Financieringsmodel	105 voornamelijk prestatiefinanciering 17 voornamelijk forfaitaire financiering

De deelnemers hebben **3 situaties besproken die in het activiteitenpakket van een huisartspraktijk voorkomen**: zie onderstaande tabel van de resultaten.

Situatie 1: tenlasteneming van een patiënt met stabiele chronische aandoeningen met psychosociale impact

Gewenst beroepsprofiel	Taken	Noodzakelijke voorwaarden	Functie in de praktijk
<i>Verpleegkundig profiel</i>	Opvolging chronische ziekte Technische handelingen Proactiviteit % stabiele situatie Beheer polymedicatie Opvolging therapietrouw Therapeutische educatie Triage van de aanvragen** Sociale procedures Vaccinatie*	Interpersoonlijke kennis en vertrouwen: bevorderd door een interne werking en stabiliteit in de tijd Kennis en interprofessioneel vertrouwen • Kennis van het beroepsprofiel • Specifieke opleiding • Verduidelijking van de taken in de interne zorgprotocollen • Mogelijke/noodzakelijke supervisie Gedragen communicatie Delen van hetzelfde dossier	Intern: kennis van patiënten en professionals in (toegankelijkheid, doelmatigheid, interprofessioneel vertrouwen) Afhankelijk van het aantal chronische patiënten. Te verdelen over verschillende praktijken.
<i>Profiel secretariaat/onthaal</i>	Organisatie van de afspraken Triage van de aanvragen Voorbereiding van het administratief dossier Bestellen van vaccins Facturatie Codering elektronisch zorgdossier na triage	Specifieke opleiding Kennis van de patiënten in de loop der tijd Heldere samenwerkingsprotocollen	Intern
<i>Praktijkassistent</i>	Ondersteuning van de verpleegkundige voor medische taken Voorbereiding van de vaccinatie (administratief of technisch) Therapeutische educatie Administratieve taken	Aangepaste opleiding (gemengd: medisch en administratief) Supervisie door huisarts (voor vaccinatie) Voor sommigen: voornamelijk administratief gericht, belang om het administratieve aspect van het medische te scheiden	Intern
<i>Profiel maatschappelijk werker</i>	Sociale stappen: uitvoeren of doorverwijzen naar ad-hocdiensten Kennis van de wijk/gemeente	Gestructureerde samenwerking indien in een netwerk Intern: overwegend functie van doorgeefluik, faciliteert de toegang voor de huisarts en de patiënt	Intern of extern naargelang de werklast/omvang van de praktijk
<i>Psychologisch profiel</i>	Ondersteuning patiënt Doorverwijzing van de patiënt Professionele ondersteuning van de praktijk	•Ext: vrije keuze van de patiënt, potentieel stigma •Int: referentie gefaciliteerd voor de patiënt en voor de huisarts, ondersteuning van professionals van de huisartspraktijk, doorverwijzende rol Mogelijkheid tot interventie in de thuisomgeving Gegarandeerde financiële toegankelijkheid	Intern of extern naargelang de doelstellingen

De huisarts draagt de diagnostische verantwoordelijkheid voor acute problemen, voor de opvolging van chronische aandoeningen en de interpretatie van technische handelingen. De protocollen worden in nauwe samenwerking met de huisarts opgesteld; deze laatste ziet toe op de gedelegeerde handelingen. Efficiënte communicatiemiddelen zijn onontbeerlijk.

Situatie 2: De huisartspraktijk als eerste aanspreekpunt in het zorgsysteem, zonder selectie van geslacht, leeftijd of gezondheidsproblemen, inclusief de geestelijke gezondheid en de sociale determinanten van de gezondheid

<i>Gewenst beroepsprofiel</i>	Taken	Noodzakelijke voorwaarden	Functie in de praktijk
<i>Profiel secretariaat/onthaal</i>	Triage Organisatie van de agenda Verzamelen van informatie over de vaccinatiestatus, het sociaal dossier Voorbereiding van voorschriften* Beheer van de briefwisseling Gezond verstand ("common sense")	Aangepaste opleiding (bijv.: NL, 1733, medisch secretariaat) Integratie op termijn: kennis over de patiënt en vertrouwen door de huisarts Constance communicatie met de huisarts Toegang tot de dossiers voor de minimale triage, toegang tot eHealth Supervisie door de arts Protocollen in de praktijk NIET voor onbekende patiënten (=> samenstelling van een medisch dossier), onstabiele situatie* (slechte therapietrouw)	Intern
<i>Verpleegkundig profiel</i>	Triage* Uitvoeren van technische handelingen Opnemen van parameters Vaccinatie, uitstrijkje Wondzorg Evaluatie voorafgaand aan het medisch advies	Helder kader, communicatie, protocollen, specifieke opleidingen...om de delegatie of zelfs een zekere autonomie toe te staan. *Ofwel volgens het protocol, ofwel geval per geval (na evaluatie door de huisarts) *Niet voor diagnose of instabiele situatie	Intern
<i>Praktijkassistent</i>	Triage Ondersteunend profiel secretariaat/verpleegkundige	Helder kader, communicatie, protocollen, specifieke opleidingen...om de delegatie of zelfs een zekere autonomie toe te staan.	Intern
<i>Kinesitherapie</i>	Musculoskeletale klachten : triage, opvolging Autonomie in de keuze van de behandeling	Directe toegang, volgens het samenwerkingsprotocol en definitie van de verantwoordelijkheid. Discussie over doelstellingen voor samenwerkingen binnen of buiten de praktijk keuze, interpersoonlijke kennis, veroorzaakte overconsumptie, enz.	Extern/ intern
<i>Andere beroepen: apotheker, maatschappelijk werker, vroedvrouw, psycholoog</i>		Verduidelijking van de rollen en de communicatiekanalen	Extern

In deze situatie behoudt de huisarts de regie voor elke onbekende patiënt, voor de initiële klinische beoordeling, in geval van instabiliteit, voor de diagnose, voor het beheer van de medicatie in geval van polymedicatie. Een minimum aantal "eenvoudige" contacten met de huisarts is wenselijk om een band te creëren, om de patiënt in een stabiele situatie te kennen en om met de preventie te starten.

Situatie 3: de huisartspraktijk vervult een rol van gezondheidsactor op het niveau van de bevolking en vereist een professioneel management

Gewenst beroepsprofiel	Taken	Noodzakelijke voorwaarden	Functie in de praktijk
<i>Profiel secretariaat/onthaal</i>	Herinneren aan/doorgeven van preventiecampagnes op het niveau van het patiëntenbestand en van elke patiënt Beheer van het bureaumateriaal en medisch materiaal, sterilisatie. Contactpersoon voor het informaticabeheer	Een allround profiel behouden, eerder flexibel dan een te specifieke oriëntering en fragmentering Contactpersoon op individueel niveau van "onpersoonlijke" campagnes, in het kader van een relatie Correct invoeren van medische dossiers	Intern Delen met andere praktijken voor de populatie-aspecten
<i>Verpleegkundig profiel</i>	Organiseren/doorgeven van preventiecampagnes Beheer van het medisch materiaal, sterilisatie	Specifieke opleiding Correct invoeren van medische dossiers	Intern of gedeeld met andere praktijken
<i>Praktijkassistent</i>	Ondersteunend profiel secretariaat/verpleegkundige		
<i>Lokale en regionale overheden Ziekenfondsen</i>	Organiseren van preventiecampagnes, tot op het niveau van de praktijk Sensibiliseren van de algemene bevolking	Een professional van de praktijk als doorgeefluik van de organisatie	Extern
<i>Administratieve beheerder</i>	Beheer human resources, boekhouding, verzekeringen, enz.	Noodzakelijk naargelang de omvang van de praktijk en de daaraan verbonden werklust Vertrouwensband en controlemogelijkheid door de huisarts; gewenste progressiviteit Wisselende betrokkenheid van de huisarts respecteren	Gedeeld met andere praktijken
<i>Logistiek beheerder</i>	Beheer en onderhoud van het gebouw Toegankelijkheid, energetische reflectie	Moeilijker te delegeren als het een privégebouw is (eigendom van een arts) Ondersteuning door gemeentelijke overheden indien erkend openbaar nut Gedeeld of intern naargelang de omvang	Gedeeld met andere praktijken

De huisartsen hebben hun bezorgdheid geuit over de reële beschikbaarheid van die professionele ondersteuningsprofielen en met name die van de verpleegkundigen.

Samenwerkingsvoorbeelden tussen huisartsen en verpleegkundigen zijn een bron van inspiratie voor de implementatie ervan in de huisartspraktijk: ziekenhuisdiensten, rust- en verzorgingstehuizen.

Huisartsen hebben ook gewezen op de noodzaak om de relatie met het ziekenhuis te verbeteren als belangrijke factor voor de verbetering van de omstandigheden waarin de huisartsgeneeskunde wordt uitgeoefend.

De omvang van de huisartspraktijk is ook een punt van bezorgdheid: men wil een bescheiden omvang behouden om de communicatie, de coördinatie en het beheer te vergemakkelijken.

Huisartsen hebben ook benadrukt dat het aantal actieve huisartsen moet worden opgetrokken om in te spelen op toekomstige uitdagingen.

3.3.3 Conclusies reflectiegroep vraag 3

Onderstaande ondersteuningsprofielen werden geselecteerd als meest vernoemde profielen door de reflectiegroep. Bovendien werd vanuit de focusgroepen bevestigd dat deze profielen toelaten het grootste deel van taken op te nemen binnen de huisartspraktijk. Dit komt ook overeen met soortgelijke ervaringen binnen een internationale context.

Die taken "kunnen", maar "moeten" niet door professionals van de praktijk worden vervuld. Alle taken vallen onder de verantwoordelijkheid van de praktijk.

Baliemedewerker of medisch secretariaat/Onthaal

1. Secretariaatsfunctie
2. Beoordeling zorgvraag en oriëntering naar meest gepaste zorgverlener
3. Administratieve taken
4. Informatieverstrekking
5. Ondersteuning van het logistieke beheer van het gebouw en van de zorginstrumenten

Praktijkverpleegkundige:

1. Eenvoudige verpleegkundige handelingen uitvoeren
2. Complexe verpleegkundige handelingen uitvoeren
3. Beoordeling zorgvraag en oriëntering naar meest gepaste zorgverlener
4. Geprotocolleerde gedeelde opvolging patiënten met chronische pathologie, zwangerschap
5. Zorgoverleg organiseren
6. Ondersteuning bij palliatieve zorg en zorgplanning
7. Praktijkrichtlijnen opstellen
8. Kwaliteitsverbetering zoals audit, PDCA-cirkels
9. Minimale sociale evaluatie in het kader van de gezondheid
10. Organisatie van preventieactiviteiten voor patiënten (bijv.: griepvaccinatiecampagne, screening op darmkanker, enz.)

Praktijkassistent (voorgesteld toekomstig profiel):

1. Secretariaatsfunctie
2. Beoordeling zorgvraag en oriëntering naar meest gepaste zorgverlener
3. Administratieve taken
4. Informatieverstrekking
5. Eenvoudige verpleegkundige handelingen zoals staalafname, het meten van de bloeddruk, biometrie, eenvoudige wondzorg, point-of-care testen, GEEN inspuitingen.
6. Ondersteuning huisarts/verpleegkundige bij kwaliteitsverbeterende acties
7. Ondersteuning huisarts/verpleegkundige bij de organisatie van preventieve acties

Voor andere beroepen is de beslissing om hen al dan niet te integreren binnen de huisartspraktijk gebaseerd op de afweging van verschillende factoren:

- de **specifieke behoeften van de huisartspraktijk**: dit kan variëren per context met meer of minder vraag, of afhankelijk zijn van de omvang van de praktijk.
 - bijv.: managementondersteunende functie, maatschappelijk werker, psycholoog
- De **mate van specialisatie of differentiatie** van sommige beroepen, wat pleit voor een samenwerking buiten de praktijk
 - bijv.: kinesitherapeut met een specifieke techniek, gespecialiseerde psycholoog
- het belang dat de zorgverlener of de patiënt hecht **aan de keuze van de zorgverlener** pleit eerder voor een samenwerking buiten de praktijk
 - bijv.: psycholoog

Bij samenwerking met andere zorgverleners buiten de huisartspraktijk is het belangrijk om een duidelijk samenwerkingsgebied vast te leggen, om netwerkvorming tussen de zorgverleners te bevorderen (bijv.: lokaal samenwerkingsgebied van de huisartspraktijk, ELZ).

De New Deal omvat alle soorten praktijken die inzetten op een optimale beschikbaarheid, continuïteit van de zorg, een volledig basiszorgpakket en een kwalitatief praktijkmanagement.

Een huisartspraktijk kan uitsluitend uit huisartsen bestaan, maar kan ook worden aangevuld met andere professionals van de eerste lijn, naargelang de behoeften van de populatie, vanaf het moment waarop zij beantwoordt aan het vastgestelde activiteitenpakket. De meest vernoemde ondersteunende professionals zijn: balie-/onthaalmedewerker, praktijkverpleegkundige, praktijkassistent.

Deze ondersteunende profielen werken binnen de huisartspraktijken met behulp van **integratie-instrumenten** :

- gedeeld EMD,
- werken volgens interne praktijkrichtlijnen en protocollen,
- deelname aan coördinatie- en zorgvergaderingen,
- gemeenschappelijk administratief en logistiek beheer.
- De taakomschrijving van alle medewerkers wordt in de praktijk opgesteld.

Bij samenwerking met andere zorgverleners buiten de huisartspraktijk is het belangrijk om een duidelijk samenwerkingsgebied vast te leggen, om netwerkvorming tussen de zorgverleners te bevorderen.

De minimale zorg -en ondersteunende profielen hebben een vast samenwerkingsverband met de huisartspraktijk, en worden via deze praktijk gefinancierd. Andere aanvullende profielen, zoals psychologen, kinesitherapeuten of maatschappelijk werkers, kunnen een samenwerkingsverband hebben, maar hebben inkomsten via eigen nomenclatuur of RIZIV-overeenkomsten.

De bevoegde overheden en onderwijsinstellingen dienen te voorzien in een **aanbod aan opleidingen** zodat er voldoende opgeleide professionals voor de huisartspraktijk beschikbaar zijn in alle regio's.

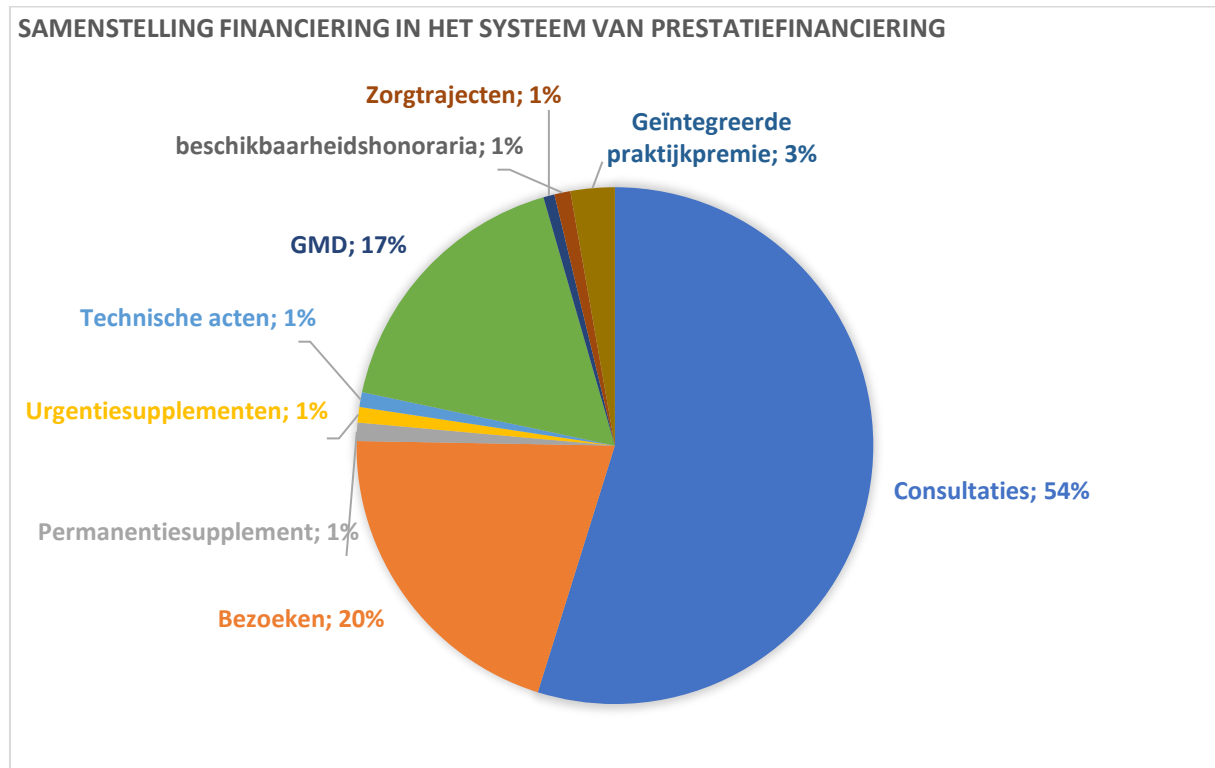
De voorgestelde functie van **praktijkassistent** omvat zowel administratieve en logistieke taken, als medisch ondersteunende taken zoals eenvoudige verpleegkundige handelingen. Het inschakelen van dergelijke invulling van de praktijkassistent is pas mogelijk nadat dit zorgberoep wordt opgenomen in de wet betreffende de uitoefening van gezondheidszorgberoepen en nadat er in opleidingen wordt voorzien door de hogescholen.

De huisartsenpraktijk werkt verder samen met andere zorgverleners buiten de praktijk, zoals een apotheker, vroedvrouw, kinesitherapeut, psycholoog, maatschappelijk werker. In de meeste praktijken zal hiermee geen vast samenwerkingsverband worden afgesloten en wordt geen integratie met de zorg binnen de huisartspraktijk verwacht. Huisartspraktijken moeten echter de vrijheid krijgen om andere zorgverleners toch te integreren binnen het eigen team, al dan niet met financiering vanuit de huisartspraktijk, volgens hun eigen specifieke noden.

De huisartsen zijn in principe de managers van de praktijk. Zij kunnen ondersteuning krijgen bij het dagelijks beheer, wat vooral nodig kan zijn in grotere praktijken. Afhankelijk van hun wensen, worden zij in verschillende mate betrokken bij het beheer van de praktijk: van volledig beheer tot gedeeltelijke delegatie van het beheer.

3.4 Vraag 4: financieringsmodel van de huisartspraktijk

Een gedetailleerde beschrijvende KCE analyse over de verschillende organisatie- en financieringsmodellen in andere Europese landen werd bezorgd aan de reflectiegroep (zie appendix). Daarnaast werd een overzicht van de samenstelling van de uitgaven in het prestatiemodel gepresenteerd, zie onderstaande grafiek (uitgaven RIZIV 2019).



Binnen het prestatie-gebaseerde financieringsmodel in de huisartsgeneeskunde vertegenwoordigen prestaties ongeveer 77% van de uitgaven (consultaties, bezoeken, toeslagen en technische acten), 8% van de uitgaven zijn verbonden aan de accreditatie van de arts en zitten in de prestatie van de consultaties. Hierin zitten ook de consultaties en bezoeken gepresteerd tijdens de wachtdienst vervat. Ongeveer 17% van de uitgaven gaat naar de vergoeding voor het GMD; 7% gaat naar andere vaste vergoedingen zoals de geïntegreerde praktijkpremie, het accrediteringsforfait, zorgtrajecten en beschikbaarheidshonoraria.

In het capaciteits-gebaseerde financieringsmodel (medische huizen) wordt een bedrag per ingeschreven patiënt vastgelegd, gemoduleerd naar zorgnood, op basis van een 40-tal parameters. Dit bedrag wordt jaarlijks vastgelegd per praktijk, volgens een herverdeling van een totaal budget over alle forfaitaire praktijken. Er bestaan mechanismen om een opstartfase te faciliteren en om snelle evoluties binnen te praktijk te corrigeren. Bepaalde financieringen blijven per prestatie, zoals de technische prestaties. In dit systeem is er geen persoonlijk aandeel voor de patiënt voorzien.

3.4.1 Analyse KCE

3.4.1.1 Inleiding

Begin november 2022 werd het KCE door de reflectiegroep gevraagd om het financieringssysteem van huisartsen en/of huisartspraktijken in een aantal geselecteerde landen te onderzoeken, meer bepaald in landen met een gemengde prestatie en capitatiefinanciering. Een eerste versie van het rapport werd afgeleverd op 23 november 2022.

3.4.1.2 Methode

Selectie landen

Gezien de beperkte beschikbare tijd, werden 5 landen geselecteerd. Een horizon scan werd uitgevoerd om de landen met gemengde financiering te identificeren. De financiering kon bij wet zijn vastgelegd, een gevestigde praktijk zijn, in pilootprojecten of experimenten worden uitgevoerd.

Websites van relevante organisaties en overheidsinstellingen werden geconsulteerd: Health Systems in Transition, rapporten van het European Observatory on Health Systems and Policies, the Health Systems and Policy Monitor platform, en Health System Characteristics Survey of the OECD (2016) werden geconsulteerd.

Er werd ook voorkeur gegeven aan landen met een groot of toenemend aantal multiprofessionele praktijken waar taken die doorgaans door huisartsen worden uitgevoerd, gedelegeerd worden. Tenslotte werden enkel landen geselecteerd met een vergelijkbare cultuur als België. Deze criteria in acht nemend werden de volgende landen geselecteerd: Nederland, Frankrijk, Denemarken, Portugal en Estland.

3.4.1.3 Informatieverzameling

Een literatuurscan werd uitgevoerd om de belangrijkste karakteristieken van de organisatie en financiering van de huisartsen/huisartspraktijken in de geselecteerde landen te identificeren. Hierbij werden zowel gepubliceerde peer-gereviewde literatuur als grijze literatuur zoals rapporten, beleidsdocumenten, wetteksten en dergelijke meegenomen. Met behulp van voorwaartse en achterwaartse citaties werd de literatuur verder onderzocht. Bijkomende of verklarende informatie werd bekomen via contacten met nationale experts (zie Colophon van het volledige rapport in Appendix).

3.4.1.4 Structuur van beschrijving

De beschrijving van de verschillende landen verloopt telkens volgens dezelfde structuur. In het eerste deel wordt de organisatie van de huisartsenzorg beschreven. Hierbij worden volgende karakteristieken vermeld, waar relevant en beschikbaar:

- Personeelsbestand van huisartsen en ander personeel (aantal mensen, full-time equivalenten, per 1000 populatie), aandeel zelfstandige huisartsen
- Type praktijken: solo, groep, multiprofessioneel
- Patiëntentoeegang: poortwachtersrol van de huisarts, patiëntenkeuze voor huisarts, verplichting tot registratie bij huisarts, eigen bijdragen van de patiënt (tarieven, co-betalingen, bijkomende aanrekeningen), grootte praktijk per huisarts
- Multiprofessionele groepspraktijken (indien relevant): aantal en evolutie, aantal en types professionelen, grootte praktijk, verantwoordelijkheid voor een populatie (indien relevant), vrijwillig of niet.

Het tweede gedeelte van elke beschrijving gaat over het financieringssysteem van de huisarts/huisartspraktijk. Elke financieringssysteem (per prestatie, capitatief, betaling voor kwaliteit,

gebundelde betalingen, salaris, etc.) wordt een voor een beschreven, per praktijktype indien dit enkel toepasselijk is op een specifiek praktijktype.

Voor sommige landen werd ook een korte beoordeling toegevoegd indien deze beschikbaar was binnen het tijdsbestek voor dit rapport. Veel landen kampen met een tekort aan huisartsen, over het hele land of in bepaalde regio's. Een evaluatie van het effect van een financieringsmodel op huisartsentekorten en van maatregelen genomen tijdens de COVID-19 pandemie vielen buiten de opdracht voor dit rapport.

Het laatste gedeelte van het rapport trekt transversale conclusies over de landen heen. Dit werd gepresenteerd in overzichtstabellen.

3.4.1.5 Resultaten

Alle resultaten zijn volledig te consulteren in het rapport in Appendix.

De verschillen tussen de landen zijn aanzienlijk, zowel wat betreft de financiering als de organisatie. Groepspraktijken (minstens 2 samenwerkende huisartsen) variëren van 26% in Estland tot 100% in Portugal. De meeste praktijken in Nederland, Denemarken, Portugal en Estland zijn multi-professioneel, en bestaan uit minstens huisartsen en verpleegkundigen. In Frankrijk zijn slechts specifieke praktijken multiprofessioneel. Andere professionals die samenwerken met huisartsen en verpleegkundigen zijn praktijkassistenten, medische secretaresses, vroedvrouwen en kinesitherapeuten. De beslissing om een multiprofessionele praktijk op te richten is in de meeste landen vrijwillig.

Alle landen hebben een gemengd financieringssysteem, maar het aandeel van elk onderdeel verschilt. In Portugal zijn er bijvoorbeeld bijna geen betalingen per prestatie maar in Frankrijk vertegenwoordigen prestaties tot 78% van de uitgaven. Het aandeel capitatatie varieert van heel laag in Portugal tot 48% in Estland. Behalve in Portugal waar huisartsen gesalarieerd zijn, is het aandeel van prestaties samen met capitatatievergoedingen overal hoger dan 70%. Alle capitatatiebetalingen zijn gemoduleerd naar risico (behalve in Denemarken waar er behalve een risico-gemoduleerde capitatatie ook een vast bedrag wordt betaald). De manier waarop de capitatatie wordt gemoduleerd naar risico verschilt tussen de landen.

Behalve in Denemarken, is er overal ook een beperkte betaling voor kwaliteit. De definitie van deze kwaliteit is echter land-specifiek.

Of een huisarts in een multiprofessionele huisartspraktijk werkt of niet heeft geen impact op de manier waarop hij/zij wordt betaald. De grote diversiteit in betalingsmechanismen van huisartsen is ook toepasselijk op hoe andere professionals in multiprofessionele praktijken worden betaald. In alle landen behalve Denemarken ontvangen multiprofessionele huisartspraktijken ook betalingen op groepsniveau.

3.4.1.6 Conclusies

Hoewel alle landen een gemengd financieringssysteem kennen, zijn de verschillen groot. De organisatie van huisartsenzorg is ook sterk verschillend: de gemiddelde praktijkgrootte, de poortwachtersrol van de huisarts, verplichte registratie bij de huisarts, eigen bijdragen, enzovoort. In tabel 7 van het rapport in bijlage 3 wordt een overzicht gegeven van deze verschillen en gelijkenissen.

3.4.2 Resultaten van de focusgroepen

De onderzoeksvraag voor deze 2e golf van de focusgroep had betrekking op de voor- en nadelen van de verschillende bestaande financieringsmodaliteiten (en van de huidige verhoudingen) en de gewenste ontwikkelingen.

De voornaamste sociodemografische gegevens van de deelnemers aan de tweede sessie voor de 11 geselecteerde LOK's worden in de onderstaande tabel toegelicht.

110 huisartsen	
Gemiddelde leeftijd	44 jaar
Geslacht	62 vrouwen, 48 mannen
Geografische lokalisatie	18 stedelijke context, 39 semi-landelijke context, 53 landelijke context
Type praktijk	23 in een solopraktijk 3 in een monodisciplinaire groep in een netwerk 32 in een monodisciplinaire praktijk onder hetzelfde dak 40 in een multidisciplinaire groep met prestatiefinanciering 12 in een multidisciplinaire groepspraktijk met forfaitaire financiering
Financieringsmodel	98 voornamelijk prestatiefinanciering 12 voornamelijk forfaitaire financiering

De volgende tabel toont de voordelen (witte achtergrond) en nadelen (grijze achtergrond) van de financieringsmodaliteiten voor de huisartsgeneeskunde zoals de huisartsen die ervaren, volgens de principes (eerder vermeld) van een gewenst financieringsmodel.

Prestatie	Capitatie medisch huis	Capitatie GMD
<i>Het financieringsmodel is een stimulans voor de professionals</i>		
Aangepast aan eenvoudige/acute situaties Loon naar werken (aantal contacten) Gevoel van autonomie/vrijheid van de professional qua inkomsten en op persoonlijk vlak Valorisatie van het uitgevoerde werk door het ontvangen financiële bedrag	Aangepast aan complexere situaties want flexibiliteit is mogelijk zonder financiële impact voor de patiënt Mogelijkheid om de verloning te organiseren binnen de praktijk zodat diegene die er werkt, beter wordt verloond, volgens de huisartsen die forfaitair werken Indruk van een gevoel van vrijheid/autonomie in het beheer en de verloning binnen de praktijk. De stabiliteit van de verloning via het capitatieforfait maakt het mogelijk om te anticiperen en de activiteiten in te plannen, zoals de delegatie ervan aan andere professionals. Geen indruk van depreciatie van de medische prestatie door het ontbreken van een financiële verloning, volgens huisartsen die forfaitair werken;	
Niet aangepast aan situaties die veel meer tijd vragen voor hetzelfde consultatiebedrag Geen erkenning in complexe situaties Technische prestaties onvoldoende gefinancierd	Beoordeelt niet noodzakelijk de huisartsen of praktijken die meer werken of vaker beschikbaar zijn, indien geen aanpassing van de individuele verloningsregelingen; De huidige bedragen van het forfait zijn ontoereikend voor zeer complexe situaties. Angst voor depreciatie door huisartsen die per prestatie werken.	Ontoereikend bedrag voor de zorgactiviteiten zonder contact, voor de delegatie (zie hieronder)

Het financieringsmodel garandeert/verbetert de toegankelijkheid voor de patiënt		
Tegengestelde standpunten over het al dan niet behouden van het remgeld met betrekking tot de financiële toegankelijkheid van de huisartsgeneeskunde, administratieve vereenvoudiging, de mogelijkheid om de situaties die daarmee gebaat kunnen zijn, correct in te schatten	Wegnemen van de financiële barrière om toegang tot zorg te krijgen	
Mogelijke ontsporing door de selectie van eenvoudige situaties, die in een beperkte tijd te beheren zijn; moedigt geen huisbezoeken aan die te weinig worden verloond in vergelijking met de eraan bestede tijd Het huidige bedrag en het remgeld kunnen voor sommige patiënten een toegankelijkheidsprobleem vormen, vooral voor diegenen die vaak op raadpleging komen (chronisch zieken, kwetsbare patiënten)	Ontsporing mogelijk door de overconsumptie van de zorg door de ingeschreven patiënt, volgens de huisartsen die per prestatie werken. Ontsporing mogelijk door de selectie van gemakkelijke patiënten, die slechts weinig zorgactiviteiten vergen. Minder keuze voor sommige beroepen die door het forfait worden gedekt (bijv. kinesitherapeut)	
Het financieringsmodel zorgt voor continuïteit van de zorg en beschikbaarheid		
Bevordert de beschikbaarheid op uurbasis door de directe betaling voor gegenereerde contacten		
	Ontsporing mogelijk door de toegankelijkheid op uurbasis te verminderen ("9 to 5")	
Het financieringsmodel valoriseert ook de activiteiten zonder patiëntencontact		
Het financieringsmodel bevordert preventie, het populatiebeheer, overleg en samenwerking, kwaliteit, toegankelijkheid		
	Bevordert delegatie door de flexibiliteit in de toewijzing van inkomsten uit het ontvangen forfaitaire bedrag. Bevordert activiteiten zonder contact aangezien de verloning niet rechtstreeks verband houdt met het patiëntencontact, zoals het beheer, de organisatie, de coördinatie en preventie	Minimale stimulans om contactloze zorgactiviteiten uit te voeren. Stimulans voor de huisarts om verantwoordelijkheid te nemen voor de patiënt, proactief te zijn, preventieve handelingen te verrichten. Stimulans voor het ontwikkelen van een meer algemene aanpak
Moedigt geen delegatie aan, aangezien de verloning uitsluitend aan de medische prestatie is gekoppeld Moedigt geen overleg aan Te weinig tijd voor preventie (afgezien van de individuele preventie tijdens raadplegingen)		Ontoereikend bedrag voor de activiteiten zonder contact. Laat niet toe om voldoende reserve aan te leggen om een andere professional voor de praktijk aan te werven.

Het financieringsmodel doet de over- en onderconsumptie van zorg dalen.		
	Moedigt activiteiten zonder patiëntencontact aan die de zorgconsumptie moeten verminderen, voor hetzelfde forfaitair inkomen	
Kan overconsumptie van zorg aanmoedigen, omdat het rechtstreeks verband houdt met het inkomen van de huisarts Kan de duur van de contacten helpen verkorten Kan de overconsumptie van de bezoeken door de patiënt aanmoedigen, omdat het remgeld te laag is	Ontsporing mogelijk van de onderconsumptie door de verminderde toegankelijkheid volgens de huisartsen die per prestatie werken	
Het financieringsmodel is administratief eenvoudig		
De keuze die aan de huisarts wordt gelaten om het remgeld al dan niet te innen naargelang de situatie, wordt op prijs gesteld	Administratieve eenvoudigheid van de inschrijving Voordelig omdat er niet langer een nomenclatuurcodenummer nodig is, zorgt ook voor tijdswinst tijdens de raadpleging, volgens de huisartsen die forfaitair werken.	Het voordeel wordt door de huisartsen op prijs gesteld
De nomenclatuur voor de raadplegingen en bezoeken is te eenvoudig om de werkelijke complexiteit van sommige situaties te erkennen. De nomenclatuur van de technische handelingen wordt als zeer ingewikkeld ervaren en verhindert een correcte tarifiering en dus ook hun uitvoering. Het innen van het remgeld is een onnodige administratieve last Huisartsen vrezen afhankelijk van de ziekenfondsen te zijn in geval van een veralgemening van de derdebetalersregeling.	Gemakkelijke inschrijving met mogelijke ontsporingen door de "werving" van patiënten, volgens de huisartsen die per prestatie werken; vrees voor omslachtigheid door de zorgverleners die per prestatie werken als dit bij hen wordt toegepast. Administratief omslachtige en trage procedure in geval van uitschrijving.	Mogelijk ontsporing door de "werving" van patiënten door de administratieve eenvoud en het gebrek aan informatie van de patiënt

Huisartsen zijn beducht voor een verandering van het financieringsmodel (vooral de huisartsen die per prestatie werken) wegens:

- miskenning van de reële impact van de forfaitaire capitatiefinanciering
- vrees voor financiële onzekerheid indien het toekomstige financieringsmodel op lange termijn niet houdbaar is of onvoldoende gewaarborgd is,
- vrees voor afhankelijkheid van de ziekenfondsen en voor een toename van verplichtingen die aan dit nieuwe financieringsmodel zijn verbonden,
- gebrek aan tijd om van praktijkmodaliteit te veranderen door de hoge druk om "patiënten te zien".

Sommigen hekelen het moeizame naast elkaar bestaan van de verschillende financieringsmodellen in de huidige situatie, met negatieve gevolgen voor de mobiliteit van patiënten en voor de solidariteit tussen huisartsen binnen dezelfde zone (onmogelijk voor de artsen die forfaitair werken om "bij te springen" door op uitzonderlijke basis patiënten te ontvangen, onmogelijkheid voor een arts die per prestatie werkt, om een forfaitair werkende arts te vervangen).

Sommigen vrezen ook dat meer financiële erkenning voor complexe situaties hun praktijk zal veranderen in de richting van meer omslachtige, minder curatieve handelingen (in verband met preventie en overleg).

Er worden nog enkele verbeterpunten voorgesteld:

- Een wijziging van de huidige financieringsverhoudingen:
 - Een hoger praktijkforfait met aanzienlijke vooruitbetaling, om ondersteunende professionals voor administratieve taken te kunnen aanwerven
 - Een aangepast capitatieforfait met een aanzienlijk geherwaardeerd GMD, afgestemd op de complexiteit van elke patiënt, om de erkenning van zorgactiviteiten zonder contact mogelijk te maken en ondersteunende professionals aan te werven (bijv.: verpleegkundigen, maatschappelijk werkers) voor dezelfde activiteiten (via delegatie)
 - Financiering per prestatie voor acute problemen en technische handelingen om de toegankelijkheid van de huisartspraktijken te garanderen en te belonen
- Een algemene financiële herwaardering van de huidige componenten van het financieringsmodel dat voornamelijk per prestatie wordt gefinancierd: herwaardering van de prestatie, herwaardering van het GMD. Eventueel te moduleren via een financiering op de kwaliteit (behalen van bepaalde zorgdoelstellingen)
- De huisartsen bij deze verandering begeleiden via een opstartsubsidie of een ondersteunde referentiestructuur.
- Implementatie via een testfase met enkele praktijken
- Inzetten van externe microstructuren ter ondersteuning van huisartspraktijken (bestaand pilootproject in sommige Franse regio's) waarmee ondersteunende professionals met een beperkte arbeidstijd kunnen worden ingeschakeld, afhankelijk van de behoeften van elke praktijk.

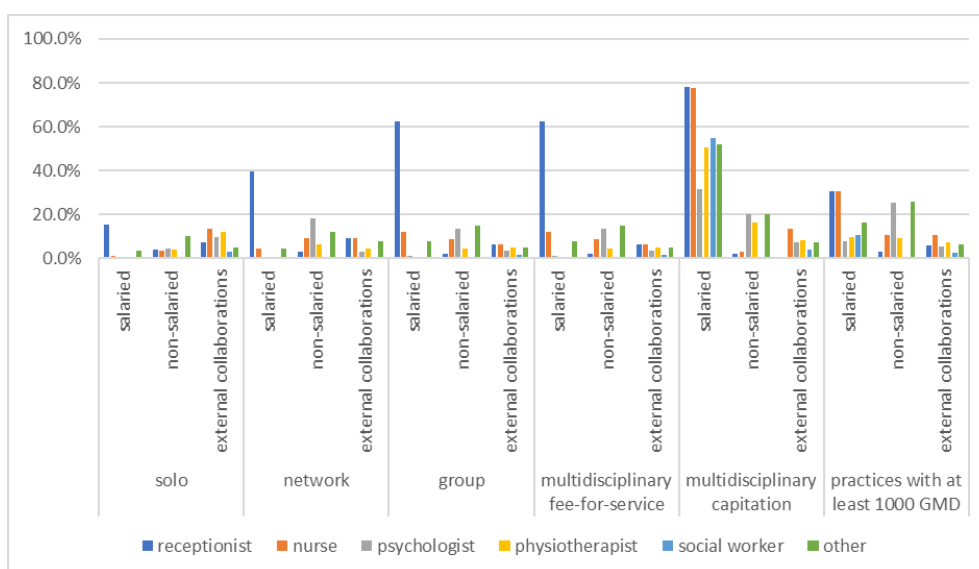
3.4.3 Resultaten van de kwantitatieve bevraging

In totaal startten 2.453 respondenten de bevraging. Hiervan werden er 601 uitgesloten van de analyses: 458 omdat zij de bevraging volledig blanco lieten, 41 omdat ze een niet-valide RIZIV nummer invulden en 102 omdat zij wel een valide RIZIV nummer hadden ingevuld maar de bevraging zelf blanco lieten. Hierdoor werden de analyses uitgevoerd op 1.852 respondenten, waarvan 835 Franstaligen (45.1%) en 1.017 Nederlandstaligen (54.9%). Er waren 56% vrouwen en de mediane leeftijd was 40 jaar.

De grote meerderheid geeft aan te werken in een praktijk met minstens 1.000 GMD's (83%). Het mediane aantal huisartsen per praktijk is 3 (huisartsen in opleiding inbegrepen). De groepspraktijk is de meest frequente praktijkvorm (41%), gevolgd door de solo praktijk (23%), de multidisciplinaire praktijk met prestatiefinanciering (18%) en tenslotte de multidisciplinaire praktijk met forfaitaire financiering (12%). De mediane leeftijd in solo praktijken is ongeveer 20 jaar hoger dan in de andere types (57 jaar in solo praktijken versus 36 jaar in groepspraktijken).

De helft van de respondenten (50%) geeft aan in de praktijk een onthaalmedewerker tewerk te stellen, 22% van de respondenten stelt ook een verpleegkundige tewerk. Daarbij hebben 8% van de respondenten een verpleegkundige in de praktijk die niet in loondienst is.

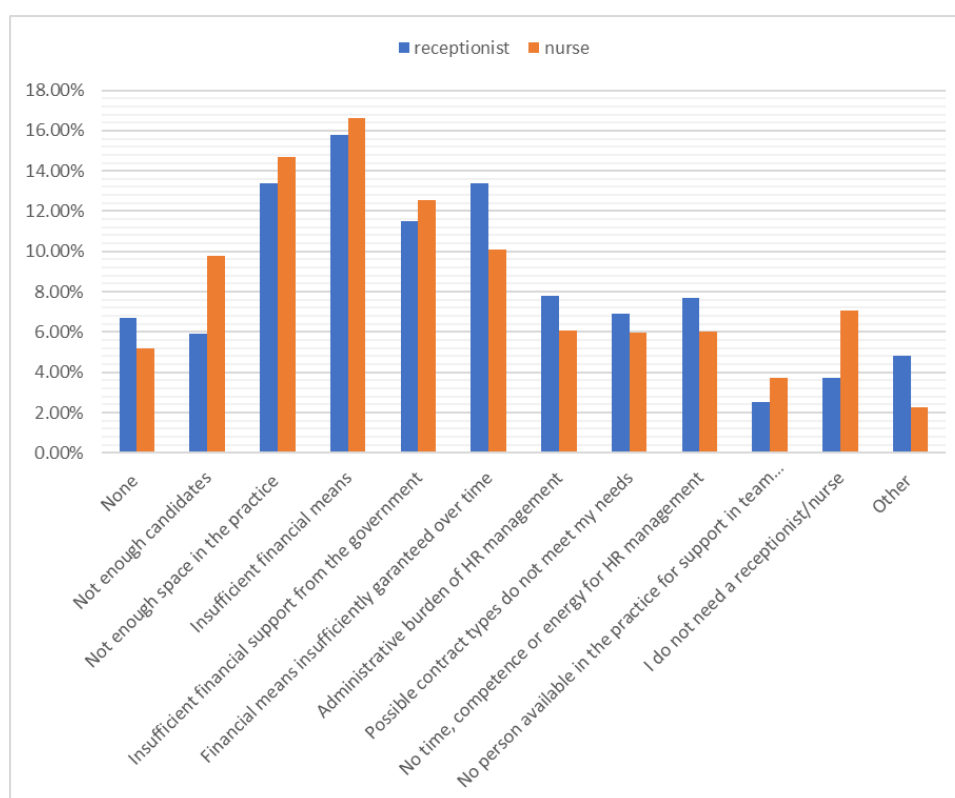
Solopraktijken hebben minder personeel dan de andere praktijktypes. Een overzicht van de samenstelling van praktijken wordt weergegeven in onderstaande figuur.



In de toekomst wil 27% van de respondenten een onthaalmedewerker aanwerven en 36% een verpleegkundige, in praktijken met minstens 1.000 GMD's stijgt dit laatste zelfs tot 45%.

	Onthaal-medewerker	Verpleeg-kundige	Psycholoog	Kinesi-therapeut	Sociaal assistent	Andere
Alle praktijken	27,4%	35,7%	27,8%	11,4%	19,8%	12,6%
Solo	26,8%	21,6%	13,8%	8,0%	10,3%	8,0%
Netwerk	42,4%	34,8%	31,8%	9,1%	12,1%	18,2%
Groep	34,5%	50,7%	33,6%	12,1%	21,0%	12,1%
Multidisciplinair prestatie	22,4%	39,6%	32,5%	14,7%	16,2%	17,8%
Multidisciplinair forfaitair	9,2%	10,5%	28,9%	13,7%	23,0%	15,1%
Praktijken met ≥ 1000 GMD's	31,1%	44,9%	35,2%	14,7%	27,1%	16,0%

De belangrijkste barrières voor het aanwerven van een onthaalmedewerker of verpleegkundige zijn onvoldoende financiële middelen en onvoldoende ruimte in de praktijk.



Tevredenheid

Huisartsen geven aan tevreden tot zeer tevreden te zijn met hun beroep. Uitgezet op een schaal van 0-10 is de mediane tevredenheid 7. De tevredenheid is vergelijkbaar over de verschillende praktijktypes, behalve bij de multidisciplinaire praktijken met capitatiefinanciering waar de mediane tevredenheid 8 is.

Factoren die het meest bijdragen tot tevredenheid zijn de financiële inkomsten en autonomie.

Bereidheid tot veranderen van financieringsvorm

Op de vraag of ze zouden willen overstappen naar een andere, bestaande financieringsvorm, antwoordt 81.2% nee; dus slechts 18.8% overweegt wel over te stappen. De bereidheid om over te stappen is het laagst bij huisartsen in solopraktijken (8.6%) en het hoogst in multidisciplinaire praktijken met prestatie-gebaseerde financiering (32.1%) en groepspraktijken (20.3%). De meest geciteerde reden om niet over te stappen is het gebrek aan kennis.

Op de vraag of ze zouden willen overstappen naar een nieuwe financieringsvorm, antwoordt 70% ja. De bereidheid om over te stappen is groter bij jongere artsen (75.6% bij huisartsen jonger dan 40 jaar ten opzichte van 64.2% bij ouderen huisartsen). Redenen om niet over te stappen zijn angst om inkomen te verliezen en administratieve last.

Discrete choice experiments

In onderstaande tabel worden de keuzes voor de verschillende scenario's opgelijst.

Scenario, in vergelijking met de status quo	Voorkeur frequentie
Taak delegatie naar een verpleegkundige met als gevolg een kortere werkweek	80.1%
Taak delegatie naar een verpleegkundige en andere zorgverleners met als gevolg langere consultaties	74.5%
Taak delegatie naar een verpleegkundige met als gevolg een grotere patiënten populatie en een hoger inkomen	72.4%
Taak delegatie naar een verpleegkundige en andere zorgverleners met als gevolg een kortere werkweek, een kleinere patiëntenpopulatie en een lager inkomen	41.9%
Taak delegatie naar een verpleegkundige en andere zorgverleners met als gevolg langere consultaties en een lager inkomen	34.3%
Kortere consultaties met als gevolg een kortere werkweek	10.4%

De volledige resultaten zijn terug te vinden in bijlage 2.

3.4.4 Conclusies Reflectiegroep vraag 4

De analyse van het KCE en een tussentijds rapport van de focusgroepen werd bezorgd aan de reflectiegroep, waarna de deelnemende organisaties werden bevraagd over hoe een nieuw financieringsmodel het zorgpakket, kwaliteit, toegankelijk en ondersteuning kan sturen. Er werd bevraagd welke taken van een huisarts(praktijk) vandaag niet -of onvoldoende worden gefinancierd en in de toekomst wel zouden moeten gefinancierd zijn, welke mechanismen toegankelijkheid kunnen verzekeren (betaalbaarheid, beschikbaarheid voor nieuwe patiënten, bereikbaarheid, ...), welke mechanismen kwaliteitsvolle zorg kunnen verzekeren, wat de plaats is van de relationele continuïteit en het beheer van GMD in een nieuwe financieringsmethode, welke onderdelen van het takenpakket van een huisartspraktijk in een nieuw toekomstig systeem best via prestatievergoeding, capitatiefinanciering of praktijkfinanciering verlopen en wat de ideale verhouding is tussen vaste/forfaitaire financiering en prestatiefinanciering in een nieuw systeem. Dit in functie van de hogervermelde doelstellingen van een nieuw systeem en de conclusies die werden genomen in de eerste thema's die werden besproken.

3.4.4.1 *Niet – of ondergefinancierde taken*

Op de vraag welke taken een huisarts(praktijk) worden vandaag niet -of onvoldoende gefinancierd zijn, maar zouden dat in de toekomst wel zouden moeten zijn, was veel convergentie vast te stellen in de antwoorden. Onderstaande lijst geeft een overzicht van de antwoorden:

- Langdurige en complexe consultaties
- Medisch-administratieve taken en dossierbeheer
- Inter/pluri-disciplinair overleg
- Praktijkoverleg en zorgcoördinatie
- Preventieve taken
- (bepaalde) technische acten (bv. plaatsen spiraaltje, echografie, ...)
- Huisbezoeken
- Ondersteuning voor triage, onthaal, verpleegfunctie,...
- Kwaliteit: vorming, literatuuronderzoek, kwaliteitsprojecten, ...
- Beroepsvertegenwoordiging in allerlei gezondheidsstructuren
- Activiteiten in public health
- Proactieve zorg
- Beschikbaarheid tijdens de wachtdienst

3.4.4.2 *Hoe kwaliteitsvolle zorg verzekeren?*

Volgende aanbevelingen rond het verzekeren van kwaliteitsvolle zorg via het organisatie -en financieringssysteem worden breed gedragen:

- Zorg voor een vast geïntegreerd zorgteam, deze relatie moet gestimuleerd worden.
- Voorzie financiële incentives voor praktijken die volgens Evidence Based Medicine en kwaliteitsvolle processen werken (niet op de uitkomst).
- Stimuleer multidisciplinaire samenwerking.
- Zorg voor ondersteunend personeel in de huisartspraktijk.
- Hervorm de geïntegreerde praktijkpremie, leg nieuwe incentives bij de processen om kwaliteit te bevorderen en innovatie.
- Zorg voor een vergoeding van de tijd die gewerkt wordt buiten de patiëntencontacten.

Daarnaast werden nog andere voorstellen gedaan zoals EBM clinical decision support in het EMD, het stimuleren van minstens één preventief consult per jaar, het linken van bepaalde technische prestaties aan opleidingen (bv. spirometrie, orthopedische echografie, ...)

3.4.4.3 Hoe toegankelijkheid verzekeren? (betaalbaarheid, beschikbaarheid, bereikbaarheid)

De reflectiegroep beveelt aan te zorgen voor voldoende huisartsen en een goede spreiding van de huisartspraktijken. De beschikbaarheid van huisartsen kan verbeteren door het verminderen van onnuttig (administratief) werk voor de huisarts.

De financiering van praktijkondersteunend personeel is nodig om taakdelegatie te realiseren en zal ook een positieve impact hebben op de beschikbaarheid voor zorg.

De algemene derdebetalersregeling zorgt vandaag reeds voor financiële toegankelijkheid.

Huisartspraktijken met verschillende artsen en eventueel andere disciplines en ondersteunend personeel vraagt ruime en aangepaste gebouwen, die vaak grote investeringen vragen. Facilitering door lokale besturen is nodig bij het voorzien van deze toegankelijke gebouwen en duurzame infrastructuur.

Lokale besturen of eerstelijnsnetwerken moeten ook een rol opnemen bij het toeleiden van patiënten naar de huisartspraktijken. Een praktijkregister is hiervoor een noodzakelijk instrument.

Over de rol van het remgeld in de huisartspraktijk was geen eensgezindheid. Volgens sommige deelnemers mag er niet geremd worden op zorg in de eerste lijn en moet het de ambitie zijn om in nieuwe systemen dit remgeld te schrappen, volgens andere deelnemers is het belangrijk om bepaalde drempels te behouden om te vermijden dat de zorg té toegankelijk wordt en praktijken nog meer overbelast zullen worden.

Programma's voor patiënteneducatie en zorggeletterdheid (voor welke zorg kan ik waar terecht? Wanneer moet ik een arts contacteren voor veelvoorkomende aandoeningen?) kunnen een belangrijke belasting wegnemen bij de artsen en daardoor de beschikbaarheid verbeteren.

Een eenduidige triage, op praktijkniveau, maar ook op supraregionaal niveau kan bijdragen tot grotere bereikbaarheid en beschikbaarheid.

Andere ideeën werden voorgesteld door de leden, zoals het voorzien van een premie voor chronische opvolging in thuissituatie of in woonzorgcentra, premies voorzien voor praktijken die beurtrollen organiseren om continuïteit te voorzien in bepaalde regio's buiten de uren van de wachtdienst of het uitbreiden van de permanentiehonoraria.

3.4.4.4 Relationele continuïteit en het beheer van GMD in een nieuwe financieringsmethode

Binnen de reflectiegroep was er een tendens naar een meer gewogen capitatiefinanciering, waarbij een grotere zorgzwaarte bij de patiënt tot een hogere vergoeding moet leiden.

Het huidige systeem op basis van de criteria bij medische huizen, beschouwen de meeste deelnemers niet optimaal. Men betwijfelt of de parameters de zorgzwaarte correct weerspiegelen. De gebruikte data lopen bovendien ver achter op de realiteit; correctiemechanismen vertragen aanpassingen en herverdelingen tussen de medische huizen.

Momenteel bedraagt het honorarium voor het beheer van een GMD ongeveer 32 EUR, en is een verhoging voorzien voor personen van 30 tot 85 jaar met een chronische aandoening. Er werd gesuggereerd om dergelijk 'verhoogd GMD' ook toe te kennen bij o.a. mentale

gezondheidsproblemen, palliatief statuut, aantal patiënten met migratie-achtergrond of in precare toestand. Echter, het is momenteel onvoldoende bestudeerd welke criteria in aanmerking moeten genomen worden en welk gewicht eraan moet worden toegekend in de berekening van een bedrag per categorie van zorgzwaarte. Ook zal een geautomatiseerde dataverzameling moeilijk worden zonder grote administratieve belasting voor de huisartsen. Aan eventuele aanpassingen van dergelijke capitatiefinanciering op basis van zorgzwaarte, met geautomatiseerde berekening op basis van verschillende parameters, zal naast een grondige voorafgaande studie ook een lange ontwikkelingstijd voor de informaticasystemen vragen.

Er is eensgezindheid binnen de groep dat een gewogen capitatiefinanciering minstens op driemaandelijke basis zou moeten worden vastgesteld en uitbetaald, zeker indien het bedrag hoger wordt dan het huidige GMD.

Omdat GMD's vandaag soms te snel/makkelijk worden overgenomen door een arts, vaak zonder de patiënt goed te informeren, zijn de deelnemers het eens dat de relationele continuïteit idealiter zou bevestigd moeten worden door een bilaterale overeenkomst, bv. met een ondertekend document, ondertekend door beide partijen, waar de patiënt en huisartsenpraktijk afspraken en engagementen in vastleggen. Ondertekening kan elektronisch of op papier. In de praktijk betekent dit een bijkomende administratieve taak voor de huisartspraktijk om deze documenten (eenmalig) te laten ondertekenen voor elke vaste patiënt, maar deze taak kan ook gedelegeerd worden naar het ondersteunend personeel.

De meningen lopen uiteen over het betalingsniveau van het GMD: wordt dit best betaald aan de individuele huisarts of de huisartspraktijk? Organisaties die pleiten voor betaling aan een individuele arts argumenteren dat dit honoraria zijn die de arts toebehoren en niet als werkingsmiddelen moeten beschouwd worden. Andere organisaties geven aan dat de taken die bij een (verhoogd) GMD horen, niet meer enkel door één huisarts zullen worden opgenomen, maar door de huisartspraktijk. In de realiteit zouden deze honoraria al vaak gepoold en herverdeeld worden. Bovendien bestaat het risico dat in praktijken waar nieuwe artsen of vervangartsen werken, deze een belangrijke inkomensdaling zouden ervaren als het GMD een belangrijker deel van het inkomen zou vertegenwoordigen maar deze GMD's vooral met de oudere artsen van de praktijk worden afgesloten.

Tenslotte werd ook aandacht gevraagd voor de patiënten die in België wonen maar niet zijn aangesloten bij een Belgische mutualiteit (diplomaten, werknemers bij Europese instellingen, mensen zonder geldige verblijfsdocumenten, ...). In een nieuw toekomstig model moet ook bekeken worden op welke manier het financieringssysteem moet toegepast worden bij deze inwoners, voor de betalingen per prestatie en capitatievergoedingen.

3.4.4.5 Welke onderdelen voor de verschillende financieringsmethoden?

Eerder werd beschreven welke taken een basis zorgpakket van een huisartspraktijk omvat. Alle taken moeten een correcte financieringsmethode vinden: op basis van prestaties, via een capitatiefinanciering of onder de vorm van premies. De deelnemers van de reflectiegroep werden bevraagd over de financieringsmethode voor de verschillende onderdelen, dit in functie van de eerder vermelde doelstellingen van een nieuw organisatie- en financieringssysteem.

De meningen zijn verdeeld over dit thema. Het is wel duidelijk dat er een zekere basisfinanciering moet bestaan voor de huisartspraktijk, die vaste kosten dekt zoals de lonen van het ondersteunend personeel, kosten voor medische software, medisch materiaal en bepaalde infrastructuur. Dit zou mogelijk zijn via de toekenning van vaste bedragen op basis van het aantal artsen, of op basis van de grootte van de praktijk (via capitatiefinanciering).

Er is minder eensgezindheid over het behoud van prestaties voor consultaties, huisbezoeken in een volledige prestatiefinanciering. Sommige organisaties verkiezen dat deze taken behoren tot het basispakket van een huisartspraktijk en bijgevolg enkel via forfaitaire vergoedingen zouden moeten vergoed worden. In deze zienswijze zouden enkel bijkomende taken bovenop het basispakket via prestatievergoeding moeten vergoed worden. Volgens de meeste deelnemers blijven technische prestaties best in een prestatiefinanciering behouden.

Hoger werd aangestipt dat er in het prestatiesysteem onvoldoende financiering bestaat voor de tijdsinvestering buiten de patiëntencontacten, zoals medische administratieve taken, dossieropvolging en zorgoverleg. Meningen zijn verdeeld over de ideale manier van vergoeding, via de prestaties of een vaste capitatiefinanciering.

De deelnemers geven aan dat premies zoals de bestaande geïntegreerde praktijkpremie² een nuttig instrument zijn, maar nog kunnen bijgestuurd worden om kwaliteitsprocessen nog meer te belonen.

Daarnaast werden verschillende ideeën aangebracht zoals de financiering van een verpleegkundige of praktijkassistent in de capitatiefinanciering, van een jaarlijkse preventieve consultatie of een specifieke premiefinanciering te voorzien voor vorming, onderzoek en beroepsvertegenwoordiging in allerlei gezondheidsstructuren.

3.4.4.6 Welke verhouding tussen forfaitaire financiering en prestatiefinanciering?

Er bestaat weinig wetenschappelijke evidentie over de ideale verhouding tussen de verschillende financieringsmethoden. Er is nood aan experimenten, monitoring en evaluatie.

Er is ook een grote divergentie vast te stellen onder de deelnemende organisaties. Binnen een gemengd betalingsmodel lopen meningen uit elkaar tussen ongeveer 30% financiering via prestaties, 70% via vaste vergoedingen, en 70% via prestaties en 30% via vaste vergoedingen.

Ook over de meerwaarde van betaling voor kwaliteit (pay-for-quality) bestaat weinig evidentie. Het is wel duidelijk dat indien dit wordt toegepast dit moet gebeuren op basis van kwaliteitsprocessen, niet op uitkomsten.

² <https://www.inami.fgov.be/nl/professionals/individuele zorgverleners/artsen/hulp/geintegreerde-praktijk/Paginas/default.aspx>

4 Voorstel nieuw financieringsmodel

4.1 Algemeen

Dit voorstel is tot stand gekomen op basis van maximale convergentie tussen de standpunten van de verschillende deelnemende organisaties.

Het nieuwe financieringsmodel is budgetneutraal voor gemiddelde praktijk. Er is wel bijkomende financiering nodig voor praktijkverpleegkundigen en praktijkmanagement.

4.2 Definitie New Deal huisartspraktijk

Tijdens de discussies rond het zorgpakket en de relatie met de patiënt werd duidelijk gesteld dat verschillende taken van dit zorgpakket moeten aangeboden worden door een huisartsenpraktijk, niet enkel de huisarts. Daarbij denken we aan een duidelijke triage, gedeelde zorgcontinuïteit, opzet van preventieprogramma's of proactieve zorg, etc.

Gezien de 'New Deal' overeenkomst wordt afgesloten tussen een huisarts en het RIZIV is een duidelijke definitie nodig. Volgende definitie wordt voorgesteld voor een 'New Deal huisartsenpraktijk':

Een praktijk die wordt uitgebaat door één of meerdere huisartsen die onder hetzelfde dak of gestructureerd in een netwerk werken, met een gedeeld patiëntenbestand, en waarbij integratie-instrumenten gebruikt worden als gedeelde patiëntendossiers en coördinatievergaderingen.

Een huisartspraktijk treedt toe tot de overeenkomst als één organisatie.

4.3 Basisvereisten

In een New Deal huisartsenpraktijk werken enkel geaccrediteerde huisartsen.

De praktijk zorgt voor beschikbaarheid en continuïteit van zorgen. De openingsuren worden afgestemd op de openingsuren van de wachtdienst. Tijdens deze openingsuren is er een doorlopende telefonische bereikbaarheid en wordt er gezorgd voor een beschikbaarheid voor (acute) zorg binnen aanvaardbare termijnen, i.f.v. de pathologie en de triage.

Indien er een verpleegkundige werkzaam is in de praktijk worden integratie-instrumenten gebruikt zoals regelmatig zorgoverleg en geprotocolleerde gedeelde zorgprocessen.

Een New Deal huisartspraktijk engageert zich tot kwaliteitsvolle praktijkvoering, waar onder meer ook preventieve en proactieve zorg wordt geleverd (op individueel en collectief niveau).

4.4 Capitaatiefinanciering

In de huidige financiering per prestatie wordt een vast jaarlijks bedrag toegekend voor het beheer van het Globaal Medisch Dossier (GMD). Alle patiënten met een vaste behandelrelatie met één van de huisartsen van een New Deal praktijk hebben een gelijkaardige GMD-relatie met een van de huisartsen van de praktijk.

Omdat vele taken van een huisartspraktijk zich situeren buiten de directe patiëntencontacten en consultaties (medische administratie, opvolging medisch dossier, zorgoverleg, preventieprogramma's, adviezen, etc.), maar wel gerelateerd zijn aan de patiënt, wordt voorgesteld om dit deel van de capitaatiefinanciering te verhogen en ook te hervormen naar een gewogen capitaatiefinanciering i.f.v. de zorgzwaarte.

Bij de weging van de capitaatiefinanciering in functie van zorgzwaarte moeten parameters gehanteerd worden waarbij het technisch en operationeel mogelijk is om de bedragen voor de

capitatiefinanciering geautomatiseerd vast te stellen en uit te betalen. Hierbij wordt voorgesteld om te moduleren in functie van de leeftijd van de patiënt en het statuut verhoogde tegemoetkoming. In dit kader zou gewerkt kunnen worden met 3 tot 4 leeftijdscategorieën, waarvan de grenzen nog bepaald moeten worden in verdere uitwerking.

Het aandeel van prestatiefinanciering en capitatiefinanciering via GMD wordt ongeveer even groot in voor gemiddelde huisartspraktijk die instapt in de New Deal-overeenkomst.

Zoals hoger beschreven, bestaat er geen eensgezindheid over wie deze betalingen moet ontvangen, de huisarts of de huisartspraktijk. Gezien het mogelijk is om individuele inkomsten vanuit de capitatiefinanciering te poolen en aan te wenden voor de praktijk maar het omgekeerde veel moeilijker is, beveelt de reflectiegroep aan deze betaling voorlopig uit te betalen aan de individuele huisarts maar de effecten hiervan te evalueren en eventueel bij te sturen in de toekomst.

De vaststelling en betaling van de gewogen capitatiefinanciering gebeurt bij voorkeur minstens driemaandelijks en a priori, in functie van technische haalbaarheid. In het prestatiesysteem wordt de betaling voor de honoraria van de GMD's ook reeds uitgevoerd in het begin van het jaar. Als dit bedrag groter wordt, kan het aangewezen zijn om met meer gespreide betalingen te werken.

Het afsluiten van een vaste behandelrelatie (GMD) moet een bilateraal proces worden met expliciet akkoord van de patiënt, ofwel elektronisch ondertekend met eID of op papier ondertekend. De huisartspraktijk wordt belast met deze administratie en het bewaren van de bewijsstukken.

4.5 Prestatiefinanciering

Het nieuwe organisatie -en financieringssysteem is een gemengd model waarbij er prestaties blijven bestaan voor consultaties, bezoeken en technische prestaties. De betaling van de honoraria voor prestaties (consultaties, bezoeken, technische prestaties) verlopen via de huisarts die de prestatie uitvoert.

Gezien het bedrag voor patiënten met een vaste behandelrelatie (analoog aan het GMD) hoger zal zijn dan het huidige GMD, zullen de honoraria per prestatie lager zijn dan de huidige honoraria voor consultaties en bezoeken. Dit geldt enkel voor de patiënten met een vaste behandelrelatie van een New Deal praktijk. Voor patiënten zonder een dergelijke vaste behandelrelatie (vakantiegangers, studenten, 2 woonplaatsen door co-ouderschap, 2e advies, ...) gelden de conventietarieven, 'passantentarief' genoemd.

Hierbij moet nagedacht worden over een systeem dat *cherry picking* vermijdt, waarbij praktijken zich in hun vaste patiëntenpopulatie zouden concentreren op patiëntenprofielen die typisch een lagere zorgnood hebben, en patiëntenprofielen die een hoge zorgnood met zich meebrengen als passanten worden beschouwd.

Er is geen eensgezindheid over het voorzien van remgeld in dit nieuwe systeem. De deelnemers zijn het er wel over eens dat indien het persoonlijk aandeel voor de patiënt zou wegvallen, dit bedrag wel ten laste moet worden genomen door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. Bij het simuleren van de budgettaire effecten van dit nieuwe systeem zal in kaart gebracht worden welke budgetten hiervoor vereist zijn. Op basis van deze elementen kan een gemotiveerde beslissing genomen worden in de vervolgdiscussies binnen de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen (NCAZ).

4.6 Premiefinanciering

De premies die een huisartspraktijk kan ontvangen situeren zich op verschillende niveaus die apart worden beoordeeld, namelijk ondersteuning, beschikbaarheid, kwaliteit en samenwerking.

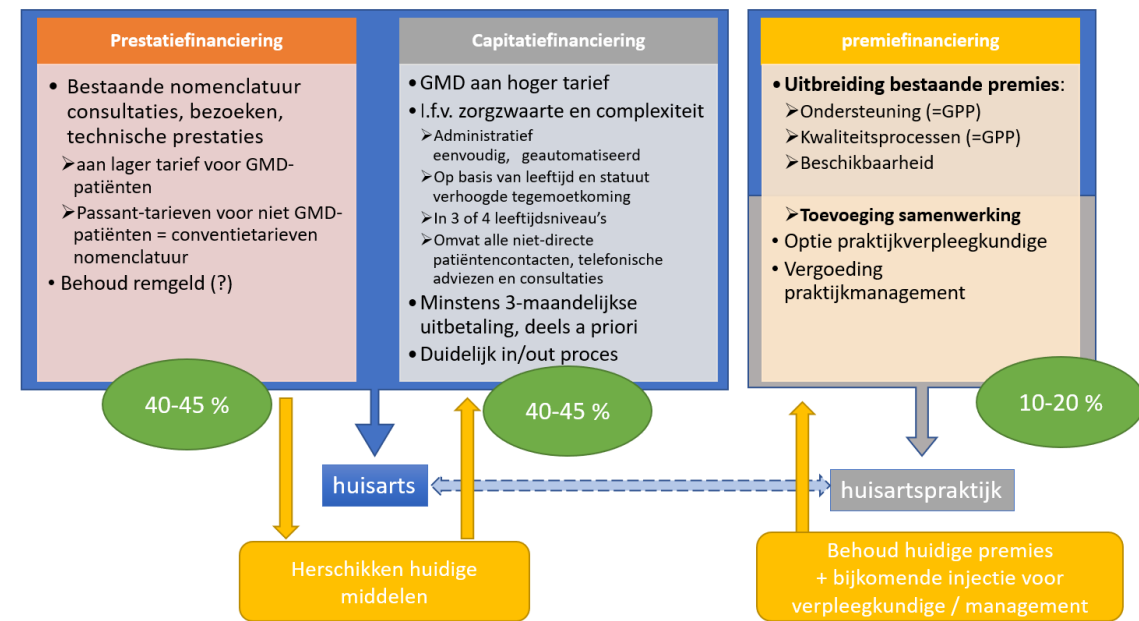
Het onderdeel ondersteuning dekt kosten voor medische software en gedeeltelijk de kosten voor onthaal en/of praktijkassistent (naast de bestaande premies). Het onderdeel kwaliteit stimuleert het toepassen van kwaliteitsprocessen, zoals het gebruik van het elektronisch medisch dossier, het opzoeken van wetenschappelijke evidentie en het gebruik van eHealth-diensten. Voor deze onderdelen wordt de bestaande geïntegreerde praktijkpremie gebruikt, die ook kan toegekend worden aan artsen van een New Deal huisartsenpraktijk. Deze regeling wordt ook herzien in kader van financiering voor zorgondersteunend personeel buiten de New Deal praktijken (zie Akkoord NCAZ 2022-2023, punt 3.2.2³).

Het onderdeel samenwerking creëert een nieuwe vergoeding voor praktijkmanagement in functie van het aantal zorgverleners binnen de praktijk (huisartsen, verpleegkundigen, psychologen, maatschappelijk werkers, ...) en het aantal patiënten met een vaste behandelrelatie, bijvoorbeeld een vergoeding voor 4u praktijkmanagement per week, vanaf 4 zorgprofessionals in de praktijk die minstens 1.000 vaste patiënten telt.

Het onderdeel samenwerking bevat ook een optionele premie voor een verpleegkundige in de huisartspraktijk. De hoogte van de vergoeding wordt bepaald in functie van het aantal vaste patiënten in de praktijk. Een mogelijkheid zou bijvoorbeeld kunnen zijn om per 1.000 patiënten met een vaste behandelrelatie in de praktijk een vergoeding toe te kennen die overeenkomt met 1/3 van een voltijds loon van een praktijkverpleegkundige. De premie voor de praktijkverpleegkundige wordt bijkomend verbonden aan voorwaarden i.v.m. het gebruik van integratie-instrumenten (bv. geprotocolleerde gedeelde zorg, gedeeld EMD, coördinatievergaderingen), het opzetten van programma's in preventie en proactieve zorg.

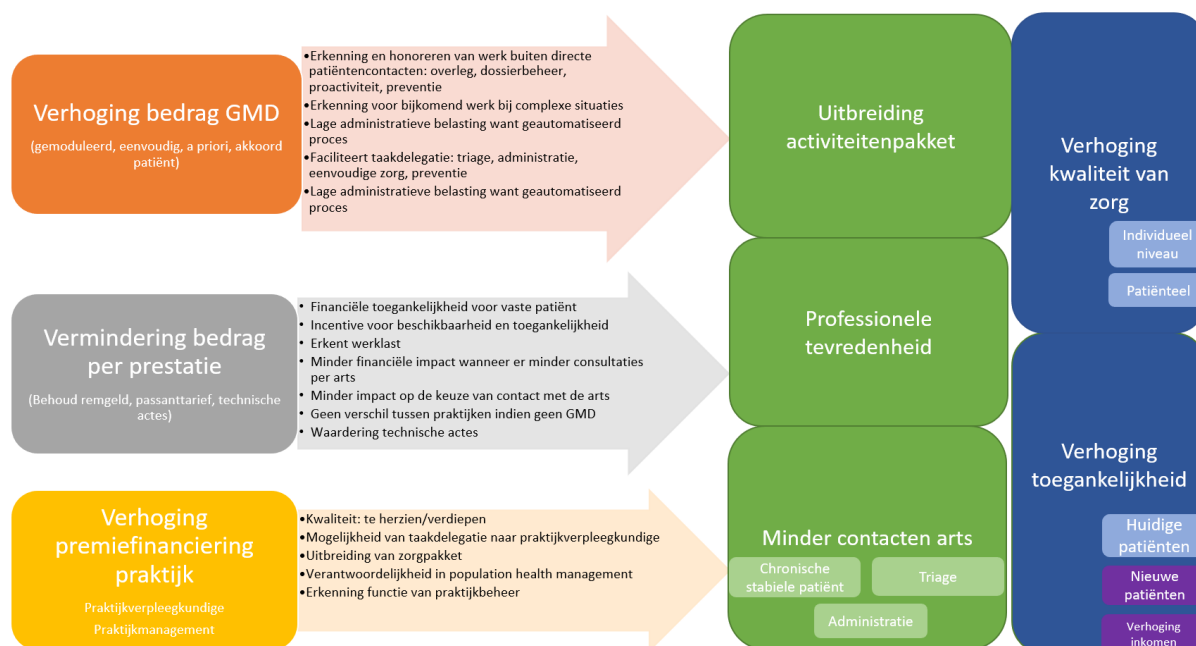
³ https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/verzorging/paginas/nationaal-akkoord-artsen-ziekenfondsen.aspx#Het_akkoord_artsen-ziekenfondsen_2022-2023

Het voorstel wordt afgebeeld in onderstaand samenvattend schema:



4.7 Verwachte effecten

Onderstaande figuur geeft een overzicht van de verwachte effecten van het nieuwe organisatie en financieringsmodel voor de huisartspraktijk, volgens de 3 financieringmethodes.



Voorts kunnen de verwachte effecten in de zorg voor een chronisch zieke patiënt in deze nieuwe organisatorische en financiële modaliteit worden geschetst.

Men gaat ervan uit dat een chronisch zieke patiënt zijn huisarts gemiddeld 10 tot 15 keer per jaar raadpleegt (variabel naargelang de chronische aandoeningen, maar ook rekening houdend met het feit dat de meeste patiënten in een situatie van multimorbiditeit verkeren)⁴.

Er wordt van de huisarts een aantal activiteiten verwacht met het oog op de tenlasteneming van die chronische patiënt: planning van de chronische opvolging, individuele preventie (met een minimale proactiviteit van de huisarts), therapeutische educatie, aanpak van een instabiele situatie (complicatie, verstoord evenwicht, ziekenhuisopname, enz.), eventueel uitvoeren van technische handelingen. Er moeten ook activiteiten worden uitgevoerd zonder rechtstreeks contact met de patiënt: beheer van het medisch dossier, overleg met andere actoren (1e of 2e lijn), uitvoeren van administratieve procedures. De huisarts moet ook beschikbaar zijn voor acute problemen die niet noodzakelijkerwijs verband houden met de chronische problemen.

Via de herconfiguratie van de organisatie en van de financiering van de huisartspraktijk is een ander soort tenlasteneming van dergelijke patiënten mogelijk.

Het nieuwe financieringsmodel maakt het mogelijk activiteiten binnen de praktijk te plannen en ondersteunende professionals in dienst te nemen zoals secretariaats-/baliemedewerkers, een praktijkverpleegkundige (of een praktijkassistent ter ondersteuning van de 2 voormelde beroepen).

Via protocollen die in de praktijk zijn opgesteld onder de supervisie van een of meerdere huisartsen, wordt een deel van de activiteiten gedeeld en/of gedelegeerd naar die ondersteunende professionals.

⁴ source: Meeus P, Van Aubel X. Performance de la médecine générale, bilan de santé. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). 2012. D/2012/0401/11

De triage en het doorsturen van de aanvragen door het secretariaat en/of de verpleegkundige kunnen al een deel van de administratieve last voor de huisarts wegnemen. Voor stabiele chronische patiënten en volgens protocollen die in de praktijk zijn vastgesteld, kan een deel van de activiteiten voor de chronische opvolging efficiënt worden gedeeld met de praktijkverpleegkundige (therapeutische educatie, individuele preventie, planning van de opvolging, aanvullen en beheren van het medisch dossier van de patiënt). Sommige technische handelingen kunnen aan de verpleegkundige worden gedelegeerd waarbij de interpretatie ervan aan de vaste arts van de patiënt wordt overgelaten. De openstelling van deze activiteiten voor andere professionals van de praktijk betekent niet dat ze niet langer door de huisarts worden uitgevoerd (de keuze en de mate van delegatie wordt aan de huisarts overgelaten), en zorgt op die manier voor een grotere toegankelijkheid voor de patiënten van de huisartspraktijk.

Dankzij de verhoging van de forfaitaire capitatiefinanciering worden de activiteiten van de huisarts zonder patiëntencontact die nuttig zijn voor een optimale opvolging, beter erkend en dus aangemoedigd.

De andere verdeling van de contacten van een chronisch zieke met de huisartspraktijk zou kunnen leiden tot een vermindering van het aantal jaarlijkse contacten met de vaste arts, maar er wordt gestreefd naar een minimumaantal contacten dat nodig is voor het behoud van de relationele kwaliteit en een algemeen beeld van de situatie, die onontbeerlijk zijn voor elke opvolging op lange termijn. Deze contacten richten zich op de specifieke vaardigheden van de huisarts met behoud van de alomvattende en continue aanpak die kenmerkend is voor dit beroep. Bovendien profiteert de huisarts in deze complexe tenlastenemingen van het optreden van in de praktijk geïntegreerde ondersteunende professionals, van de voorbereiding en ondersteuning die zijn interventies kunnen vergemakkelijken en de algemene kwaliteit van de verleende zorg kunnen verbeteren.

4.8 Gerelateerde onderwerpen en aanbevelingen

Tijdens de discussie rond de verschillende thema's zijn onderwerpen naar voren gekomen die betrekking hebben op een wenselijke evolutie voor *de gehele huisartsgeneeskunde* en niet alleen in het kader van de ontwikkeling van een nieuw praktijkmodel:

- Integratie van gezondheidsgegevens in één gedeeld medisch dossier binnen de huisartsenpraktijk; van extramurale arts-specialisten, tot verticale gerichte preventieprogramma's (bv. Kind&Gezin-ONE en follow-up/vaccinatiegegevens).
- Organisatie van de huisartsenwacht dienst op het niveau van een bepaald gebied
- Voortdurende paradigmaverschuiving: *less is more*/quaternaire preventie, doelgerichte zorg, behoeften van de nieuwe generaties van zorgprofessionals.
- Een beter begrip van de eerste zorglijn bij de algemene bevolking om onderscheid te maken tussen wat onder de verantwoordelijkheid van een huisarts valt, een huisartsenpraktijk, en dringende of uitgestelde zorgvraag.
- Een triage buiten praktijkniveau dat beschikbaar is tijdens de weekuren, bijvoorbeeld m.b.v. digitale tools.
- Integratie met de 2^e zorglijn: het opstellen van gedeelde zorgprotocollen⁵ tussen de 1^e en de 2^e lijn aanmoedigen (met verduidelijking van ieders rol en verantwoordelijkheden), de ondersteunende functie van de 2^e lijn aan 1^e lijn erkennen, onder meer via financiering van deze activiteit en via tele-expertise, de communicatiekanalen tussen de 1^e en de 2^e lijn organiseren.
- Grotere rol van de arbeidsgeneeskunde bij de beoordeling van chronisch zieke patiënten.
- Evolutie van de huisartsgeneeskunde naar een meer duurzame praktijk: beredeneerd voorschrijven (vermijden van overmatig voorschrijven en keuze van producten die schadelijk zijn voor het milieu, vervoer van patiënten, energieverbruik van gebouwen, enz.)

Deze punten, hoewel belangrijk, zijn relevant voor alle organisatie- en financieringsmodellen van de huisartsgeneeskunde en zijn als dusdanig niet aan bod gekomen bij de discussies voor een nieuw organisatie- en financieringsmodel.

Hieronder worden aanbevelingen geformuleerd over enkele onderwerpen waar er maximale convergentie werd vastgesteld.

4.8.1 Zorg voor voldoende huisartsen

Zorg voor voldoende huisartsen en een goede spreiding van de huisartspraktijken. Gezien de belangrijke aankomende pensioneringsgolf is dit van cruciaal belang om de groeiende zorgvraag te kunnen opvangen.

4.8.2 Opleiding praktijkassistenten en verpleegkundigen in de huisartspraktijk

Een praktijkassistent kan in de toekomst nuttig zijn om volgende taken op te nemen in een huisartspraktijk:

1. Secretariaatsfunctie
2. Beoordeling zorgvraag en oriëntering naar meest gepaste zorgverlener
3. Administratieve en logistieke handelingen
4. Informatieverstrekking

⁵ Moet worden opgevat als een volwaardig zorgintegratie-instrument dat de praktijk zelf kan schrijven/opstellen zodat iedereen weet wat hij in een bepaalde situatie moet doen of verwacht wordt te doen.

5. Eenvoudige verpleegkundige handelingen: staalafnames, uitvoeren testen (bloeddruk, biometrie, ECG, spirometrie, bepaalde point-of-care testen zoals urinestick onderzoek), eenvoudige wondzorg, sterilisatie. Geen inspuitingen of toediening van geneesmiddelen.
6. Ondersteuning huisarts/verpleegkundige bij kwaliteit verbeterende acties
7. Ondersteuning huisarts/verpleegkundige bij organisatie preventieve acties

De voorgestelde functie van praktijkassistent omvat zowel administratieve en logistieke taken, als medisch ondersteunende taken zoals eenvoudige verpleegkundige handelingen. Het inschakelen van dergelijke invulling van de praktijkassistent is pas mogelijk nadat de noodzakelijke aanpassingen aan de WUG wet zijn opgenomen voor wat betreft de medisch ondersteunende taken en nadat er opleidingen voorzien worden door de hogescholen.

Vanuit de reflectiegroep werd gevraagd om de nodige verdere stappen te ondernemen door bevoegde overheden en administraties.

Zorg ook voor voldoende verpleegkundigen die de huisartspraktijk kunnen ondersteunen. Laat bevoegde overheden een opleidingsaanbod voorzien dat is afgestemd op de (toekomstige) vraag van de huisartspraktijken.

4.8.3 Aanbevelingen wachtdienst

De reflectiegroep behandelde ook de thema's continuïteit van zorgen en de beschikbaarheid van een huisartspraktijk. Tijdens deze discussies kwam ook de plaats van de huisartsenwachtdienst geregeld aan bod. Hierbij werden verschillende elementen aangehaald door bepaalde organisaties: het beschikken over een performante huisartsenwachtdienst voor de bevolking, een veralgemeende efficiënte triage, de uren van deze wachtdienst (waaronder de georganiseerde wachtdienst tijdens de weekavonden en de diepe nachturen in het weekend), de functionele samenwerkingsverbanden voor de huisartsenwachtposten, de werkdruk in de huisartsenwachtdienst en het vergoedingssysteem waaronder de beschikbaarheidshonoraria.

Deze elementen werden niet verder besproken tijdens de reflectiegroep, gezien deze van toepassing zijn voor alle financieringsmodellen. Er wordt aanbevolen deze onderwerpen te bespreken binnen de bestaande overlegorganen zoals het Begeleidingsplatform wachten de werkgroepen van de NCAZ.

4.8.4 Aanbevelingen gedeeld elektronisch gezondheidsdossier

Het gemeenschappelijk medisch dossier dat door de verschillende beroepsgroepen gedeeld wordt binnen de huisartsenpraktijk, is een instrument voor communicatie en coördinatie. De modaliteiten van de gegevensdeling die nodig zijn, moeten besproken en verduidelijkt worden.

Het is wel nodig om dossiergegevens te kunnen delen om tot een echte samenwerking te komen, zowel actief als passief.

Deze gegevensdeling moet minstens op praktijkniveau kunnen, met duidelijke regels over wie toegang heeft tot welke gegevens, duidelijke identificatie van de zorgverlener als er elementen aan het dossier worden toegevoegd/aangepast.

Het technisch uitwerken van het delen van dossiergegevens tussen zorgverleners buiten de praktijk wordt in een andere werkgroepen behandeld (werkgroep rond Belgian Integrated Health Record, BIHR).

4.8.5 Aanbevelingen patiënteducatie en triage

Zorg voor een beter begrip van de eerste zorglijn bij de algemene bevolking om onderscheid te maken tussen wat onder de verantwoordelijkheid van een huisarts valt, een huisartsenpraktijk, een dringende of uitgestelde zorgvraag. Programma's voor patiënteducatie en zorggeletterdheid (voor welke zorg kan ik waar terecht? Wanneer moet ik een arts contacteren voor veelvoorkomende aandoeningen?) kunnen een belangrijke belasting wegnemen bij de artsen en daardoor de beschikbaarheid verbeteren. Dit kan bijvoorbeeld ook gerealiseerd worden door een triagefunctie buiten praktijk, m.b.v. digitale tools.

4.8.6 Aanbevelingen aan lokale en regionale overheden

Lokale overheden kunnen zorgen voor ondersteuning in lokalen voor de huisartspraktijken, die een specifieke nood hebben aan grootte, toegankelijkheid en bereikbaarheid.

Het is nuttig om patiënten naar beschikbare huisartspraktijken te begeleiden binnen een bepaald gebied. Lokale besturen of eerstelijnsnetwerken kunnen deze verantwoordelijkheid nemen. Een praktijkregister is hiervoor een noodzakelijk instrument.

5 Volgende stappen

5.1 Operationele uitwerking

Voor de concrete uitwerking van het hierboven beschreven voorstel wordt de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen gevraagd om een werkgroep samen te stellen, welke zich zou moeten buigen over volgende aspecten:

- De technische aspecten om dit operationeel te kunnen maken op relatief korte termijn (bv. geautomatiseerde gewogen capitatiefinanciering, aanpassing facturatieprocessen, etc.);
- De budgettaire mogelijkheden: mogelijkheid tot herschikken van de huidige uitgaven, mogelijke investering in praktijkverpleegkundigen en praktijkmanagement i.f.v. het aantal praktijken in de opstartfase;
- De gerelateerde projecten binnen het RIZIV zoals de hervorming van de nomenclatuur (waaronder ook de consultaties en geassocieerde actes), hervorming van accreditatiepremies, aanpassingen van geïntegreerde praktijkpremie (bv. voor zorgondersteunend personeel);
- De beschikbaarheid van verpleegkundigen voor de huisartspraktijk.
- De mogelijkheid tot evaluatie en controle van een nieuw financieringssysteem (zie ook lager).
- De juridische mogelijkheden en het respecteren van de bevoegdheidsverdeling;

Tijdens deze fase dient ook de sector van verpleegkundigen geïnformeerd en geconsulteerd te worden over de plannen, enerzijds de specifieke sector van verpleegkundigen in de huisartspraktijk en anderzijds ook de bredere sector van andere verpleegkundigen (zoals ziekenhuisverpleegkundigen, thuisverpleegkundigen, verpleegkundigen in ouderenzorg, ...).

Er wordt verwacht dat ook verpleegkundigen die de zorgsector reeds verlaten hebben om verscheidene redenen, mogelijk interesse kunnen hebben om te het beroep opnieuw uit te oefenen in een huisartsenpraktijk, gezien het verschillend takenpakket met minder fysieke belasting. Hierbij moet nagegaan worden of er hindernissen bestaan om deze taak op te nemen (bv. vervallen visum).

Het eindrapport, het voorstel van nieuw organisatie- en financieringsmodel en de aanbevelingen zal ook voorgesteld worden aan werkgroepen Beleidscoördinatie (interkabinettenwerkgroep) om maximaal af te stemmen met de lopende en toekomstige initiatieven van de verschillende overheden.

5.2 Open discussiepunten

Tijdens de operationele uitwerking moeten ook nog beslissingen worden genomen voor onderstaande elementen.

5.2.1 Remgeld

Simulaties moeten budgettaire effecten van het schrappen van het remgeld schatten zodat een geïnformeerde beslissing genomen kan worden.

5.2.2 Conventionering

Er dienen nog beslissingen te worden genomen over het al dan niet verplichten tot toepassen van de vastgelegde tarieven in het nieuwe financieringsmodel. Vandaag bestaat er een hoge conventioneringsgraad bij de huisartsen: 92% van de huisartsen is namelijk geconventioneerd.

Deze beslissing is gerelateerd met de te nemen beslissing over het remgeld zoals hierboven beschreven. Wanneer er geen remgeld wordt gevraagd in het nieuwe systeem zonder verplichting tot conventionering, bestaat het risico dat artsen een supplement zouden vragen dat equivalent is aan het remgeld.

5.2.3 Financiering naar praktijk

Een hogere capitatiefinanciering en lagere financiering per prestatie leidt tot risico's voor startende huisartsen of vervangartsen. In het voorstel van nieuw financieringssysteem wordt gesteld dat capitatiefinanciering wordt uitbetaald aan de individuele huisarts maar dat een praktijk kan kiezen om de inkomsten uit de gewogen capitatiefinanciering te poolen en te herverdelen.

Er kan verder onderzocht worden of de modaliteit van verdeling verplicht kan vastgelegd worden in een samenwerkingsovereenkomst van de praktijk en waarbij deze betalingsmodaliteiten centraal geregistreerd worden om te kunnen meenemen in de evaluatie van de startfase van de overeenkomst.

5.2.4 Raadplegingen op afstand

De deelnemers van de reflectiegroep zijn het er over eens dat het innen van remgeld bij raadplegingen op afstand zeer moeilijk is en moet vermeden worden in een toekomstig model. Een van de conclusies van de eerste reflectiegroep rond het toekomstig kader voor de teleconsultaties was dat een globaal financieringsmodel nodig is, niet enkel voor teleraadplegingen maar ook voor fysieke raadplegingen. Er mogen geen financiële prikkels bestaan bij artsen of patiënten om één bepaald type raadpleging te verkiezen.

De reflectiegroep zag 5 opties, elk met hun eigen voor- en nadelen. Als voorkeurspiste werd de optie 'een forfaitaire betaling van teleraadplegingen en fysieke raadplegingen met een kleine betaling per prestatie voor beide modaliteiten' naar voor geschoven gezien deze de meeste garanties biedt voor een goede praktijk van teleraadplegingen en een optimale integratie met andere types raadpleging, met daarbij een lage kans op misbruik.⁶

In huidig voorstel zouden fysieke raadplegingen en raadplegingen op afstand gelijk kunnen worden behandeld binnen een deel prestatiefinanciering.

Deze discussie is ook afhankelijk van de beslissing die wordt genomen rond het remgeld, en moet in functie daarvan besproken worden binnen de werkgroep van de NCAZ.

⁶ <https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/Paginas/telegeneeskunde-mhealth-toepassingen.aspx>

https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/conceptnota_raadplegingen_afstand_huisartsen.pdf

5.3 Implementatie

In de startfase van het nieuwe systeem kan het aantal praktijken die kunnen overstappen mogelijk beperkt worden in functie van de operationele mogelijkheden in het betalingscircuit, de ontwikkeling van de nodige IT processen voor bredere uitrol, de beschikbaarheid van praktijkverpleegkundigen, het evaluatieproces van de startfase, etc.

In deze fase is het belangrijk om huisartsen goed te informeren over het nieuwe model, en wat het zou betekenen op het niveau van hun praktijkvoering. Dit kan gebeuren door informatiesessies in de LOK-groepen, webinars, individuele informatiesessies in huisartspraktijken, etc.

Via een oproep kunnen de huisartsenpraktijken die geïnteresseerd zijn in een overstap in kaart gebracht worden. Hierbij moeten vraag en aanbod op elkaar afgestemd worden.

5.4 Evaluatie

In dit rapport wordt een voorstel geformuleerd van een nieuw duurzaam organisatie -en financieringsmodel voor de huisartsgeneeskunde in de België, dat tegemoetkomt aan de vastgestelde noden en de principes van de Quintuple Aim: kwaliteit van zorg, gezondheid van de bevolking, kosteneffectiviteit, gelijkheid en toegankelijk van zorg, en het welzijn van de gezondheidsprofessionals.

Om na te gaan of het nieuwe model deze doelstellingen zal behalen is het belangrijk om het model te evalueren en bij te sturen waar nodig.

Daarom moet van bij de operationele ontwikkeling nagedacht worden over de indicatoren die de doelstellingen kunnen evalueren en op welke manier gegevens verzameld kunnen worden, zowel op niveau van de praktijk, als het globale systeem.

Mogelijke indicatoren kunnen zijn (niet limitatieve lijst):

- Aantal GMD's of vaste patiënten per praktijk
- Aantal consultaties/bezoeken per patiënt bij een arts
- Tevredenheid zorgverleners
- Tevredenheid patiënt
- Praktijken met patiëntenstops
- Aanwezigheid praktijkverpleegkundige
- Aanwezigheid andere zorgprofessionals
- RIZIV uitgaven per patiënt per praktijktype
- Aanbod van preventieve en proactieve zorg
- Indicatoren chronische ziekten

Een wetenschappelijke onderzoeksinstelling kan belast worden met het evalueren van het nieuwe systeem, eventueel gecoördineerd door het KCE.

Een begeleidingscomité moet voorzien worden die de het project in de startfase mee kan opvolgen. Voor de deelnemende organisaties kan de samenstelling van de reflectiegroep een nuttige basis zijn.

5.5 Ondersteuning in informeren, begeleiding in transitie, evaluatie

Vanuit de reflectiegroep wordt aanbevolen om een organisatie of personen te belasten met de volgende taken:

- Huisartsen informeren via LOK's, webinars en individuele informatieverstrekking over het nieuwe organisatie -en financieringssysteem.
- Huisartspraktijken begeleiden en ondersteunen in transitie naar het nieuwe systeem (bv. aanbieden van praktijkprotocollen voor samenwerking met verpleegkundigen, aanbieden van typevacatures, aanspreekpunt voor vragen rond toetreding, etc.);
- Ervaringen van huisartspraktijken verzamelen en expertise ontwikkelen;
- Het nieuwe model mee evalueren op basis van deze ervaringen en expertise;
- Beleidsadviezen formuleren voor bijstellingen van de overeenkomst indien nodig.

Dit zou kunnen gebeuren via een opdracht aan de wetenschappelijke beroepsverenigingen, de huisartsenkringen of de artsensyndicaten, met specifieke financiering.

6 Dankwoord

Dit eindrapport is het resultaat van de bijdragen van heel veel mensen.

In de eerste plaats alle leden van de reflectiegroep (zie bijlage 1). Het vergadertempo was hoog en de onderwerpen talrijk. We zijn alle leden dan ook bijzonder erkentelijk voor hun bijdragen.

Daarnaast konden we ook rekenen op de hulp van onderzoekers van de Université de Liège, de Université Catholique de Louvain en de KU Leuven, bij het uitvoeren van het kwalitatieve focusgroepenonderzoek en de kwantitatieve bevraging. In het bijzonder zijn dit:

- Hubert Jamart (ULiège)
- Dajana Tare (KU Leuven)
- Aishwarya Chokshi (KU Leuven)
- Béatrice Scholtes (ULiège)
- Anne Sophie Lambert (UCLouvain)
- Isabelle Heymans (ULiège)
- Thomas Struyf (KU Leuven)

Dank ook aan de onderzoekers van het KCE (Mélanie Lefèvre, Muriel Levy, Carine Van de Voorde) voor hun grondige en nuttige analyse, welke in een zeer korte tijd werd gerealiseerd.

Tenslotte willen we nog Lucky Botteldooren (UA) bedanken voor haar input over verpleegkundigen in de huisartspraktijk en Pascal Meeus en zijn team RDQ van het RIZIV voor de data-analyses.

Bijlage 1 – Samenstelling reflectiegroep

Organisatie - Organisation	Naam - Nom
Artsensyndicaten – syndicats de médecin	
ASGB/GBO Kartel	Sébastien Vermeulen
	Michel Creemers
	Pierre-Louis Deudon
	Paul De Munck
BVAS/Absym	Jos Vanhoof
	David SIMON
AADM	Dieter Vercammen
	Anthony Dheere
	Marieke Geijsels
	Siegfried Van Eygen
Academische centra – centres académiques	
KUL	Ann Van den Bruel
	Geert Goderis
ULiège	Jean-Luc Belche
UGent	Pauline Boeckxtaens
VUB	Johan Vansintejan
Uantwerpen	Josefien Van Olmen
	Hilde Bastiaens
ULB	Benjamin Fauquert
UCL	Veronique Letocart
Domus Medica	
	Roel Van Giel
	Sofie Croenen
SSMG	
	Vincent Parmentier
	Quentin Mary
Jong Domus	
	Sophie Van Steenbergen
	Indra Van Hoorick
	Joke Versmissen
	Sophie Petit
SSMJ	
	Elodie Brunel
	Marthe Knops
	Sarah Cumps
	Juan Hernandez

Verzekeringsinstellingen – organismes assureurs	
CM - MC (100)	Céline De Spiegeleire
	Bernard Landtmeters
	Sandra Derieuw
	Luc Van Gorp
Solidaris (300)	Bart Demyttenaere
	Paul Callewaert
	Catherine Lucet
	Jean-Marc Laasman
MLOZ (500)	Benoit Mores
	Ruud Saerens
huisartsen in opleiding – MG en formation	
	Anouk Buelens-Terryn
	Laura Daman
	Benjamin Michel
	Laurent Coeurnelle
KCE	
	Jonckheer Pascale
	Carine Van de Voorde
FOD Volksgezondheid – SPF Santé publique	
	Patrick Waterbley
	Joelle Pieters
Huisartsenkringen – Cercles MG	
Vlaanderen – Flandre	Wim Schippers
	Julie Yap
Wallonië - Wallonie	Guy Delrée
	Sonia Goudjil
Brussel - Bruxelles	Thomas de Cartier
	Michel Devolder
RIZIV - INAMI	
Medische directive – direction médicale	Pieter Geentjens
	Marleen Louagie
	Kris Van De Velde
	Julie Poncin
	Marie-Cath Bardou
	Annick Claes
RDQ	Pascal Meeus
	Hans Nagels

New Deal Survey

Authors: Ann Van den Bruel, Jean Luc Belche, Pieter Geentjens, Thomas Struyf.

Introduction

The New Deal of Minister Vandenbroucke aims to develop a new organisation- and financing model for general practice. A reflection group consisting of delegates from doctors' unions, health insurance organisations, GP professional organisations and academics convened to develop such a model from September 2022 up until January 2023. As part of this development process, a quantitative survey among Belgian GPs was set up in order to explore the current set-up of general practice in Belgium and how GPs would like their practices to evolve in the future.

Methods

The survey was conducted online using Qualtrics, in either French or Dutch depending on the respondents' preference. Ethical clearance was provided by the ethical committee of KU Leuven (reference number G-2022-6054-R2(MIN)) on 5th January 2023. The survey was subsequently launched on 6th January 2023 using advertisements on social media, the RIZIV/INAMI website, newsletters of professional GP organisations such as Domus Medica, Artsenkrant/Journal du Medecin, and via the members of the reflection group. The survey was closed on 5th February 2023.

To ensure the survey was completed by GPs, the RIZIV/INAMI number was requested at the start of the survey but excluded from further analyses to safeguard anonymity.

The survey consisted of the following topics:

- Demographic data: age and gender;
- Type of practice: solo, network, group, multidisciplinary in the fee-for-service financing model, multidisciplinary in the capitation financing model; size of the practice;
- Current set-up of the practice: number of doctors, receptionists, nurses, etc. either salaried by the practice, self-employed, or through an external collaboration agreement, in number of people and full-time equivalents (fte);
- Future set-up of the practice: number of doctors, receptionists, nurses, etc. either salaried by the practice, self-employed, or through an external collaboration agreement, in number of people and full-time equivalents;
- Barriers for hiring receptionists and nurses;
- Time spent outside the individual patient consultation;
- Satisfaction with current financing model, reasons for (dis)satisfaction, satisfaction with job as general practitioner;
- Willingness to change to another existing financing model or to a new financing model, reasons for willingness;
- Discrete choice experiments: 6 scenarios in which two practices were compared and the respondent had to choose between either of the two. Practice A is identical in each scenario and represents the status quo, practice B varied on one or more parameter as listed below.

Table 1: discrete choice parameters and values

Parameters	Values
Consultation length	10, 15 of 20 minutes
Total number of working hours per week	-5 hours, no change
Personal yearly income	-10%, no change , +10%
Delegation of tasks to a practice nurse	Yes, No

Collaboration with other health care professionals such as a psychologist or social worker	Yes, No
Number of patients enlisted in the practice	-10%, no change , +10%

Results

In total, 2453 respondents started the survey. Of those 601 were excluded from the analyses: 458 because they left the survey completely empty, 41 because they entered an invalid RIZIV/INAMI number and 102 because they had entered a valid RIZIV/INAMI number but left the survey otherwise empty. As a result, the analyses were conducted on 1852 respondents, 835 French speaking (45.1%) and 1017 Dutch speaking (54.9%).

More women than men completed the survey: 56.2% female versus 43.5% male (0.3% opted not to disclose their gender). The median age of the respondents was 40.0 years (minimum 23 years and maximum 83 years). The age distribution is shown below.

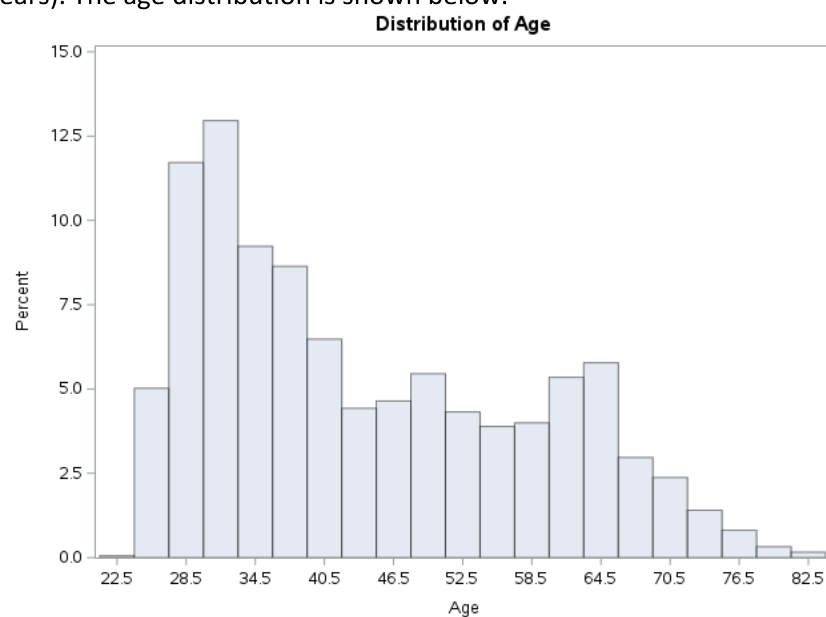


Figure 1: Age distribution of analysed respondents

The most common type of practice was a group practice (41.0%), followed by a solo practice (23.0%), a multidisciplinary practice with fee-for-service financing (17.6%), a multidisciplinary practice with capitation financing (11.8%) and a network practice (3.6%). In 3.1% of cases, respondents indicated they worked in a different type of practice, mostly because they did not have a practice of their own (e.g. working as a locum doctor or in retirement). The median age of respondents working in solo practices is markedly higher see table 2.

Table 2: median age of respondents by practice type

Practice type	Median age (Years) + IQR
Solo	57.0 (24.0)
Network	43.5 (22.0)
Group practice	36.0 (18.0)
Multidisciplinary, fee-for-service financing	37.0 (17.0)
Multidisciplinary, capitation financing	38.0 (16.0)

IQR: interquartile range

The median number of GPs per practice was 3.0 who are almost all self-employed (median of 2.5 self-employed GPs per practice). The median number of GPs-in-training was 1.0; combining GPs and GPs-in-training, the median fte per practice is 3.0. The median number of doctors per practice type and the full-time equivalents they work is presented in table 3.

Table 3: Median number of doctors per practice type (+fte)

Practice type	Median number of GPs (IQR)	Median FTE (IQR)
Solo	1 (0)	1.0 (0.5)
Network	3 (2)	3.0 (3.0)
Group practice	3 (3)	3.5 (2.5)
Multidisciplinary, fee-for-service financing	4 (3)	4.5 (3.0)
Multidisciplinary, capitation financing	5 (3)	4.5 (3.0)

IQR: interquartile range

The number of patients with a registered therapeutic relation with a GP (GMD/DMG) in the respondents' practice is shown in Figure 1. Almost 30% of respondents indicate their practice holds between 2001 and 4000 GMDs/DMGs; only 17% of practices hold less than 1000 GMDs/DMGs. The proportion of practices that hold at least 1000 GMDs/DMGs is 36.9% in solo practices, 65.2% in network practices, 76.5% in group practices, 73.9% in multidisciplinary fee-for-service practices and 71.1% in multidisciplinary capitation practices. The median number of unique patients that are treated per year, regardless of GMD/DMG status, is 3000. Respondents indicate they work a median of 8 hours per week outside direct patient contacts.

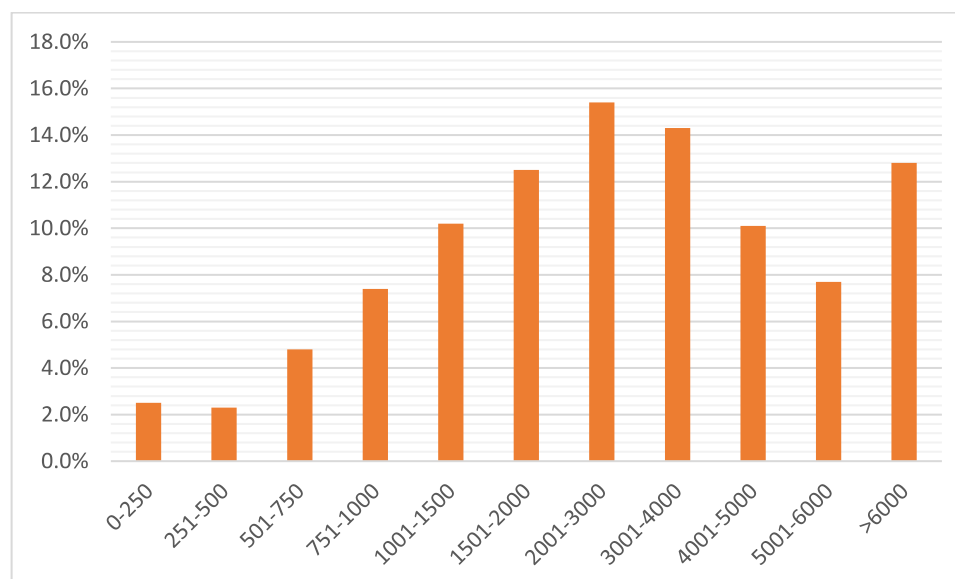


Figure 1: number of GMDs in the respondents' practice

Current set-up of the practice

Overall, the majority of respondents indicated their practice included either salaried personnel, non-salaried team members or external collaborators.

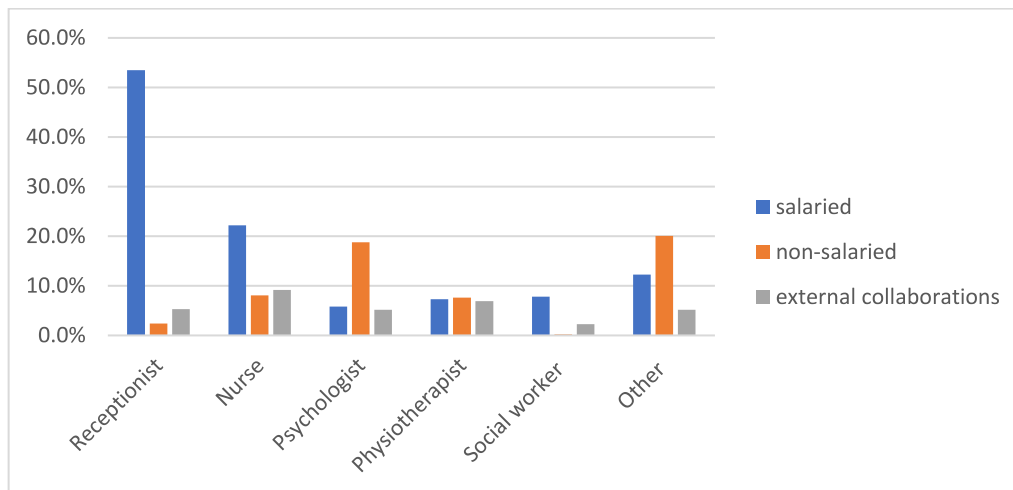


Figure 2: Overall set-up of current GP practices

In terms of salaried personnel, more than half of respondents indicated they employ a receptionist in their practice (53.5%), with a median number of 2.0 receptionists totalling a median of 1.0 fulltime equivalents (fte) suggesting most practices employ 2 part-time receptionists. Salaried nurses are present in the practices of 412 respondents (22.2%), with a median of 1.0 nurse and 1.0 median fte. Other salaried personnel are far less common (5.8% for psychologists, 7.3% for physiotherapists, 7.8% for social workers). There are marked differences according to practice type, with solo practices having the least salaried personnel and multidisciplinary practices the most. Other personnel include cleaners/logistics (12.8%), practice managers/coordinators (4.0%), dieticians (2.9%) and health promotion (2.3%) – only categories mentioned by >1% of the respondents are listed here. For further details, see table 4.

Table 4: Salaried personnel

	Receptionist	Nurse	Psychologist	Physio- therapist	Social worker	Other
Practices with ≥1 (%)	53.5%	22.2%	5.8%	7.3%	7.8%	12.3%
Median n (median fte)	2.0 (1.0)	1.0 (1.0)	1.0 (0.5)	3.0 (2.0)	1.0 (0.7)	1.0 (0.5)
Solo	15.3% 1.0(0.6)	1.2% 1.0 (0.5)	-	-	-	3.3% 1.0 (0.5)
Network	39.4% 1.0 (1.0)	4.5% 1.0 (0.8)	-	-	-	4.5% 1.0 (0.2)
Group	62.3% 1.0 (1.0)	11.9% 1.0 (0.5)	0.9% 1.0 (0.2)	0.7% 2.0 (2.0)	0.4% 1.0 (0)	7.8% 1.0 (0.3)
Multidisciplinary fee- for-service	74.6% 2.0 (1.0)	61.4% 1.0 (0.5)	8.0% 1.0 (0.2)	5.5% 2.0 (1.0)	4.9% 1.0 (0.5)	12.3% 1.0 (0.3)
Multidisciplinary capitation	78.0% 4.0 (2.5)	77.5% 3.0 (1.6)	31.6% 1.0 (0.5)	50.5% 3.0 (2.3)	54.6% 1.0 (0.5)	51.8% 3.0 (1.0)
Practice with ≥1000 GMDs/DMGs	30.3% 2.0 (1.0)	30.4% 1.0 (1.0)	7.8% 1.0 (0.5)	9.5% 3.0 (2.3)	10.4% 1.2 (0.6)	16.4% 1.0 (0.5)

Team members that are working within the practice but are not on the practice's payroll are summarized in table 5. The largest group are psychologists, who are present in 18.8% of respondents' practices, followed by nurses (8.1%). The median number of psychologists and nurses

are 1.0 in both cases, and both represent a median of 0.3 fte. In 20.1% of cases, other team members are present which include (again limited to those mentioned by at least 1% of respondents): dieticians (10.8%), cleaners/logistics (15.8%), podiatrists/medical pedicurists (3.8%), physician-specialists (2.4%), speech therapists (2.1%), coaches (1.7%), midwives (1.7%), osteopaths (1.7%), and spouses/parents/partners (1.2%).

Table 5: Non-salaried team members (self-employed or outsourced)

	Receptionist	Nurse	Psychologist	Physio-therapist	Social worker	Other
Practices with ≥1 (%)	2.4%	8.1%	18.8%	7.6%	0.2%	20.1%
Median n (median fte)	1.0 (1.0)	1.0 (0.3)	1.0 (0.3)	2.0 (1.0)	1.0 (0.3)	1.0 (0.2)
Solo	3.8%	3.3%	4.5%	3.8%	0.2%	10.1%
	1.0 (0.8)	1.0 (0.4)	1.0 (0.2)	1.0 (0.8)	2.0 (0.3)	1.0 (0.0)
Network	3.0%	9.1%	18.2%	6.1%	-	12.1%
	1.0 (1.0)	2.0 (0.2)	1.0 (0.0)	1.5 (0.5)		1.0 (0.0)
Group	1.8%	8.6%	13.3%	4.1%	-	15.0%
	1.0 (0.5)	1.0 (0.2)	1.0 (0.3)	1.0 (1.0)		1.0 (0.2)
Multidisciplinary fee-for-service	1.8%	17.5%	51.8%	23.0%	0.6%	48.2%
	1.0 (1.0)	1.0 (0.3)	2.0 (0.5)	2.0 (1.0)	1.0 (0.3)	2.0 (0.2)
Multidisciplinary capitation	1.8%	2.7%	20.2%	16.0%	0.5%	20.2%
	2.0 (0.7)	1.5 (0.6)	1.0 (0.5)	2.0 (1.9)	1.0 (0.5)	1.0 (0.1)
Practice with ≥1000 GMDs/DMGs	3.0%	10.5%	25.1%	9.3%	0.3%	25.6%
	1.0 (0.9)	1.0 (0.3)	1.0 (0.3)	2.0 (1.0)	1.0 (0.3)	0.0 (0.0)

Finally, respondents indicated they collaborate externally mostly with nurses (9.2%) and physiotherapists (6.9%). Other people with whom they collaborate (by at least 1% of respondents) are tele-secretariat (2.6%).

Table 6: Collaborations outside the practice

	Receptionist	Nurse	Psychologist	Physio-therapist	Social worker	Other
Practices with ≥1 (%)	5.3%	9.2%	5.2%	6.9%	2.3%	5.2%
Median n (median fte)	1.0 (1.0)	2.0 (0.0)	2.0 (0.0)	3.0 (0.0)	1.0 (0.2)	1.0 (0.0)
Solo	7.3%	13.4%	9.6%	12.0%	2.8%	4.9%
	1.0 (0.0)	2.0 (0.0)	2.0 (0.0)	3.0 (0.0)	1.0 (0.0)	1.0 (0.0)
Network	9.1%	9.1%	3.0%	4.5%	-	7.6%
	1.0 (0.1)	1.5 (0.3)	1.5 (0.0)	2.0 (0.0)		0.0 (0.4)
Group	6.2%	6.2%	3.3%	4.6%	1.7%	5.0%
	1.0 (1.0)	3.0 (0.0)	2.0 (0.2)	3.0 (0.0)	1.0 (0.0)	1.0 (0.0)
Multidisciplinary fee-for-service	2.8%	9.2%	3.4%	5.8%	3.1%	4.0%
	2.0 (1.0)	2.0 (1.0)	1.0 (0.5)	3.0 (1.0)	1.0 (0.6)	1.0 (0.3)
Multidisciplinary capitation	0.5%	13.3%	7.3%	8.2%	3.7%	7.4%
	1.0 (1.0)	2.0 (0.2)	1.5 (0.3)	3.0 (0.3)	2.0 (0.3)	1.5 (0.0)
Practice with ≥1000 GMDs/DMGs	5.6%	10.3%	5.2%	7.3%	2.6%	6.4%
	1.0 (1.0)	2.0 (0.2)	2.0 (0.2)	3.0 (0.2)	2.0 (0.5)	1.0 (0.0)

Figure 3 provides an overview of the current set-up of practices by practice type. This graph clearly shows that receptionists are by far the most commonly employed staff in all practice types except in

multidisciplinary practices with capitation financing (where nurses are equally common as receptionists). Solo practices have the least salaried and non-salaried personnel. Multidisciplinary practices with capitation financing employ the most personnel of all types.

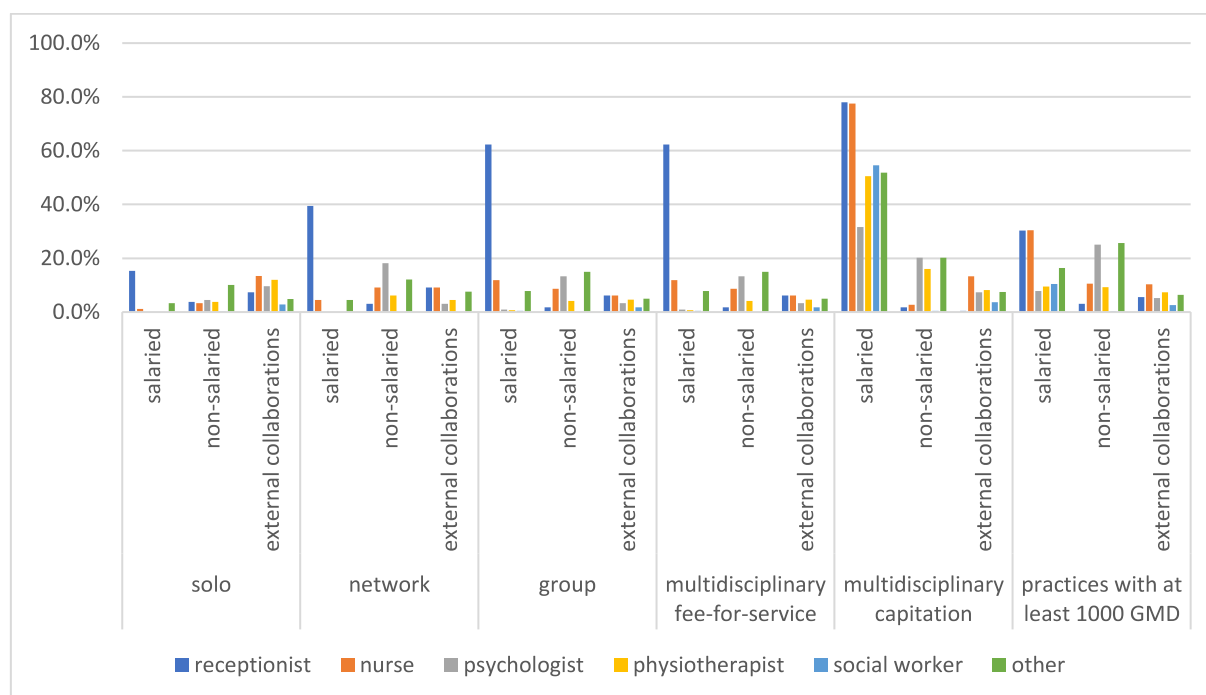


Figure 3: Overview of current practice set-up by practice type

Future set-up of the practice

In the future, 27.4% of respondents would like to employ a receptionist. Of those who currently do not employ a receptionist, 30.2% would like to employ one in the future. Even more practices would like to recruit a nurse (35.7%), rising to 39.0% in respondents who currently do not employ a nurse. The median fte is 0.5 (IQR 1.0) suggesting most respondents intend to hire a part-time nurse.

Most common other personnel are dieticians (5.5%), physician-specialists (1.3%), cleaners/logistics (1.1%), podiatrists/medical pedicurist (1.1%) and speech therapists (1.0%) – list restricted to those listed by at least 1% of respondents.

Table 7: future personnel

	Receptionist	Nurse	Psychologist	Physio-therapist	Social worker	Other
Practices with ≥1 (%)	27.4%	35.7%	27.8%	11.4%	19.8%	12.6%
Median n (median fte)						
Solo	26.8%	21.6%	13.8%	8.0%	10.3%	8.0%
Network	42.4%	34.8%	31.8%	9.1%	12.1%	18.2%
Group	34.5%	50.7%	33.6%	12.1%	21.0%	12.1%
Multidisciplinary fee-for-service	22.4%	39.6%	32.5%	14.7%	16.2%	17.8%
Multidisciplinary capitation	9.2%	10.5%	28.9%	13.7%	23.0%	15.1%
Practice with ≥1000 GMDs/DMGs	31.1%	44.9%	35.2%	14.7%	27.1%	16.0%

The most common barriers for hiring a receptionist or a nurse are insufficient financial means in both cases (15.8% and 16.6% respectively), followed by a lack of space in the practice (13.4% and 14.7% respectively). Insufficient financial support from the government and financial means insufficiently guaranteed over time have also been cited as a barrier by >10% of respondents. In addition to the barriers suggested in the survey, respondents also listed other barriers but only 'unclear legislation' for hiring a nurse was cited by >1% of respondents (1.3%). All barriers are displayed in Figure 4.

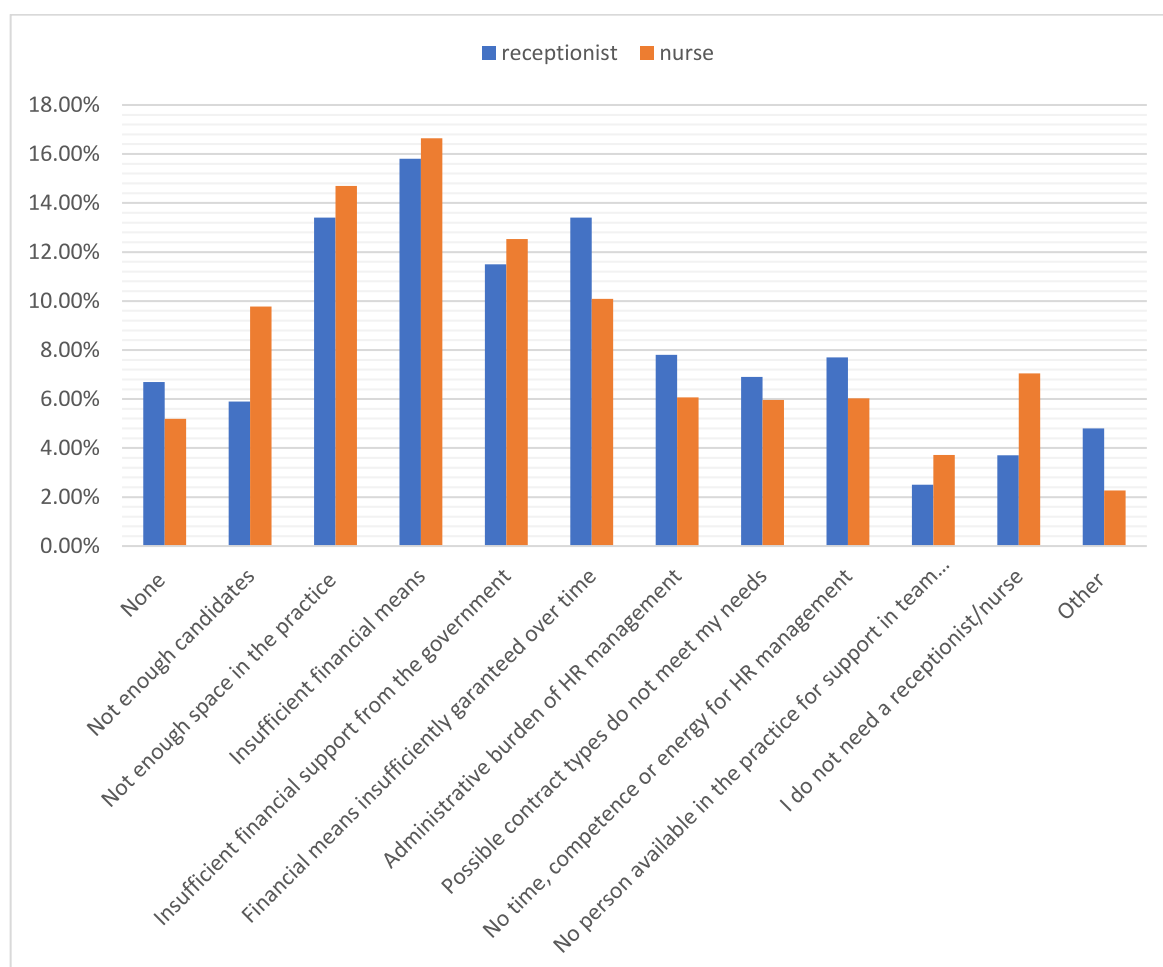


Figure 4: Barriers for hiring a receptionist or nurse

Additional premiums

In the past, most respondents have received additional premiums related to their professional activity as a GP.

Below all premiums are displayed graphically in Figure 5.

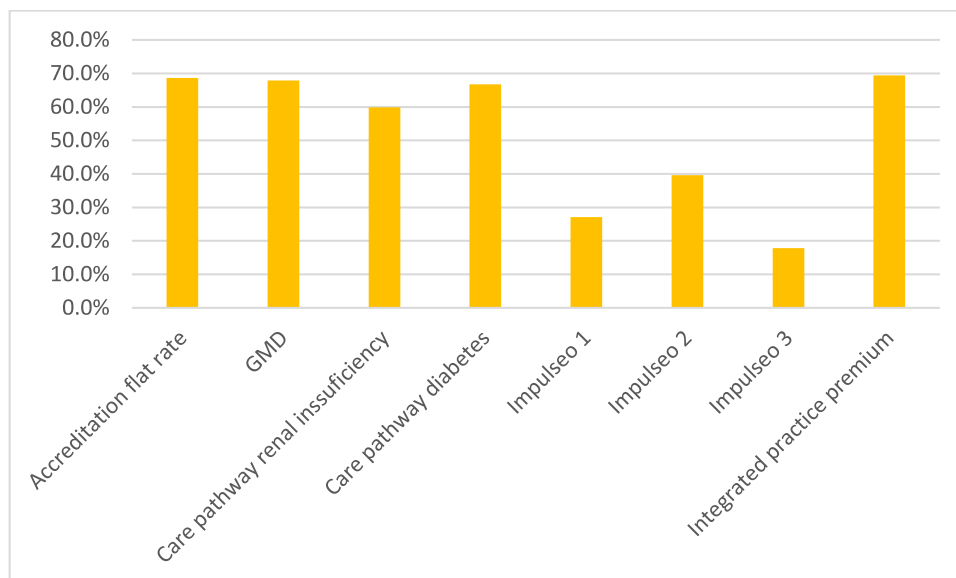


Figure 5: premiums received in the past

In addition to these premiums, 147 GPs indicated they had received other premiums, mostly money for personal protective equipment (5.4%) and a lump sum for primary care during the COVID-19 pandemic ('Oxygen for care', 3.9%).

Professional satisfaction

Most respondents expressed high satisfaction with their job as a GP. On the VAS scale of 0-10, the median satisfaction was 7.0. In total, 82.4% of respondents indicated a satisfaction of 6 or more on the VAS scale. Satisfaction was similar in all practice types (median 7.0) except in multidisciplinary practices with capitation financing where the median satisfaction was 8.0.

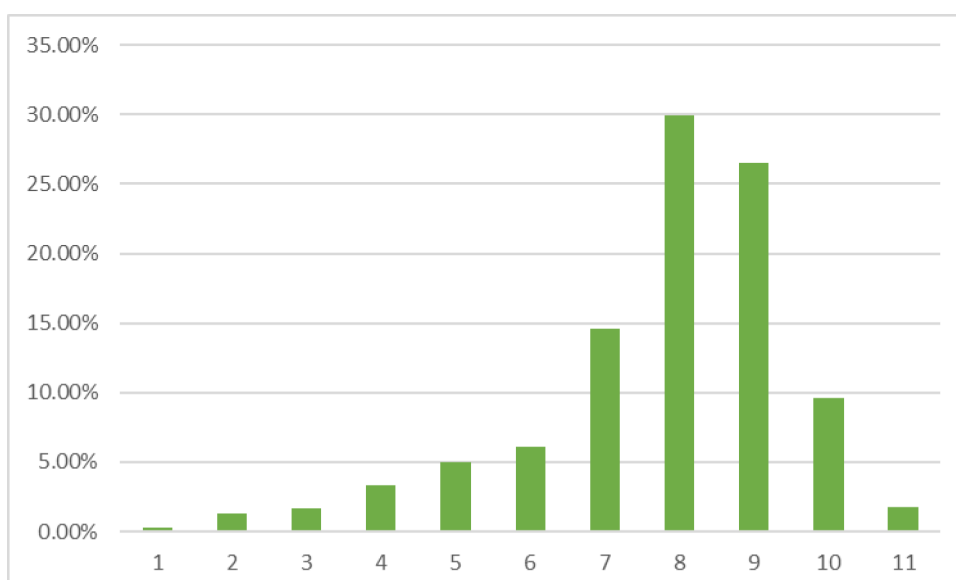


Figure 6: satisfaction with their job as a GP on a 0-10 VAS scale

Overall, most GPs are satisfied or very satisfied with their current financing model: 57.3% are satisfied and 14.7% are very satisfied. Satisfaction is broadly similar across the different practice types, although satisfaction is slightly lower in GPs working in a multidisciplinary practice with fee for service financing (64.2% satisfied or very satisfied) and GPs working in a solo practice (68.5% satisfied or very satisfied) whereas satisfaction is slightly higher in GPs working in a multidisciplinary practice with capitation financing (83.3% satisfied or very satisfied). See figure 7 below.

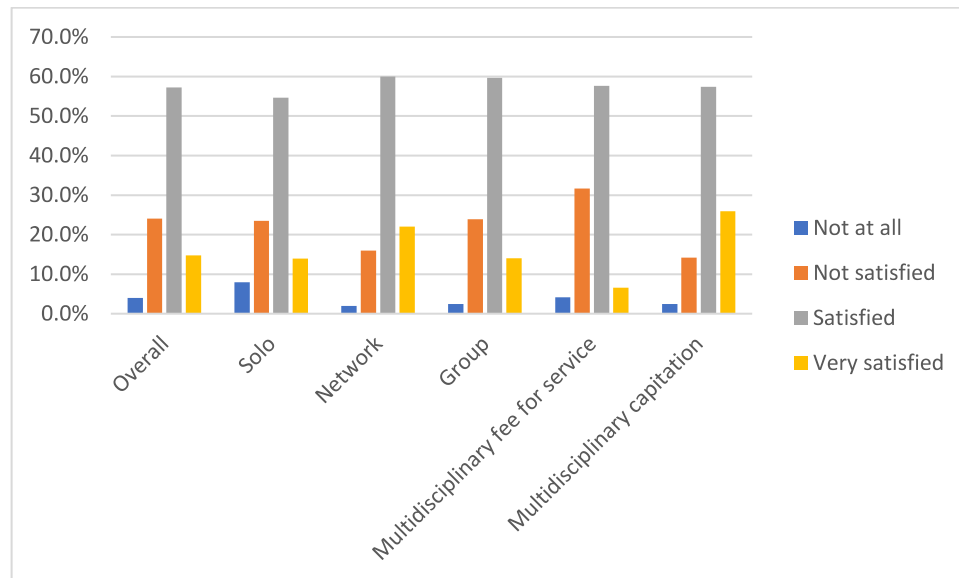


Figure 7: Satisfaction with current financing model

Satisfaction was slightly higher in GPs younger than 40 years of age (74.6% versus 69.5% respectively).

Factors contributing to satisfaction levels are displayed in figure 8. Remuneration and autonomy are the most important factors contributing to satisfaction; administrative obligations, the possibility to employ other team members and remuneration of additional tasks the least.

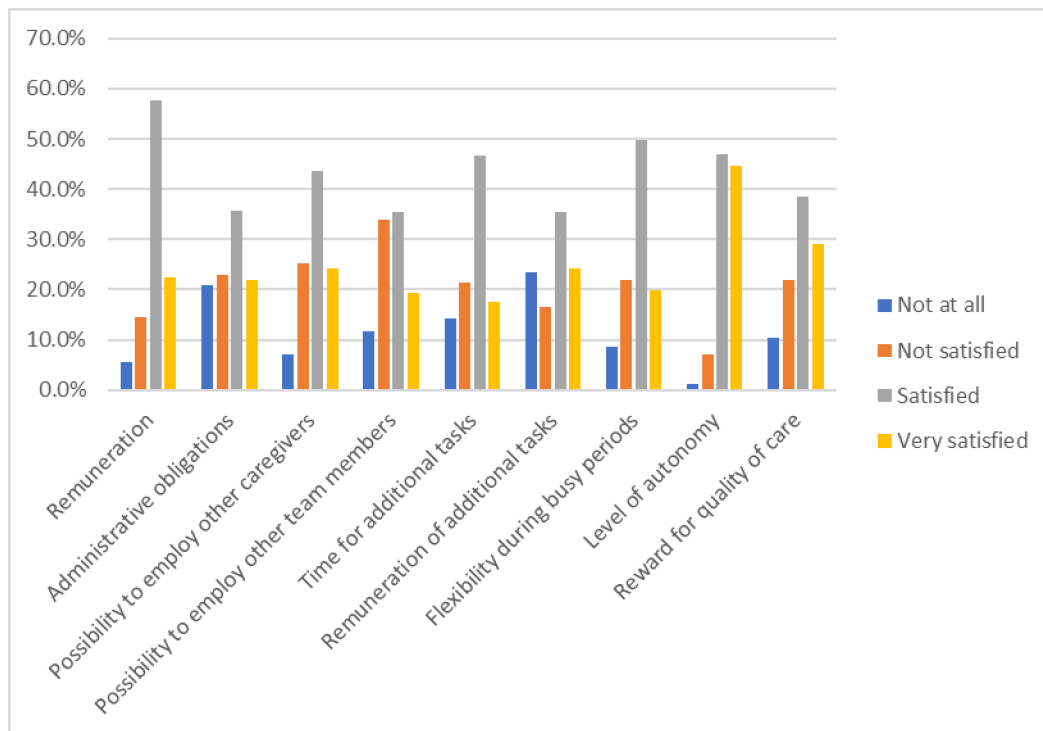


Figure 8: Factors contributing to satisfaction with financing model

Willingness to change

Asked whether they would like to change to another existing financing model, 81.2% of respondents said *no* and subsequently only 18.8% said *yes*. There are, however, marked differences between respondents by practice type: only 8.6% of respondents working in a solo practice would be willing to change, compared to 13.6% in multidisciplinary practices with capitation financing, 16.0% in network practices, 20.3% in group practices, and 32.1% in multidisciplinary practice with fee for service financing. Respondents younger than 40 years of age are more willing to change than older respondents (21.2% versus 16.6%).

The most common reason for not wanting to change to another financing model is knowledge: 18.3% of respondents indicated they are not sufficiently familiar with the other financing model. Second is administrative burden. Other reasons include (limited to those listed by at least 1% of respondents): wishing to remain independent from the government or maintain autonomy (1.5%).

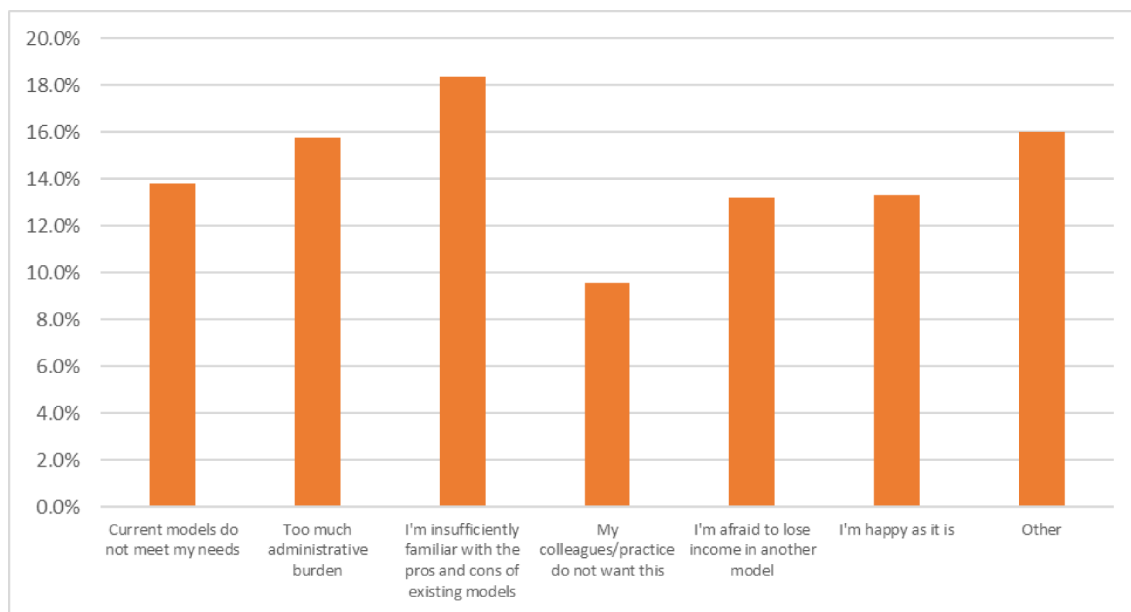


Figure 9: Reasons for not wanting to change to an existing financing model

Asked whether they would consider changing to a new financing model, if appropriate, 70.0% of respondents answered yes. This is again slightly different by practice type: 59.0% solo, 66% network, 73.3% group, 81.1% multidisciplinary with fee for service financing and 61.1% multidisciplinary with capitation financing. There is more willingness to change among younger GPs than older GPs: 75.6% in <40 years versus 64.2% in >40 years. Respondents working in a practice with at least 1000 GMDs are willing to change to a new financing model in 71.9% of cases. The most common reason for not wanting to change is fear of losing income (25.6%), followed by administrative burden (18.6%). No other reason reached the 1% threshold.

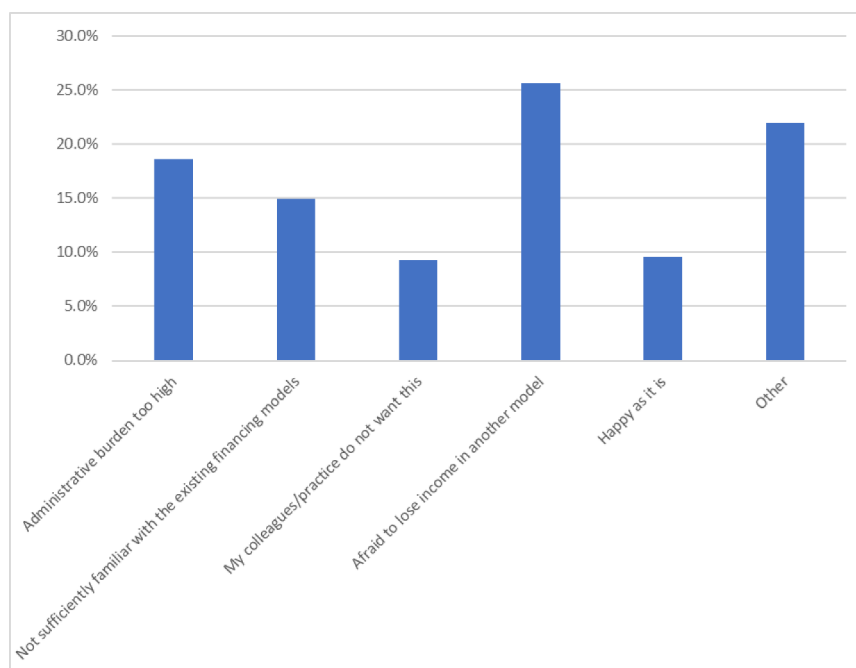


Figure 10: reasons for not wanting to change to a new financing model

Consequences of changes in practice organisation

In 6 scenarios, respondents indicated their preferences as regards to the consequences of changes in practice organisation. In each scenario, changes and their consequences were compared to the status quo (practice A).

In the first scenario, GPs were asked to compare the status quo with a new practice in which consultations would last only 10 minutes (rather than 15 minutes in practice A) leading to a shorter working week by 5 hours. Only 10.4% of respondents would prefer this new practice over the status quo.

In the second scenario, the status quo practice was compared to a new practice in which task delegation to a nurse led to a 10% increase of the patient population and a 10% increase in income: 72.4% of respondents preferred the new practice.

Thirdly, the status quo practice was compared to a new practice in which task delegation to a nurse led to a shorter working week by 5 hours: the latter was preferred by 80.1% of respondents.

In the fourth scenario, the status quo practice was compared to a new practice in which task delegation to a nurse and to other healthcare professionals would lead to longer consultations of 20 minutes. This was preferred by 74.5% of respondents.

In scenario 5, the new practice delegated tasks to a practice nurse and to other healthcare professionals leading to a shorter working week by 5 hours but also to a 10% decrease in patient population and a 10% decrease in income. This was preferred by only 41.9%.

Finally, in scenario 6, task delegation to a practice nurse and to other healthcare professionals led to consultations of 20 minutes and a 10% decrease in income (without changes in the patient population): 34.3% of respondents preferred this practice over the status quo practice.

Table 8: Preferences by frequency

Scenario	Preference frequency
Task delegation to a nurse leading to a shorter working week	80.1%
Task delegation to a nurse and other healthcare professionals leading to longer consultations	74.5%
Task delegation to a nurse leading to a larger patient population and higher income	72.4%
Task delegation to a nurse and other healthcare professionals leading to a shorter working week, a smaller patient population and a decrease in income	41.9%
Task delegation to a nurse and other healthcare professionals leading to longer consultations and a decrease in income	34.3%
Shorter consultations leading to a shorter working week	10.4%

Discussion

This survey was completed by >1800 respondents, of whom 56% were female, the median age was 40.0 years and 41% worked in a group practice. The median number of GPs per practice was 3.0 and 83% worked in a practice with >1000 GMDs/DMGs. More than 53% of respondents employ a receptionist and 22% employ a nurse. In the future, 27% would like to employ a receptionist and 36%

a nurse. The most common barriers for hiring a receptionist or nurse are insufficient financial means and space restraints.

Respondents are mostly satisfied or very satisfied with their job as a GP (median 7.0 on a 0-10 VAS scale). Remuneration and autonomy are the most important factors contributing to this satisfaction. Less than 20% of respondents would like to change to another existing financial model. Reasons for not wanting to change are insufficient knowledge of the financing models and administrative burden. In contrast, 70.0% of respondents would like to change to a new financing model, if the model would be appropriate. The most common reason for not wanting to change is fear of losing income and administrative burden.

Task delegation to a nurse leading to a shorter working week was the most popular scenario of changes in practice organisation, followed by maximum task delegation to a nurse and other healthcare professionals leading to longer consultations and task delegation to a nurse leading to a larger patient population and subsequent higher income. Scenarios leading to lower income or shorter consultations were preferred by less than half of the respondents.

GENERAL PRACTITIONER REMUNERATION: OVERVIEW OF SELECTED COUNTRIES WITH A MIXED SYSTEM OF FEE-FOR-SERVICE AND LUMP-SUM PAYMENTS

TOWARDS A NEW DEAL FOR THE GENERAL PRACTITIONER (PRACTICE)

MÉLANIE LEFÈVRE, MURIEL LEVY, CARINE VAN DE VOORDE

This document presents an overview of the organisation and remuneration system of general practitioners (GPs) in five countries. The report was written in a short period of time in response to a request from the Belgian Reflection Group for a New Deal for GPs. Hence, the standard procedures of KCE involving the consultation of experts and a scientific validation could not be followed. This report was limited to addressing a specific technical question, and contains no recommendations.



■ TABLE OF CONTENTS

1	BACKGROUND	4
2	METHOD	5
2.1	SELECTION OF COUNTRIES	5
2.2	INFORMATION COLLECTION PROCESS	5
2.3	STRUCTURE OF THE COUNTRY DESCRIPTION	5
3	THE NETHERLANDS	7
3.1	ORGANISATION OF GP CARE	7
3.2	REMUNERATION SYSTEM	9
3.2.1	The 2006 health insurance reform	9
3.2.2	Capitation and fee-for service payments in the first segment	10
3.2.3	Bundled payments in the second segment	11
3.2.4	Pay for performance and innovation in the third segment	13
4	FRANCE	14
4.1	ORGANISATION OF GP CARE	14
4.2	REMUNERATION SYSTEM	14
4.2.1	Fee-for-service: statutory tariffs in national agreements and extra billing	16
4.2.2	Pay for performance: ROSP	16
4.2.3	Capitation: FPMT	17
4.3	MULTI-PROFESSIONAL PRIMARY CARE GROUPS	17
4.3.1	Performance-based remuneration of MSPs	17
4.3.2	Collective capitation: article 51 / PEPS	20
4.3.3	Salary in MSPs: Ordinance of 12 May 2021	20
4.3.1	Assessment of projects / experiments	21
5	DENMARK	22
5.1	ORGANISATION OF GP CARE	22
5.2	REMUNERATION SYSTEM	24
5.2.1	Fee-for-service	25
5.2.2	Capitation	25
5.2.3	Bundled payment scheme	26
6	PORTUGAL	27
6.1	ORGANISATION OF GP CARE	27
6.2	GENERAL REMUNERATION SYSTEM	29
6.3	REMUNERATION SYSTEM IN USFS	29
6.3.1	Salary	30
6.3.2	Capitation (in USFs model B)	30
6.3.3	Fee-for-service (in USFs model B)	30
6.3.4	Lump sum (in USFs model B)	30



	6.3.5	Pay for performance (in USFs models A and B)	30
	6.3.6	Assessing the payment reform	31
7		ESTONIA	32
7.1		ORGANISATION OF GP CARE	32
7.2		REMUNERATION SYSTEM	32
	7.2.1	Capitation.....	33
	7.2.2	Fee-for-service.....	34
	7.2.3	Base allowance.....	34
	7.2.4	Other allowances	34
	7.2.5	Pay for performance: the Quality Bonus System (QBS)	35
7.3		MULTI-PROFESSIONAL GROUP PRACTICES	36
8		CONCLUSION	37
9		REFERENCES	42



LIST OF FIGURES

Figure 1 – Evolution of the number of GPs in the Netherlands, by employment type (2000-2021)	8
Figure 2 – GP reimbursements in France, by type of reimbursement (2021).....	15
Figure 3 – Evolution of GP reimbursements in France, by type of reimbursement (in million €, 2011-2021)	15
Figure 4 – GP reimbursements in France, by sector (in million €, 2021).....	16
Figure 5 – Remuneration in general practice in Denmark (in billion DKK, 2011-2020)	24
Figure 6 – Evolution of the number of USFs in Portugal (2006-2020)	29
Figure 7 – Primary care budget composition in 2003, 2011 and 2021	33

LIST OF TABLES

Table 1 – Capitation payment per quarter (2022)	10
Table 2 – Maximum tariffs per direct patient contact (2022)	11
Table 3 – Maximum tariffs for practice nurses for mental healthcare (2022).....	11
Table 4 – Performance-based remuneration of MSPs.....	18
Table 5 – ACES and facilities per health region in Portugal (March 2022).....	28
Table 6 – Number of professionals and patients enrolled in USFs and UCSP in Portugal (March 2022)	28
Table 7 – Overview of the main characteristics of the organisation and financing of GP care in selected countries.....	38



1 BACKGROUND

In June 2022, minister Frank Vandenbroucke launched his “New Deal for the General Practitioner (Practice)”.¹ Topics covered in this New Deal are a division of tasks, the organisation of the GP practice, cooperation, digitalisation, and new forms of care and financing models.

The New Deal defines some prerequisites for the financing model for GPs. It should (1) be sufficiently stimulating, (2) preserve and improve patient accessibility, with special attention to vulnerable patients, (3) focus on continuity of care and availability, (4) compensate GPs correctly for tasks during and outside consultation hours, (5) allow delegation of tasks, (6) set the right incentives for prevention, population management, multidisciplinary cooperation, quality, etc., (7) avoid both over- and underconsumption and (8) achieve greater administrative simplicity.

The New Deal proposes a new financing model for GPs/GP practices, in addition to but not replacing the current models of financing. At the moment, the majority of GPs are paid mainly on a fee-for-service basis. A small part of their income consists of a lump-sum payment per patient (for example the global medical record (GMD/DMG) or per practice (such as the telematic allowance). A small but increasing group of GPs receive a risk-adjusted capitation payment per registered patient. In the new, third model of GP financing the fee-for-service part will be lower than in the current fee-for-service system, and the lump-sum part (including a capitation payment) will be larger.

A Reflection Group, led by Ann Van den Bruel and Jean-Luc Belche, was installed to work out a new model for the organisation and financing of GPs. The Reflection Group was asked to provide an answer to a number of questions, one of which is related to the remuneration system of GPs/GP practices.

In the beginning of November 2022, KCE was asked by the Reflection Group to identify countries that could serve as interesting examples for the development of a mixed fee-for-service and lump-sum payment system in Belgium, and to describe their remuneration system. A first version of the report was drafted and sent to the Reflection Group on 23 November 2022. The final report was submitted on 14 February 2023.



2 METHOD

2.1 Selection of countries

Given the tight time constraint, the selection of countries was limited to a maximum of five. A horizon scan was performed to identify countries with a mixed remuneration system for GPs or GP practices, including at least fee-for-service and lump-sum payments (including but not limited to capitation payments). This mix of remuneration systems can be in established law, in widespread practice, in pilot projects or in experiments.

Websites of relevant organisations and government institutes were consulted, as well as the Health Systems in Transition reports published by the European Observatory on Health Systems and Policies, the Health Systems and Policy Monitor platform², and the Health System Characteristics Survey of the OECD (2016).³

In addition to the remuneration system, preference was given to countries with a large or increasing share of multi-professional practices, with certain tasks usually performed by GPs delegated to other professionals. Also similarity of the culture of countries to Belgium was used as a criterion. Taking into account the above criteria, the following countries were included: the Netherlands, France, Denmark, Portugal and Estonia.

2.2 Information collection process

A scanning of the literature was performed to identify the main characteristics of the organisation and financing of GPs/GP practices in the selected countries. This included next to peer-reviewed literature mainly grey literature such as reports, policy documents, legal documents, etc. Via forward and backward citation of these documents, the literature was further explored. Additional or clarifying information was obtained via contacts with national experts (see Colophon).

All chapters were reviewed by a national expert (see Colophon).

2.3 Structure of the country description

The country descriptions follow a similar structure.

In a first part the organisation of GP care is described. The following characteristics are included, where relevant and available:

- (GP) workforce: number of GPs and other staff (headcount, FTEs, per 1 000 population), share of self-employed GPs
- Type of practices: solo and group practice (share of GPs working in group practice), multi-professional practice
- Patient access: gatekeeping role of GP, patient choice of GP, obligation to register with a GP, out-of-pocket payments (statutory tariffs, co-payment and extra billing), patient list size
- Multi-professional group practices (if relevant): number and evolution, number and types of professionals, patient list size, responsible for a given population (if relevant), created on a voluntary basis or not.

The second part of each country description addresses the remuneration system for GPs/GP practices. Each remuneration system (fee-for-service, (risk-adjusted) capitation, pay for performance, bundled payment, salary, etc.) is described one by one, as well as the corresponding practice type if a remuneration system applies to a specific practice type.

For some of the selected countries, also a brief assessment of projects or reforms was added. For other countries, no such information could be identified within the timeframe of this assignment. Many countries are confronted with a shortage of GPs, in general or in specific regions of the country, such as rural areas. An evaluation of the impact of the organisational or financing model on GP shortage as well as measures taken during the COVID-19 pandemic, were beyond the scope of this report.



The last section of this report concludes with a transversal comparison across countries of the main topics discussed in the organisation and financing sections. The transversal comparison is presented in an overview table.



3 THE NETHERLANDS

3.1 Organisation of GP care

GP workforce

In 2021, there were 13 492 GPs in the Netherlands, which corresponds to about 0.8 GPs per 1 000 population. The number of GPs increased steadily from 8 626 in 2000 to 13 492 in 2021, which is an increase of 56% over the period 2000-2021, or an annual increase of about 2%.⁴ In 2019, the number of GPs, expressed in FTEs, was 74% of the number expressed in headcounts.⁵ In 2013, this percentage was 77%.⁶

GPs can be self-employed practice owners (*zelfstandig gevestigde huisarts*), they can work in the practice of a self-employed practice owner (*waarnemend huisarts*) or they can be employed by a self-employed practice owner (*HIDHA – huisarts in dienst van een andere huisarts*) or by a health centre (*HID – huisarts in dienstverband*). GP practices can have one or more than one self-employed practice owners.⁷ When GPs work in the practice of a self-employed practice owner, they can do this in a limited number of practices (*vaste waarnemer*) or work for a short time in different GP practices (*wisselend waarnemer*).⁶ Self-employed practice owners deploy *wisselend waarnemers* mainly for providing care in the evenings, nights and weekends, or to replace them during illness or holidays. *HIDHAs* and *vaste waarnemers* mainly provide care during regular practice hours.

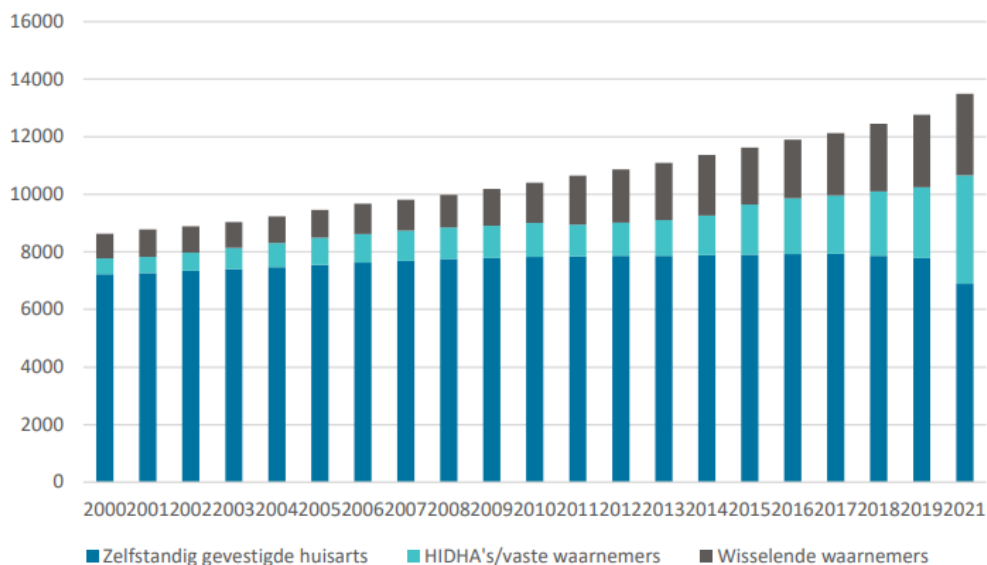
The number of GPs, expressed in FTEs, compared to the number expressed in headcounts largely differs between the three GP groups. In 2018, the percentage was 80% for the self-employed practice owners, 64% for GPs working in a limited number of GP practices and 57% for GPs working for a short time in different GP practices.⁵

Also the number of working hours per week largely differs between the three groups: 44.1 hours for all groups together, 49.0 hours for the self-employed practice owners, 36.1 for GPs working in a limited number of GP practices and 30.1 for GPs working for a short time in different GP practices. The number of working hours per FTE GP is 59.3 hours.

The increase in the number of GPs is mainly due to an increase in GPs working in the practice of another GP who is a practice owner (see Figure 1). While in 2000 only 10% of GPs worked in always changing practices, in 2021 this percentage had risen to 21% of GPs. The opposite trend can be observed for self-employed practice owners where the percentage decreased from 84% in 2000 to 51% in 2021.⁴



Figure 1 – Evolution of the number of GPs in the Netherlands, by employment type (2000-2021)



Notes: zelfstandig gevestigde huisarts = self-employed practice owner; HIDHA (huisarts in dienst van een andere huisarts) = a GP who works for at least six months in the practice of a self-employed GP; vaste waarnemers = GPs working in a limited number of GP practices; wisselende waarnemers = GPs working for a short time in different GP practices

Source: Flinterman et al. (2022)⁴

Practice types

In 2022, there are 4 874 GP practices in the Netherlands. In 2022, 17.5% of all GP practices are solo practices, 43.8% are two-person practices and 38.7% are group practices.⁸ About 61.1% of all GPs (except GPs working for a short time in different practices) work in a group practice, 7.1% in a solo practice and 31.8% in a two-person practice (2022). In 2012, these percentages were 37.7%, 23.9% and 38.4% respectively (the results can partly be explained by a change in registration method).⁹

A survey among GP practices revealed that on average a GP practice employs 5.3 FTEs (during the day), with GPs (38%) and medical assistants (33%) having the largest share of capacity in FTE.¹⁰ The remaining shares amount to 12% for practice nurses (or equivalent) for somatic care, 7% for practice nurses (or equivalent) for mental healthcare, 4% for practice managers, 2% for practice nurses (or equivalent) for elderly care, 2% for pharmacy assistants, 1% for practice nurses (or equivalent) for youth care, and 1% for nursing specialists.

In 2021, 81% of all GP practices deployed a practice nurse for somatic care and 78% a practice nurse for mental healthcare. The percentages for a practice nurse for elderly or youth care were lower (44% and 33% respectively).¹¹ The presence of the different practice nurse functions is related to the patient population of the GP practice. Group practices (85%) more often have a practice nurse for somatic care than two-person practices (79%) or solo practices (69%).

The majority of practices have at least two practice nurse functions in the practice:¹¹ 19% have all four functions, 2% have one function and 16% do not rely on practice nurses. The most common combination is a practice nurse for somatic and for mental healthcare (25%).

Medical assistants (*doktersassistent*) mostly perform administrative tasks, but they are also allowed to perform medical-technical tasks, such as removing sutures, dressing wounds or recording blood pressure.

Practice nurses (*praktijkondersteuner*) take care of specific patient groups, such as patients with mental health problems, or patients with chronic conditions such as diabetes or chronic obstructive pulmonary disease (COPD). This type of care is also called “protocol-based care”. Practice nurses supervise the abovementioned patients: they monitor medication use, give



advice to and educate patients. Chronic patients are examined regularly to monitor their condition. Practice nurses are not authorised to make diagnoses.

A practice manager provides support to a group of GPs by taking care of the day to day organisational tasks.

Some GP practices are part of a health centre, which is a multi-professional primary care practice with additional primary care providers (including practice nurses, physical therapists, dieticians, etc). Most GP practices and/or health centres are part of a care group (see section 3.2.3).¹²

Patient access

The gatekeeping principle is one of the main characteristics of the Dutch healthcare system. Hospital and specialist care (except emergency care) require referral from a GP. If patients go to a specialist without referral from a GP, they have to pay the full cost of the visit, there is no reimbursement by the health insurance. GP care is free of charge in the Netherlands (but prescription drugs and laboratory tests have to be paid by the patient).

Although registration with a GP is not formally required, most citizens (over 95%) are registered with a GP of their choice, mostly close to where they live.¹³ Patients can easily switch from one GP to another, but GPs have the right to refuse a patient. Possible reasons to refuse are when the patient lives too far from the practice or when there are already too many patients on the GP list. Patients can only register with a self-employed practice-owning GP.

The standard practice (*normpraktijk*) is the number of enrolled patients per full-time practice-owning GP. The standard practice is a national average calculated by the Dutch Healthcare Authority (*Nederlandse Zorgautoriteit* – NZa) and is based on a cost survey. This number is used by the NZa to determine GP tariffs, because GP funding partly depends on the number of registered patients (see section 3.2.2). In 2018, the NZa decreased the number of patients in a standard practice from 2 168 (which was based on a cost survey in 2012) to 2 095 patients.^{14, 15} According to the National GP Organisation (*Landelijke Huisartsen Vereniging* – LHV), the standard practice should be reduced to 1 800 patients to allow GPs to spend more time per patient.^{16, 17} The standard practice is not an imposed standard, all GP practices decide how many patients can be enrolled. In 2021, the average number of patients per GP was 2 137 patients, with almost one third of all GPs having more than 2 500 patients registered.¹⁸ The average number of patients per practice was 3 500 in 2021.¹⁹

3.2 Remuneration system

3.2.1 The 2006 health insurance reform

Since the introduction in 2006 of the Health Insurance Act (*Zorgverzekeringswet* – Zvw), the healthcare system in the Netherlands is characterised by a leading role taken by health insurers, independent healthcare providers and a rather modest role for the government. The basic idea of the reform was to give risk-bearing competing health insurers incentives and tools to act as prudent buyers of health services on behalf of their customers, who have free choice of insurer.²⁰

The 2006 reform introduced room for negotiation between health insurers and healthcare providers. Both parties negotiate on the price, volume and quality of care. For some types of care, maximum prices are set by the NZa.

The 2006 reform also introduced a new remuneration system for GPs, consisting of a mix of capitation and fee-for-service payments.²¹ In 2015, a new remuneration system for GPs was introduced based on three segments.²⁰ For some types of remuneration, GPs can only be reimbursed if they have a contract with a health insurer. For other types (for example, remuneration of GP care in the first segment, see section 3.2.2) GPs do not need a contract with a health insurer.

In practice, all GP practices have a contract with most insurers. Negotiations are conducted by care groups (see section 3.2.3) instead of by individual GPs and by the dominant health insurers



in a region. The negotiation results are then adopted by health insurers with a smaller market share.^a

In addition to the care that is provided and reimbursed within the three segments, some services are reimbursed separately. Examples are services provided during the evening, night and weekend or certain consumables. These services were not included in the following sections.

3.2.2 Capitation and fee-for service payments in the first segment

GP remuneration

The first segment concerns the basic care provided by GPs. Basic care can be defined as care for which the GP is the first point of contact and for which the GP functions as a gatekeeper for secondary care. GPs receive a mix of payments for providing this basic care: a capitation payment, a fee per consultation or home visit, a fee for the practice nurse (or equivalent) (*praktijkondersteuner*) for mental healthcare and for some other types of care (such as some minor surgical procedures).²²

All amounts are maximum tariffs which are established by the NZa. In principle, lower tariffs can be negotiated between providers and health insurers, though in practice this does not occur.^b

GPs (only self-employed practice owners and GPs employed by a health centre) receive a **risk-adjusted capitation payment** (*inschrijftarief*) for each registered patient, with the age of the patient and the deprivation status, which is based on the zip-code of the patient's address, as risk adjusters (see Table 1). The amounts are quarterly amounts. The capitation payment is paid for every patient registered on the first day of the quarter. GPs receive an additional € 5.54 for patients living in a deprived area (*opslagwijk*), compared to patients of the same age but not living in such area. A deprived area is defined on the basis of a deprivation index, which is based on the following criteria: percentage of low-income residents, percentage of inactive people, percentage of residents with a non-Western or Central or Eastern European migration background.

Table 1 – Capitation payment per quarter (2022)

Patient group	Capitation fee	
	Not in deprived area	In deprived area
<65 years	€ 17.66	€ 23.20
65-74 years	€ 20.72	€ 26.28
75-84 years	€ 31.11	€ 36.68
≥85 years	€ 48.82	€ 54.36

Source: Nederlandse Zorgautoriteit (2022)²²

In addition to the risk-adjusted capitation payment, which is paid independently of the number of contacts, GPs receive an amount for each direct patient contact (*consult*). A direct patient contact can be an in-person consultation, but also contacts without a direct face-to-face contact. Contacts by phone or e-mail and video consultations are considered direct patient contacts only if they replace a face-to-face consultation and if the care is comparable to the care provided during a face-to-face contact in terms of care content and time spent.²³

The amount of the **fee-for-service payment** depends on the type of contact (consultation versus home visit) and the time spent per contact (see Table 2). Separate tariffs are set for occasional and acute care for patients not enrolled in the GP practice (*passanttarief*), for example during holidays when it is not possible to see the regular GP, and for some specific groups, such as military personnel or foreign patients temporarily residing in the Netherlands who are not compulsorily insured.

^a P. Groenewegen, personal communication, 4 January 2023.

^b P. Groenewegen, personal communication, 4 January 2023.

**Table 2 – Maximum tariffs per direct patient contact (2022)**

Type and duration of contact	Fee per direct patient contact for registered patient	Fee per direct patient contact for non-registered patient
Office consultation < 5 minutes	€ 5.42	€ 15.93
Office consultation 5-19 minutes	€ 10.83	€ 31.86
Office consultation ≥ 20 minutes	€ 21.67	€ 63.71
Home visit < 20 minutes	€ 16.25	€ 47.78
Home visit ≥ 20 minutes	€ 27.09	€ 79.64
Vaccination	€ 5.42	€ 15.93

Source: Nederlandse Zorgautoriteit (2022)²²

The fee cannot be charged if the GP receives another payment for the patient, for example for providing integrated care (*ketenzorg*; see section 3.2.3), but there are some exceptions. Also time spent when contacting other healthcare providers or for multi-professional consultations without a direct patient contact cannot be remunerated by this fee-for-service payment (these services are remunerated by the capitation payment) .

About 75% of GP income is related to activity provided in the first segment.¹³ About 40% of income comes from capitation payments.²⁴ GPs can bill capitation and fee-for-service payments even if they have no contract with a given health insurer. However, in practice all GPs have a contract with most health insurers.

Remuneration of other professionals in the GP practice

Also for practice nurses for mental healthcare, maximum tariffs are set by the NZa (see Table 3).²²

Table 3 – Maximum tariffs for practice nurses for mental healthcare (2022)

Type and duration of contact	Fee per direct patient contact
Office consultation < 5 minutes	€ 5.42
Office consultation 5-19 minutes	€ 10.83
Office consultation ≥ 20 minutes	€ 21.67
Home visit < 20 minutes	€ 16.25
Home visit ≥ 20 minutes	€ 27.09
Group consultation (per patient)	€ 10.83

Source: Nederlandse Zorgautoriteit (2022)²²

In addition to the fee-for-service payments, a fixed amount per registered patient is paid per quarter. For a practice nurse for mental healthcare working 12 hours per week in a practice of 2 350 patients, the fixed amount is € 3.28 per quarter. This is a maximum tariff, meaning that a lower number of hours or a smaller patient list induces a lower amount. Deployment of more than 12 hours per week per 2 350 patients can be reimbursed in segment 3 (see section 3.2.4).

The costs of a practice nurse for somatic care are covered by a bundled payment for disease management programmes (see section 3.2.3).

Medical assistants are paid out of GP income from capitation and fee-for-service payments.²⁵

3.2.3 Bundled payments in the second segment

The second segment focuses on multi-professional primary care, which involves other disciplines besides GPs to deliver integrated care. This segment consists of three subcategories: Organisation and Infrastructure, segment 2A and segment 2B.²⁶



About 15% of GP income is related to activity provided in the second segment.¹³

Organisation and Infrastructure

This subpart of segment 2 was introduced in 2018 to make additional payments per registered insured possible on the basis of agreements between healthcare providers and health insurers. These additional payments aim to encourage (multi-professional) cooperation between healthcare providers in order to improve the quality and/or reduce the cost of care. This requires a support structure, at various population levels, of parties which are mandated to make agreements with stakeholders, such as municipalities, hospitals or other primary care providers, on behalf of the affiliated healthcare providers. Involved parties have to assess the development of demand and supply of care, define spearheads and develop and implement plans to realise these spearheads.

The payment is a reimbursement per quarter per patient enrolled with a GP who is affiliated to the multi-professional partnership. Four services can be distinguished in this subsegment: district (*wijk*) management, integrated care (*ketenzorg*), regional management and integrated primary care other than *ketenzorg*.

Tariffs are negotiated with the health insurer of the registered insured (there are no maximum tariffs) and contracts can be concluded for more than one year. To define the tariff, healthcare providers and health insurers make agreements on the remuneration of staff, management, ICT or accommodation.

Segment 2A: multi-professional care

In 2007, a disease management programme (DMP) for type 2 diabetes patients was launched which was based on multi-professional cooperation between care providers. In 2010, a bundled payment model was introduced to facilitate the cooperation for DMPs for type 2 diabetes, COPD and vascular risk management.^{27, 28} The bundled payment allows all necessary services for the DMP to be contracted by the health insurer as a single package. Instead of negotiating with individual providers, care groups were established. Care groups are provider-led organisations that are financially and clinically responsible for the coordination and provision of all services included in the DMP. Care groups can provide the care themselves (GPs), or they can subcontract other providers (GPs, medical specialists, dieticians, etc.) to deliver the care.²⁹

For each DMP, a care standard was developed which defines what is appropriate care.²⁰ At this moment, a DMP has been developed for type 2 diabetes, COPD, vascular risk management and asthma.²⁶ The amount of the bundled payment can be negotiated with the health insurer, if the care group has a contract. In case the care group has no contract, maximum tariffs per included patient per quarter, set by the NZa, apply: € 67.11 for type 2 diabetes, € 53.16 for COPD and € 28.78 for vascular risk management. A DMP for asthma is only possible for care groups with a contract.

The bundled payment comes on top of the capitation payment (first segment) but the payment for consultations that are related to the chronic condition of the patient are included in the bundled payment. For other consultations the GP is entitled to the fee-for-service payment.²⁰

In 2010, already about 100 care groups were operating DMPs, covering the entire country. In 2021, there were 142 care groups for type 2 diabetes, COPD, vascular risk management or asthma.³⁰ Care groups aim to stimulate the collaboration between care providers in order to improve quality and continuity of care within primary care and between primary and secondary care. Care groups vary in size from a few GPs to more than 100.²⁰ However, patients are free to choose between receiving care from a care group (and follow the DMP) or from providers of their choice (GP care can only be provided by the regular GP). In practice, most care covered by a DMP is provided by the GP and practice nurse, while specialist care is purchased by the care group.^c

^c P. Groenewegen, personal communication, 4 January 2023.



Segment 2B: contracted multi-professional care

In this segment, new forms of multi-professional care, which are not covered by segment 2A, can be contracted. This can relate to new integrated care programmes (for example, a new *keten* for frail elderly) or to new elements of care within existing integrated care programmes (for example, pharmaceutical care), provided that national standards are in place.²⁶

3.2.4 Pay for performance and innovation in the third segment

As is the case for bundled payments in the second segment, also for payments for performance and innovation a contract with a health insurer is needed. Healthcare providers and health insurers can make agreements on rewarding outcomes of care and care innovation at a local level. Outcomes of care can relate to care provided in segment 1 (GP care) and segment 2 (multi-professional care). Also care innovation can relate to both segments. Payments in the third segment are related to reaching certain outcomes at practice level.³¹

Tariffs are the result of negotiations between providers and health insurers (free tariffs). About 10% of GP income is related to activity provided in the third segment.¹³

Pay for performance

Pay for performance is related to adequate referral and diagnostics, prescription of medicines, service and accessibility (for example, being accessible in the evening or in the weekend; the use of digital appointments, etc.), multi-professional care and stimulating GP care in regions with the largest population decline (*krimpregio*).²⁶

The payment is a fee per (included) patient, except for stimulating GP care in regions with the largest population decline where healthcare providers and insurers are free to determine the type of fee.

Pay for innovation

Pay for innovation is related to the following topics:

- The use of e-health but only if this involves digital tools for patient self-management or digital forms of treatment (other than those included in the fee-for-service payment).
- The GP can call on the expertise of a specialised care provider (a medical specialist or other expertise in healthcare) without having to make a referral (*meekijkconsult*). The GP remains the primary responsible care provider during the consultation (face-to-face or not).
- Other care innovations: for example, the deployment of a practice nurse for mental healthcare for more than 12 hours per week in a practice of 2 350 patients can be financed by a payment for innovation. Also the deployment of a practice manager can be financed in this way.

The type of payment (for example, a fee per patient) can be freely decided by the contracting providers and health insurers.



4 FRANCE

4.1 Organisation of GP care

GP workforce

In 2021, there were 100 621 GPs in France³² corresponding to roughly 1.5 per 1 000 population, among which 94 500 were practising.³³ Two thirds of them (65.5%) were self-employed on a full-time (57%) or part-time basis.^{32, 33} The number of GPs, especially self-employed GPs, has been decreasing over time (-8% between 2012 and 2021).³²

Practice types

From survey data, it is estimated that, in 2022, 69% of self-employed GPs, mainly younger ones, worked in group (either GP group practices, defined as the practice in the same location of at least two GPs, or multi-professional practices with other health professionals).³⁴ Thirty-one percent of self-employed GPs worked in solo-practices. The number of GPs working in practices made up exclusively of physicians has also been decreasing over time (29% of all self-employed GPs in 2022), while the number of multi-professional practices, that bring together in addition to GPs other health professionals such as nurses and allied health professionals, is increasing (40% of all self-employed GPs in 2022).

The development of multi-professional practices is partly driven by the increase in the number of multi-professional primary care groups (*maisons de santé pluriprofessionnelles* – MSP). These structures bring together, in one or more locations, physicians (at least two GPs) and other health professionals, in a coordinated practice approach formalised by a joint health project. At the end of 2021, there were more than 2 000 such structures in France³⁴ against less than 20 structures in 2008.³⁵

Patient access

France has no mandatory gatekeeping system but there exists a form of voluntary gatekeeping as financial incentives are given to those (aged 16 or older) who opt to register with a GP or medical specialist (designated as *médecin traitant*). When accessing secondary care with a referral from this GP, the patient's co-insurance rate is reduced.³⁶ The statutory health insurance reimburses 70% of the consultation fee in case of referral but only 30% if there was no such referral (exceptions exist for some secondary care specialists such as gynaecologists). The gatekeeper must be an individual physician (who can work in a group practice or in a multi-professional practice). In June 2021, it was estimated that 11% of patients (who actually use healthcare) did not register with such a reference doctor.³⁷ Among the population with a reference doctor, 95% has a GP as their gatekeeper.³⁸

If the GP is the gatekeeper, the patient is reimbursed 70% of the official tariff (€ 25 for a consultation – see section 4.2.1) so that the co-insurance rate is 30%. If the GP is not the gatekeeper, the co-insurance rate is higher.³⁶ Also, in some cases (see section 4.2.1), GPs are allowed to charge more than the statutory tariffs and this extra billing must be paid out-of-pocket by the patient. In addition, patients pay a fixed amount of € 1 for each contact (consultation or home visit) with a GP, with a cap of € 50 per year.^{38, 39}

The average patient list size is 965 patients per GP when counting only registered patients through the gatekeeping mechanism. On average a GP sees 1 549 individual patients per year (median is 1 442, 20st percentile is 988 and 80st percentile is 1 999) (data 2020).⁴⁰

4.2 Remuneration system

In France, the GP payment system was historically only based on a fee-for-service remuneration. The fee-for-service remuneration is divided between the so-called clinical acts (mainly home visits and office consultations) and the so-called technical acts (procedures). Over time, it has been complemented with flat-rate payments that do not depend directly on the volume of acts performed. Among these, there is a yearly capitation payment for the GP designated as gatekeeper (*forfait patientèle médecin traitant* – FPMT), a lump-sum payment subject to compliance with certain targets in terms of public health (*rémunération sur objectif de*

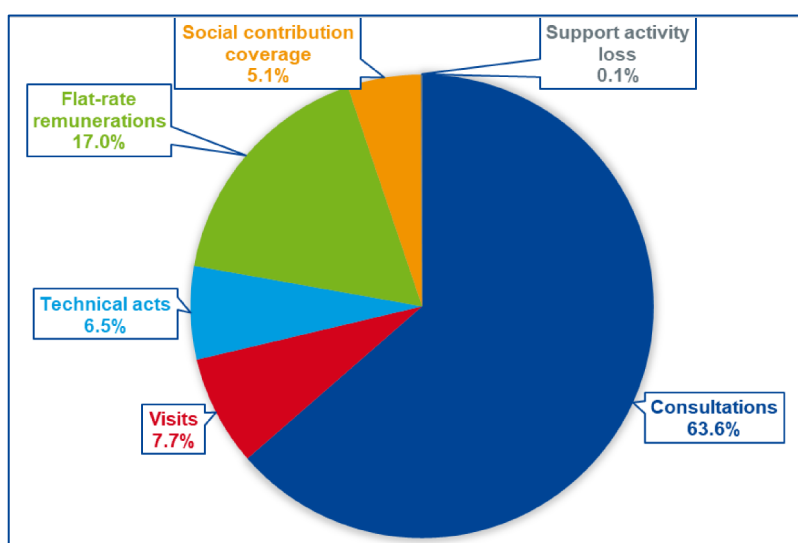


santé publique – ROSP), yearly capitation payments to coordinate care for patients with chronic conditions, a lump-sum payment as a support for the physician to modernise his or her medical practice, a lump-sum payment for on-call duties and a lump-sum payment to encourage GPs to electronically transmit healthcare information to health insurers.

In 2021, the fee-for-service system represented 77.8% of GP reimbursements (63.6% for consultations, 7.7% for visits and 6.5% for technical acts) (see Figure 2). Flat-rate payments accounted for 17%.³² The rest came from a partial coverage by the health insurance system of certain social contributions in order to encourage physicians to join the conventional sector and from an exceptional support scheme that was put in place in order to compensate physicians for their loss of activity during the lock-downs due to the COVID-19 pandemic.

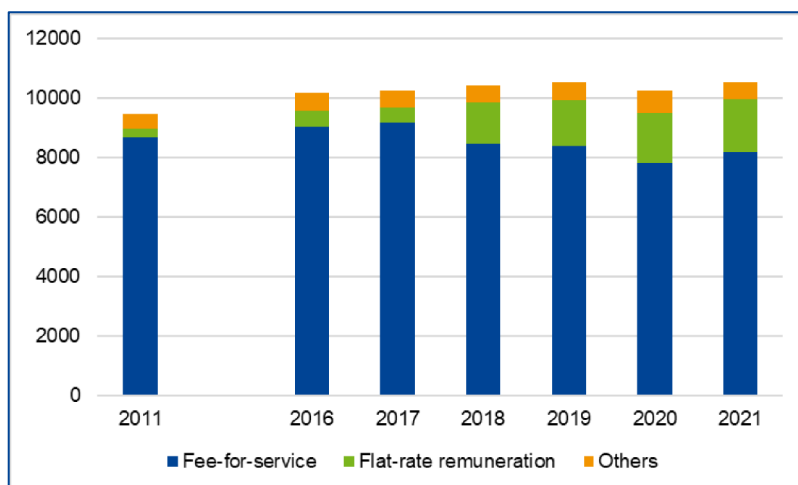
Although the system is still mainly based on fee-for-service payments, flat-rate payments make up an increasing share of GP reimbursements (see Figure 3). Indeed, these flat-rate payments only represented 3% of GP reimbursements in 2011.³²

Figure 2 – GP reimbursements in France, by type of reimbursement (2021)



Source: DREES (2022)³²

Figure 3 – Evolution of GP reimbursements in France, by type of reimbursement (in million €, 2011-2021)



Source: DREES (2022)³²



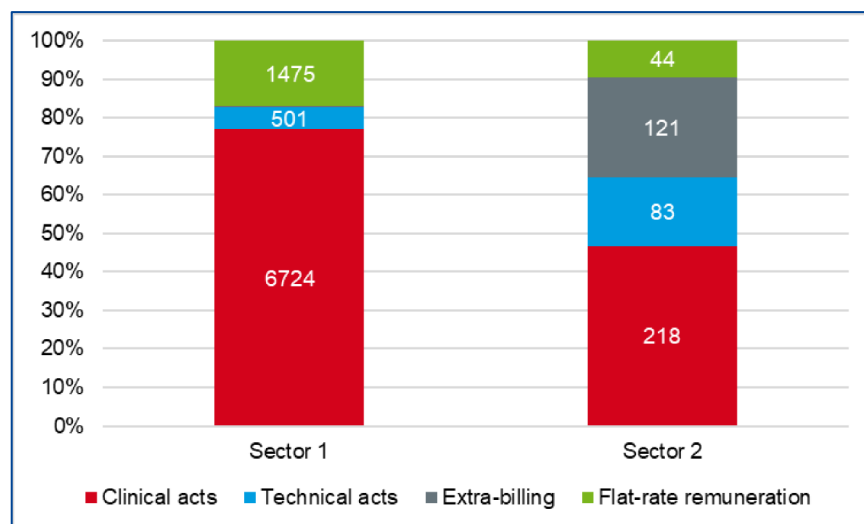
4.2.1 Fee-for-service: statutory tariffs in national agreements and extra billing

Self-employed GPs are mostly paid directly on a fee-for-service basis. Most GPs choose to join the statutory sector (called Sector 1) and are required to apply the statutory tariffs defined in the national agreements. GPs who choose to work in Sector 2 are allowed to charge more than the statutory tariffs (extra billing) but give up some social and fiscal advantages.³⁹ When the GP works in Sector 2, patients are covered (by the statutory health insurance) for the statutory tariff but not for the extra billing (these might be covered by voluntary health insurance). Because extra billing raises equity of access issues, access to Sector 2 is tightly controlled and measures have been implemented to contain extra billing.³⁹ Access to Sector 2 is particularly restricted for GPs (compared to other self-employed medical specialists) since 1990.⁴¹ Therefore, less than 10% of GPs work in Sector 2.⁴¹

The largest part of the fee-for-service remuneration is related to acts that are "essentially based on the practitioner's intellectual skills and knowledge" (the so-called clinical acts, mainly home visits and office consultations). These acts are listed in the nomenclature of professional acts.³⁹ In 2017, fees for a consultation were reviewed (from € 23 to € 25) but also different levels of consultations (€ 30, € 46 and € 60) were defined to allow doctors to adjust the length of their consultation to the patient's needs (children, chronically ill, older people).^{42, 43} The other part of the fee-for-service remuneration is related to acts which are based more on "the use of medical instruments or specific technical skills" (the so-called technical acts) listed in the common classification of medical acts.³⁹

In 2021, 77% of the reimbursements for GPs working in Sector 1 came from fee-for-service payments for clinical acts and 5.7% for technical acts (see Figure 4). Flat-rate payments represented 16.9% of the reimbursements. In Sector 2, 46.8% of GP reimbursements came from fee-for-service payments at the official tariff for clinical acts, 17.8% from fee-for-service payments at the official tariff for technical acts and 26% from extra billing. In this group, flat-rate payments represented only 9.4% of reimbursements.⁴⁴

Figure 4 – GP reimbursements in France, by sector (in million €, 2021)



Source: *Commission des comptes de la sécurité sociale (2022)*⁴⁴

4.2.2 Pay for performance: ROSP

The ROSP scheme is a pay-for-performance scheme that was implemented on 1 January 2012. GPs participating in the ROSP scheme received additional payments on top of their fee-for-service remuneration, that took into account the patient list size and quality indicators with intermediate and final targets.³⁹ By 2013, almost 60% of physicians participated in the ROSP.³⁹ In 2012, the average annual remuneration from the ROSP was € 4 215 and the amount could exceed € 7 000 for a physician achieving over 85% of the targets and treating more than 1 200 patients.³⁹ No penalty was foreseen for GPs who did not achieve the targets.³⁹



After 5 years of implementation, the results showed improvement in some indicators (increase in colorectal cancer screening, increase in screenings for chronic kidney disease, decrease in antibiotics prescriptions, etc.). However, the results also revealed poorer results for certain indicators (decrease in the proportion of prescribed generic drugs, etc.).⁴⁵ To date no proper evaluation of the impact of the ROSP has been carried out.^d

The system was reviewed and updated in 2016 (implemented in 2017). The objective of this reform was to reinforce the relevance of the system according to changes in knowledge and medical standards.⁴⁵ The revised version of the ROSP includes 29 indicators, among which 17 are new. They are grouped in three categories: prevention (12 indicators), chronic diseases follow-up (8 indicators), optimisation and efficiency of prescriptions (9 indicators).⁴⁵ Initially, the ROSP concerned only adult patients, but a component was added in 2018 for children (10 indicators among which 8 are related to prevention).

Points are assigned to each indicator. Each point is worth € 7, so that the maximum ROSP payment is € 6 580 in 2022.⁴⁶ When the GP exceeds the target, he is awarded all points for the concerned indicator. If the result lies between the intermediate target and the target, 30% of the points are awarded and 70% of the points are multiplied by the gap between the intermediate target and the GP's achievement. In case the GP's result is below the intermediate target, 30% of the points multiplied by his progress between his starting score and his current score are awarded.⁴⁷

4.2.3 Capitation: FPMT

GPs working in Sector 1 receive a yearly capitation payment for each patient who designated them as their gatekeeper (*médecin traitant*). The amount of the capitation payment varies according to the type and age of the patient: for patients without chronic condition, the amount is € 6 for children up to 6 years old, € 5 for patients aged 7 to 79 and € 42 for patients aged 80 or more; for patients with a chronic condition, the amount is € 42 for patients up to 79 years old and € 70 for patients aged 80 or more. In addition, a mark-up rate is applied to take account of the social vulnerability of the patient list.

4.3 Multi-professional primary care groups

In France, there are several types of primary care teams. Aside from local pilot projects, one can distinguish the multi-professional primary care groups (*maisons de santé pluriprofessionnelles* – MSP) which bring together self-employed health professionals, and the health centres (*centres de santé*), which bring together salaried health professionals.

MSPs are always multi-professional: they consist of, on the same location or not, at least two GPs and one other health professional (such as nurses, physiotherapists, dentists, speech therapists, chiropodists, dieticians, occupational therapists, psychometricians or pharmacists). Health professionals working in MSPs must define a health project which demonstrates the presence of coordination. In June 2021, 1 889 MSPs were operational and 366 additional MSPs were in a project phase.⁴⁸

Health centres are either mono-professional (i.e. with only physicians, only nurses or only dentists) or multi-professional. Among the 2 200 health centres in France, 455 are multi-professional.⁴⁹

4.3.1 Performance-based remuneration of MSPs

From 2010 to 2014, a payment for the coordination of multi-professional MSPs and health centres was introduced through “experiments of new methods of remuneration” (*expérimentations de nouveaux modes de remuneration* – ENMR).³⁵ This payment was complementary to the traditional (fee-for-service) payments and paid to the collective structure rather than to individual professionals. A continuous assessment of these projects was legally provided (see section 4.3.1).

In 2015, a new performance-based payment scheme for MSPs was developed, first on a provisional basis, then formalised in a professional agreement (*Accord Conventionnel*

^d J. Mousquès, personal communication, 12 January 2023.



Interprofessionnel – ACI) in 2017 and updated in March 2022. MSPs can voluntarily sign up and commit to precise specifications, including having a specific legal status (*société interprofessionnelle de soins ambulatoires*) so that some direct financial transfers can occur to the collective structure and no longer only to self-employed professionals. Participating MSPs receive additional payments based on their results in terms of accessibility, intensity of teamwork and use of electronic patient records.^{34, 35} The remuneration is paid directly to the MSP and not to each health professional. The structure is then free to use this amount as it wishes.⁵⁰

In addition, each associated health professional continues to receive his usual (mainly fee-for-service) payment.⁵¹ Over the period 2008-2014, the income of GPs working in an MSP grew more than the income of other GPs.³⁵ This is not related to an increase in the volume of activity (consultations and home visits), but rather to a more rapid evolution in the size of their patient list and therefore in the associated lump-sum payments (see section 4.2.3). Also, GPs working in MSPs received on average € 600 more as ROSP payment (see section 4.2.2) than other GPs.³⁵

It is estimated that currently 12% of GPs work in an MSP that signed up for this agreement, and an additional 5% in an MSP that did not sign up for the agreement. Among GPs younger than 50 years old, 18% work in an MSP that signed up for the agreement and an additional 6% in other MSPs.³⁴

The performance-based remuneration of MSPs is calculated according to Table 4. Each indicator is associated with a number of points, that can be fixed (calculated in the same way for all MSPs) or depend on the size of the patient list or the number of professionals involved.⁵² For some indicators, partial achievement is possible, leading to a number of points below the maximum. Each point is worth € 7. In addition, a mark-up rate (with an upper limit of 25%) is applied to take account of the social vulnerability of the patient list. The performance-based remuneration can only be paid if the first four criteria (prerequisite) are met. For a reference MSP with 4 000 patients and 16 associated professionals, the maximum number of points (for a 100% rate of achievement for all indicators) for "basic prerequisites" and "basic" indicators is 7 750 points corresponding to a possible remuneration of € 54 250 per year (before the 2022 update). For the full achievement of all optional indicators 2 750 additional points can be awarded, or an additional remuneration of € 18 900 (before 2022 update).⁵²

Table 4 – Performance-based remuneration of MSPs

Indicator	Points
Basic indicators (Prerequisite)	
Opening hours	Max 800
Coordination function	$1\,000 + 1\,700 \times \frac{\text{patient list size}}{4\,000}$ up to 8 000 $+ 1\,100 \times \frac{\text{patient list size}}{4\,000}$ above 8 000 patients
Standard health information system	500 + 200 per involved professional (up to 16) + 150 per involved professional (above 16)
Response to severe health crises	100 for preparedness plan redaction + $350 \times \frac{\text{patient list size}}{4\,000}$ in case of crisis
Basic indicators	
Multi-professional protocols	100 per protocol (max 8) + 40 per protocol if there is an advance practice nurse in the team
Multi-professional concertation	$\text{Max } 1\,000 \times \frac{\text{patient list size}}{4\,000} + 200$ if there is an advance practice nurse in the team
Optional indicators	



Professional diversity (at least 1 medical specialist or pharmacist in addition to GPs <i>or</i> at least 3 different allied health professionals including nurses)	300
Professional diversity (at least 1 medical specialist or pharmacist in addition to GPs <i>and</i> at least 3 different allied health professionals including nurses)	300
Consultations of external physicians (not GPs) or midwives or pharmacists or dentists – 2 days per month	300
Consultations of external physicians (not GPs) or midwives or pharmacists or dentists – 2.5 days per week	300
Support from a physician for a less dense zone	200
Public Health missions	$350 \times \frac{\text{patient list size}}{4000}$ per mission (max 2) + 200 for two missions if there is an advance practice nurse in the team
Patient implication	$\text{Max } 200 + 300 \times \frac{\text{patient list size}}{4000}$
Training young professionals	450 for two internships + 225 per internship for the third and fourth internship
External coordination	$200 \times \frac{\text{patient list size}}{4000}$
Advanced health information system	100
Unplanned services in the context of “access to care services” mechanism	Max 200
Quality approach	Max 600
National protocols for cooperation in unprogrammed care	100 per protocol (max 6)
Heart failure pathway	$100 \times \frac{\text{patient list size}}{4000}$
Pathway “overweight or obese children”	100

Source: Arrêté du 24 juillet 2017⁵³ and Avenant du 3 août 2022⁵⁴

In the system described above, health professionals working in MSPs (GPs, nurses, midwives, etc.) continue to receive their regular fee-for-service payment although the MSP receives a performance-based payment, that it can use as it wishes.

To support physicians in their work, the profession of medical assistant (*assistant médical*) was created in 2019. Primary care groups, including MSPs, can hire a medical assistant to allow doctors to free up time to focus on care so that access to care, working conditions and quality of care can be improved.⁵⁵

Medical assistants take over administrative tasks, organisation and coordination tasks and/or some tasks in preparation of the consultation (e.g. filling medical record, taking blood pressure, etc.). Providing that they follow appropriate training, this role can be ensured by nurses, carers, medical secretaries, etc. The medical assistants are salaried, but part of/total salary can be covered by a public financial support. The financial aid ranges from € 12 000 to € 36 000 for the first year, decreases in the second and stabilises in the third and subsequent years (from € 7 000 to € 21 000).³⁷ With this financial support, the government aimed at creating 4 000 jobs for medical assistants by 2022. In February 2022, there were 2 089 such medical assistants (1 486 FTEs).³⁷



4.3.2 Collective capitation: article 51 / PEPS

Some multi-professional teams – mostly health centres – initiate projects to replace the fee-for-service payment by a collective lump-sum payment (*paiement en équipe de professionnels de santé en ville* – PEPS). These projects are developed within the framework of article 51 of the 2018 Social Security Financing Act that introduced a mechanism to experiment with new financing methods.

GPs and nurses working in primary care groups (MSPs or health centres) can volunteer to be paid on a lump-sum basis instead of on a fee-for-service basis for three types of patients: for all patients, only for patients over 65 years of age, or only for diabetic patients – but only if they have designated the GP of the group as their gatekeeper.⁵⁶

Twenty-one primary care groups were authorised to take part in the experiment in 2019 and six others were added in 2020.^{57, 58} In January 2022, 15 primary care groups (12 health centres and 3 MSPs^e) had actually implemented the lump-sum payment system.⁵⁶

The PEPS payment is a risk-adjusted capitation. For primary care groups who volunteered for the new payment system for the entire group of patients, the value of the lump-sum payment is calculated on the basis of the number of patients who have designated a GP of the group as their gatekeeper and the characteristics of these patients. The following characteristics are taken into account: gender, age, the number of declared ALDs (*affections de longue durée* – chronic diseases that entitle the patient to full reimbursement), the presence of five specific types of chronic diseases (diabetes, cardiovascular diseases, neurodegenerative diseases, cancer and psychiatric diseases), a proxy for the patient's individual economic situation, and an index characterising the deprivation of the patient's municipality.⁵⁹ In addition, corrections are made to take into account the share of services that patients receive outside the primary care group, high frequency peaks, and the poverty rate in the neighbourhood of the primary care group. Finally, a correction is applied (between -10% and +10%) depending on quality indicators.⁵⁹ For primary care groups who volunteered for the new payment system only for patients older than 65 years, or only for diabetic patients, other rules are used to calculate the value of the lump-sum payment.

The PEPS payment is paid collectively to the primary care structure. The teams can freely decide on the repartition and utilisation of the payment. The payment can also be used to propose new services, for example to promote prevention.⁵⁹

The lump-sum payment is initially calculated on a retrospective basis. During one year, fee-for-service payments are maintained and simulations are performed to calculate the lump-sum payment that would have been paid to the structure (except for the quality mark-up). If the simulated lump-sum payment is above the fee-for-service payments, a bonus is paid to the structure. There is no financial penalty in case the simulated lump-sum payment is below the fee-for-service payments. An additional 5% mark-up is paid to take into account quality (that cannot be measured in the short-run). Primary care groups can decide to opt out of the experiment at the end of this stage.⁵⁹

In a second phase, the lump-sum payment becomes prospective, for a maximum duration of three years. During this phase, the fee-for-service payments are no longer maintained for the concerned patient population.⁵⁹ It should be noted that many MSPs chose to opt out before that phase notably because they faced difficulties in establishing a distribution key between healthcare professionals.⁶⁰

In addition, all involved primary care groups receive a fixed amount to help launch and gradually implement the prospective lump-sum payment. For the first year, this amount is set at € 12 000 plus an additional € 5 per patient. For the following two years, the amount is set at € 9 000.⁵⁹

4.3.3 Salary in MSPs: Ordinance of 12 May 2021

MSPs were originally created to group self-employed healthcare professionals. However, due to evolving needs of the MSPs, in some cases, salaried healthcare professionals may help to diversify or complement the supply.⁶¹ Also salaried professionals who are not healthcare

^e J. Mousquès, personal communication, 12 January 2023.



providers (such as social workers) may contribute to the functioning of an MSP. In response to these evolutions, the Ordinance of 12 May 2021 modified the legal structures of MSPs so that they can hire salaried professionals.⁶² However, the number of salaried healthcare professionals cannot exceed the number of self-employed healthcare professionals in the structure. It must also be noted that the tariffs that apply to medical acts performed by a salaried physician are the same as those for self-employed physicians.

4.3.1 Assessment of projects / experiments

A quantitative and qualitative evaluation of the ENMR projects (2009-2012) was carried out by Irdes.⁶³ It concluded that the ENMR projects were mostly settled in rural areas with low medical supply, reaching one of the objectives of the experiment. The qualitative analysis showed that the decision to work in multi-professional groups was guided by a desire to improve work conditions. The intervention was judged effective, as there was a smaller decrease in GP density in areas where a project was launched compared to other areas.

Globally, for an equivalent amount of working time, physicians in multi-professional groups followed a larger number of patients. Regarding technical efficiency, some gains were observed, but only for the most integrated groups.

An important result was that spending was lower for patients enrolled with a GP working in a multi-professional group, compared to those enrolled with a GP working in a more traditional practice. It was estimated that, for the most integrated groups, the saving more than compensated the resources dedicated to the financial support of the project.

In terms of quality of care, GPs working in MSPs showed better results for indicators related to the follow-up of diabetic patients, to vaccination, to screening and to the prevention of iatrogenic risk. They also showed better results for the prescription of generic drugs.⁶⁴

In addition, evidence suggests that MSPs were efficient to attract young GPs in medically underserved areas^{65, 66} and had a positive impact on GPs' income.^{35, 67}

Also for PEPS projects the evaluation will be carried out by Irdes.⁶⁸



5 DENMARK

5.1 Organisation of GP care

Patient access

In Denmark, hospital and GP care are provided free of charge at the point of delivery.⁶⁹ Other types of care, including physiotherapy, psychotherapy, dental care, and medical prescriptions require patients to pay a co-payment.⁷⁰

General practice is the backbone of the Danish healthcare system where GPs are the first point of contact for patients. They act as gatekeepers to secondary specialised care, including referrals to office-based specialists and inpatient and outpatient hospital care. GPs also share responsibilities for long-term care and chronic care with regional hospitals, and providers of municipal institutions and home-based services. They are in charge of following-up most patients with chronic care needs.

On average, Danish people have approximately 7 GP contacts per person per year, including clinic consultations, home visits and telephone consultations. Within a year, 10% of the population do not use the primary care system.⁷¹ On average, one out of ten visits to the GP ends with a referral to the hospital.

The Danish population has a choice between two public health insurance policies.⁷² More than 99% of the population (including nursing home residents) is enrolled in Group 1, which requires citizens to register with a specific GP or general practice of their choice. Citizens must choose a GP or practice located within 15 km of their home (5 km in the Copenhagen area), otherwise GPs must provide a written acceptance of their willingness to carry out home visits despite the distance.⁷³ Changing GP without moving to a new address is subject to a fee of DKK 215 (€ 28.90) in 2022. Patients may self-refer to certain specialists, such as ophthalmologists, otolaryngologists, dentists, and chiropractors. GPs are not allowed to charge above the fee schedule for patients in Group 1 (see section 5.2). In Group 2, individuals can freely choose among GPs and all private specialists without a referral (except for physiotherapists, podiatrists, and psychologists). However, Group 2 patients have to pay the difference if the cost of treatment is higher than the corresponding cost of treatment for a patient in Group 1. In addition to Group 2 fees being higher than Group 1 fees, GPs are allowed to charge a supplementary fee to Group 2 patients.⁷⁴

Regions are responsible for setting the number of GPs (and specialists) authorised to practice in a given area (*lægekapaciteter*). Each region enters into negotiations with representatives of the GPs in the region and prepares a plan for the next three or four years. The number of practising GPs is determined on the basis of surveys of existing practices, population forecasts and capacity assessments.⁷⁵

Practice types

In 2022, 94% of all GPs are self-employed professionals working on a contractual basis with the regional authorities and running their own private practices. Although the fraction of GPs working as salaried employees remains small (6%), the number of employed GPs has risen over time.⁷² In recent years, there have been increasing difficulties in finding buyers for GP practices when the previous owners retire.⁷⁶ Consequently, an increasing number of Danes are without a permanent GP. Instead, they receive primary care from a GP working in a temporary clinic run by the region or by a GP working in a clinic run by a private company.⁷⁷

The structure of GP care has been progressively shifting from solo practices (*enkeltmandspraksis* or *solopraksis*) to collaborative practices (*kompagniskabspraksis*), which typically consist of two to four full-time GPs and may include support personnel (apart from secretaries), such as two to three nurses.^{78, 79} Collaborative practices have a shared patient list, finances, support staff and facilities.⁷² Between 2000 and 2022, the number of collaborative practices increased by 32% while the number of solo practices decreased by 53%.⁷⁹ In January 2022, 59% of GP practices were collaborative practices (38% with two or three GPs and 13%



with four or more GPs)^f. This shift is partly driven by many GPs retiring and new GPs not wanting to practice alone.⁸⁰

Both solo and collaborative practices can choose to operate in a special form called partnership practice (*samarbejdspraksis*). In that case, individual doctors or practices choose to share premises, IT equipment or staff but keep their own finances and patients.⁷⁸ There is no official recording of these partnership practices, but based on the address of practice, it is estimated that 40% of solo practices are working as partnership practices.⁷⁹ The average number of GPs per partnership practice is two.⁸¹

Finally, a sharing practice (*delepraksis*) is a special case of a collaborative practice where a GP has reduced working hours, which leads to an additional GP being admitted as a sharing companion or as an employee.⁸¹ A sharing practice can be established if the practice is located in an area with a shortage of GPs or if a GP in the practice has personal circumstances forcing him/her to work part-time (i.e. chronic illness, serious illness in immediate family, other professional function). In sharing practices, there are more GPs than the authorised number (*lægekapaciteter*) which requires a special agreement with the region.⁷⁸

Although GPs are private sector entities, the provision of primary care is subject to extensive regulation of the number of practices, their geographic distribution, remuneration, number of patients listed with a given practice and conditions under which patients are accepted by the practice. The maximum number of patients per GP is set at 1 600, above this limit a GP can choose to close the patient list.⁷² The average number of patients per GP is also approximately 1 600.⁸²

GP workforce

In January 2022, there were approximately 3 488 GPs distributed across 1 675 practices.^{79, 83} The average age of GPs was 51.4 years. The density of GPs was 0.8 per 1 000 population and GPs accounted for approximately 18% of the physician workforce in 2018.⁸⁴ In 2022, the average number of consultations per day is 54.2 per GP.⁷⁹

Multi-professional teams

The national government and the regions encourage GPs to employ more supporting personnel so that GPs can focus on medical tasks. The supporting personnel (e.g. nurses, medical secretaries) is paid salaries by the GP practices based on agreements between employers' associations and the relevant trade unions.

Alongside GPs, nurses and medical secretaries are the largest group of healthcare professionals in general practices. In 2020, 2 274 nurses (1 849 FTEs) and 695 medical secretaries (585 FTEs) were employed in general practices.⁷⁹ Social and healthcare assistants (659 or 538 FTEs), medical laboratory technologists, midwives, physiotherapists and pharmacologists may also be employed in general practices.⁸¹

Nurses are playing an increasing role in the treatment of patients with chronic diseases, yet the amount of responsibilities delegated from GPs to nurses varies by practice.⁸¹ In collaborative practices, nurses assist in the management of patients with chronic diseases or complex needs, which can include annual follow-up visits and adjustment of the treatment plan. They can also perform blood sampling, vaccinations, pulmonary function tests, and conduct preventive dialogue.⁷² In some cases, social and healthcare assistants can perform similar tasks to those performed by nurses for the treatment of chronic diseases.

In recent years, the number of commonly called health houses (*Sundhedshus*), with GPs, physiotherapists, and office-based specialists operating out of the same facilities but under separate management, has been increasing.⁸⁵ "Health houses" are not integrated multispecialty clinics and there may not be any cooperation between the various healthcare providers. The size and functions of the health houses depend on the patient population in a given area.⁸⁶

^f These percentages sum up to 51% and not 59% as a small number of collaborative practices include zero or one GP. This is because only GPs who are members of the Organisation of GPs (*Praktiserende Lægers Organisation – PLO*) are counted (a very small number of GPs are not members) or because the GP practice has a temporary vacancy.



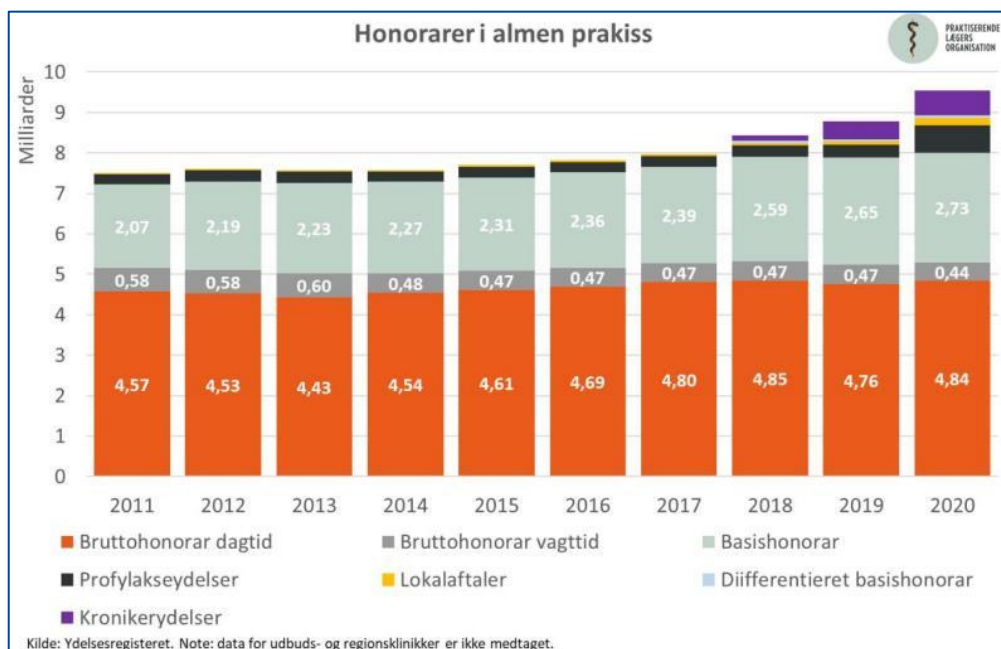
5.2 Remuneration system

GPs are remunerated via a combination of capitation (based on patient lists), which represents 30% of their income, and fee-for-service, which represents 70% of their income. This combined remuneration system has evolved over time.⁹ Initially, GPs' remuneration system was based on 50% fee-for-service and 50% capitation,^h but a growing share has been paid through fee-for-service over time.

In 2018, remuneration reforms including differentiated capitation payments and a bundled payment scheme for patients with type 2 diabetes and COPD were implemented.⁸¹ The evaluation of these reforms is still in process. The current payment structure of primary care does not include a direct quality-related component.⁸⁵

Figure 5 shows the evolution in the remuneration system of GPs between 2011 and 2020. Expenditures for fee-for-service payments (see section 5.2.1) increased by 2.5% over the period, while expenditures for base capitation (see section 5.2.2) increased by 32%. Regarding the new forms of payment introduced in 2018, expenditures for the bundled payment scheme for chronic patients (see section 5.2.3) has largely increased over time, while the differentiated capitation payment (see section 5.2.2) stayed limited.

Figure 5 – Remuneration in general practice in Denmark (in billion DKK, 2011-2020)



Bruttohonorar dagtig = fee-for-service (daytime); *Bruttohonorar vagttig* = fee-for-service (out-of-hours); *Basishonorar* = base capitation; *Profylaksekydelser* = prophylaxis fee; *Lokalaftaler* = local agreements; *Diifferentieret basishonorar* = differentiated capitation; *Kronikerydelser* = chronic care (bundled payment scheme).

Source: *Praktiserende Lægers Organisation* (2022)⁷⁹

Every three years, collective negotiations between the Organisation of GPs (*Praktiserende Lægers Organisation* – PLO) and the Regions' Board for Wages and Tariffs (RLTN) are scheduled and binding national agreements are established on where, how and what services are provided by GPs along with the corresponding remuneration. A region can choose to enter into supplementary agreements with representatives of GPs in the region on the provision and payment of services not included in the national agreement.⁸⁷

GPs derive more than 95% of their income from the region where their practice is situated. Only a small part of GPs' income constitutes fees that are directly paid by citizens for services not

⁹ Signe Smith Jervelund, personal communication, 14 November 2022.

^h Hans Okkels Birk, personal communication, 19 November 2022.



covered by the region, such as health certificates to renew a driver's licence, some other health certificates and some vaccinations.⁸⁷ There are also agreements containing special conditions for GP practices located in areas with low medical coverage (*lægedækningstruede områder* – LTO).⁸¹ The special conditions include the opportunity to establish sharing practices and extend their duration; the possibility to apply for additional medical capacity; and an exemption allowing practices to hire a proportion of employed GPs larger than 50% of the practice.⁸⁸ GP practices located in these GP-deprived areas receive a differentiated capitation payment (see section 5.2.2).

Each year, regions estimate the total number of contractual services and the total amount of expenses from the provision of primary care (fee-for-service and capitation but excluding differentiated capitation, bundled payment scheme, and services related to the prophylaxis agreement) in the previous calendar year. When the expenditure on daytime medical care per patient shown on the practice's annual statement exceeds the average cost per patient within the region by 25% or more, the data are discussed by the region and representatives of the GPs in the region. The region may decide to set a maximum limit for the practice's total income from fee-for-service provided by the region during daytime hours. The maximum limit is set at +25% of the average fee-for-service per patient in the region. The region makes monthly statistics available (via sundhed.dk) to the doctors who have been imposed a maximum limit, so that they can monitor how they compare to the region average.⁸⁹

5.2.1 Fee-for-service

Primary care services are predominantly paid for through fee-for-service. Fee-for-service applies to consultations, examinations, out-of-hours consultations, telephone or e-mail consultations, home visits and minor surgeries and some preventive healthcare work, such as preventive dialogues with patients, vaccinations or child health programmes.⁸⁵ The fee-for-service schedule has only been reformed marginally in recent years. Unspecific activities such as “blood test” and “preventive counselling”, which are not linked to patients' needs or specified outputs are also covered by fee-for-service.^{85, 87}

Based on the regulation set in 2022, the fees for patients enrolled in Group 1 insurance are DKK 148.35 (€ 19.95) for a consultation and DKK 397.99 (€ 53.51) for an annual check-up.⁸⁹ The consultation fee for patients enrolled in Group 2 insurance is DKK 233.53 (€ 31.40).⁹⁰

After-hours care is also paid through fee-for-service, with a higher rate than for daytime care.

5.2.2 Capitation

Capitation payments, which represent 30% of GPs' income, aim to compensate GPs for services not paid by fee-for-service and prevent medically unindicated supplied-induced demand.⁸⁷ The base capitation payment per registered patient in Group 1 insurance in 2022 is DKK 40.24 per month (€ 5.41) and is not risk-adjusted.⁸⁹ The practice fee per authorised GP (*lægekapaciteter*) is equal to DKK 17 652.59 (€ 2 373.41) annually, and is paid on a monthly basis.

Since 2018, a differentiated capitation has been introduced (as a supplement to the base capitation payment) to improve recruitment and retention of GPs in areas with insufficient GP coverage and remunerate GPs according to their patients' characteristics.⁸¹ The differentiated capitation payment contains two components: one related to whether the practice is located in a GP-deprived area and one related to the number of patients with increased morbidity in a GP practice.

For the year 2022, DKK 63.4 million (€ 8.5 million) was reserved for the differentiated capitation scheme, of which DKK 25.4 million (40%) is reserved for distribution among GPs located in GP-deprived areas and DKK 38.0 million (60%) is reserved for practices whose patients use primary care services more than average.⁸⁹

The amount of the differentiated capitation scheme according to geographical location is distributed equally per patient to practices located in a GP-deprived area. These areas are identified based on a weighting system of four area-level criteria: (1) proportion of citizens



covered by outreachⁱ, regional or pilot clinics (weight: 50%), (2) proportion of citizens on transfer income (i.e. social benefits, weight: 30%), (3) proportion of practitioners over 63 years old (weight: 10%), (4) number of practising GPs in the last three years as a proportion of total authorised capacity (weight: 10%).⁹¹ In 2018, a GP located in a GP-deprived area received on average DKK 45.6 (€ 6.13) per registered patient, on top of the base capitation payment.

The other part of the differentiated capitation scheme is calculated based on the estimated association between patients' primary care consumption and Group 1 insured patients' characteristics: age, gender and morbidity (measured using Charlson's comorbidity index). A maximum of DKK 105 645 (€ 14 204.08) is paid per authorised GP.⁸⁹ A dynamic minimum is set in order not to exceed the dedicated budget of the differentiated capitation scheme.

The patient loads and the GP-deprived areas are determined every three years. Differentiated capitation funds that have not been used are transferred to the following year's payment.

5.2.3 Bundled payment scheme

In 2007, Denmark experimented with the introduction of financial incentives for GPs to improve the integration and coordination of care for patients with type 2 diabetes. This scheme consisted of a voluntary bundled payment system, which paid an up-front annual fee of € 156 per patient to a GP that joined the scheme to cover disease management. This fee replaced the capitation payment and fee-for-service payment of € 17 per consultation. As part of this scheme, the next three consultations following the annual consultation were provided without further reimbursement for the GP.⁹² GPs had to provide continuous and anticipatory care instead of reactive care by coordinating specialist services (e.g. eye care, endocrinology and podiatry) and services offered by the municipalities, offering patients self-management programmes, regularly assessing the appropriateness of each patient's management, documenting consultation, agreeing on follow-up visits with the patient and following-up on non-attendance.⁹³ Another requirement of this scheme was the installation of a sentinel data capture system, which collected key data from the electronic health record system, generated reports for each practice, and benchmarked the GP's performance against that of other GPs. This sentinel data capture system was shown to significantly improve quality of care.⁹³ However, the uptake amongst GPs was low and only 10% of all patients with type 2 diabetes were covered.⁸⁵ This was due to the overall incentive structure being not strong enough for GPs to change the way they deliver care and are financed for diabetic patients.⁹³ As a result of the lack of positive results and concerns about the use of data, the scheme was discontinued in 2014.

In 2018, a new bundled payment scheme for patients with type 2 diabetes and/or COPD was introduced.⁸¹ GPs now have population and treatment responsibilities for these patients (not requiring specialist services) and options for referrals are limited. GPs are paid, in addition to the capitation payment, a monthly fixed fee per registered patient with type 2 diabetes, COPD or both conditions. The patient's diagnosis also needs to be registered in the clinical quality database. The chronic care fee covers basic consultation, annual check-up, e-mail, telephone or video consultations, regardless of the number of consultations and whether the inquiry relates to the chronic disease or another health problem. The annual fixed fee is equal to DKK 2 149.56 (€ 289.01) for patients with type 2 diabetes, DKK 1 924.68 (€ 258.78) for patients with COPD, and DKK 2 704.32 (€ 363.60) for patients with type 2 diabetes and COPD.

The bundled payment scheme aims to assign GPs a larger role in the treatment of chronic patients and to shift the check-ups of these patient groups from the hospital to the GP. Although the evaluation of this scheme is not yet completed, it has been criticised for potentially leading to a low level of activity due to the absence of direct financial incentives for GPs to provide services and due to cream skimming.⁸¹

ⁱ Outreach clinics are a fallback solution that regions resort to when it is not possible to get a GP to open a practice in an area. They are an economically expensive solution. Source: Astrid Ganzhorn Eriksen, personal communication, 18 November 2022.



6 PORTUGAL

6.1 Organisation of GP care

Patient access

Primary care in Portugal is mostly delivered by public providers (National Health Service – NHS) while private health service providers (for-profit or non-profit) play a minor role. Most GPs are civil servants and 70% of all GPs work exclusively for the NHS.⁹⁴ All residents have access to public healthcare services, including primary care. After registration, patients choose only among the available GPs and family nurses within a geographical area based on their place of residence (or work).⁹⁵ The GP ensures a gatekeeping role as patients need a referral to access other medical specialties.⁹⁴

Primary care in the NHS is mostly free at the point of use. Until 2020, patients paid a small co-payment for every home visit, with many possible exceptions.⁹⁴ User charges for primary care were abolished in 2020 in an attempt to reduce the high level of out-of-pocket payments in Portugal. However, given the small value of user charges in primary care and the large number of exemptions already in place, this is not likely to have had a significant impact on total out-of-pocket payments in the country.⁹⁶

Practice types

Portugal has a long history of integrated primary care through the development of health centres and small health units covering most of the national territory.⁹⁴ All primary care practices are group practices in which GPs (in most cases four or more GPs) share the same physical structure.⁹⁴ Substitution of care to nurses is also fairly common, especially regarding health education and prevention.⁹⁴

Primary care in the public sector is mostly delivered through publicly funded and managed groups (*Agrupamento de Centros de Saúde* – ACES). In 2022, there are 55 ACES, distributed over the five health regions.⁹⁷ Each ACES is responsible for a population of 50 000 to 200 000 people.⁹⁴ They have organisational independence in the way they coordinate primary care provision, but do not have financial or administrative autonomy. The health regions are responsible for allocating the resources.⁹⁵ They also concentrate support services as procurement and logistics, financial and human resources management. At this level, the primary care budgets are independent of other budgets.⁹⁴

Each ACES consists of several facilities that ensure the provision of primary care to the population in a determined area. These facilities include:^{97, 98}

- Family Health Units (*Unidade de Saúde Familiar* – USF) and Personalised Health Care Units (*Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados* – UCSP): two forms of multi-professional primary care teams, including GPs, nurses and administrative staff.
- Community Care Units (*Unidade de Cuidados da Comunidade* – UCC) led by nurses that provide healthcare, psychological and social support at home and community level.
- Generally, one unit for shared services (social workers, physiotherapists, occupational therapists, dentists, nutritionists and psychologists), that provides care advisory services to all other facilities.
- Generally, one unit for public health that is responsible for the elaboration of information and plans in public health areas, epidemiological surveillance, management of intervention programmes in the prevention, promotion and protection of health of the population.

In 2022, there are 600 USFs, 320 USCPs and 268 UCCs (see Table 5).⁹⁷



Table 5 – ACES and facilities per health region in Portugal (March 2022)

Health region	ACES	USF	UCSP	UCC
Alentejo	4	20	38	37
Algarve	3	23	16	14
Centro	9	95	78	62
Lisboa Vale do Tejo	15	194	89	56
Norte	24	269	99	99
Total	55	600	320	268

Source: Alves et al. (2022)⁹⁷

The creation of USFs took place in 2007, when the NHS reformed the primary care services.⁹⁵ The reform aimed at improving access, increasing satisfaction for professionals and users, improving quality and continuity of care and improving efficiency.⁹⁴ The strategic reform was based on the success of experiences that took place starting in 1998 (Experimental Remuneration Regime) introducing, for voluntary teams, a new remuneration system related to the amount of work and quality of performance.⁹⁹

USFs are small teams of three to eight GPs, the same number of family nurses and a variable number of administrative professionals covering a population between 4 000 and 14 000 people.⁹⁵ They are open from 8 am to 8 pm on weekdays, but can contract additional opening hours.⁹⁴ The ACES establishes an annual action plan with the USFs and finances their services.⁹⁹ The USFs were created as voluntary self-established teams, with functional autonomy and a mixed payment system (see section 6.3). Professionals already working in the NHS system were encouraged to decide to work together and submit a proposal for the creation of an USF.

However, the reform let the possibility to maintain the existing type of structures, the UCSPs, for professionals not willing or not able to create an USF.⁹⁸ UCSPs do not have financial or managerial autonomy and are managed by the ACES, under the supervision of the health region.¹⁰⁰ Moreover, due to the shortage of GPs, besides their own patients, UCSP teams need to provide care to patients without an attributed family doctor.^j

Workforce

In Portugal, the density of GPs was 2.9 per 1 000 population in 2020.¹⁰¹ In March 2022, 10 848 individuals (10 739 FTEs) were working in USFs: 4 016 GPs, 3 952 nurses and 2 878 medical secretaries (see Table 6). In UCSPs, there were 6 259 individuals (5 824 FTEs): 1 969 GPs, 2 489 nurses and 1 801 medical secretaries.⁹⁷ On average, 1 721 patients are enrolled per GP in a USF and 1 434 in a UCSP.⁹⁷

Table 6 – Number of professionals and patients enrolled in USFs and UCSP in Portugal (March 2022)

Health region	USF	UCSP
General practitioners (headcounts)	4 016	1 969
General practitioners (FTEs)	3 926	1 783
Nurses (headcounts)	3 952	2 489
Nurses (FTEs)	3 937	2 270
Medical secretaries (headcounts)	2 878	1 801
Medical secretaries (FTEs)	2 876	1 771

^j A. Lourenço, personal communication, 27 December 2022.



Patients enrolled	6 911 597	3 443 516
Average number of patients enrolled per GP	1 721	1 434

Source: Alves et al. (2022)⁹⁷

6.2 General remuneration system

Salary is the dominant method of provider payment in primary care in Portugal.

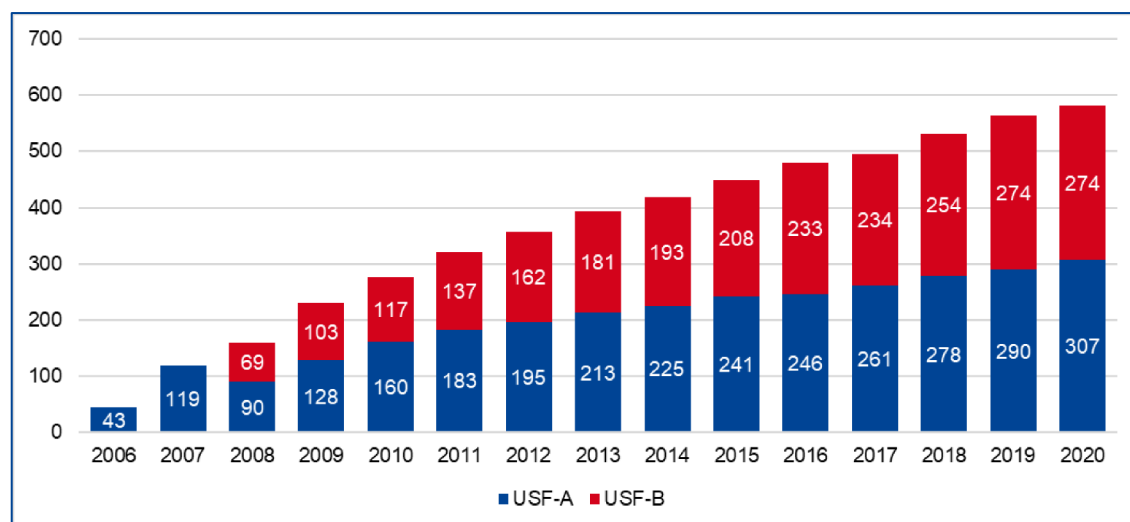
Physicians' salary is determined by their professional category (senior graduate assistant, graduate assistant or assistant)¹⁰² and duration of service, independent of any productivity measure. The different medical specialties all have the same salary.⁹⁴ There are three possible employment levels: full-time (but not exclusive NHS employment) (40 hours/week), full-time with exclusive NHS employment (40 hours/week with no private practice allowed), and part-time.⁹⁵ Around 70% of GPs work full-time within the NHS.⁹⁴ In that case, annual income is around € 60 000 (data 2015).⁹⁴

Nurses' salary also depends on their professional category (nurse, specialist nurse, nurse manager)¹⁰³ and duration of service. They can work in the public sector on a full-time (35 or 42 hours/week) or part-time (20 or 24 hours/week) basis.^{95, 104}

6.3 Remuneration system in USFs

Although salary is the dominant mode of provider payment in USFs, also capitation, fee-for-service and pay-for-performance payments are present. There are two models of USFs: all start as model A, but can later, based on their performance and after approval, become model B. Figure 6 shows the evolution of the number of USFs of each type between 2006 and 2020. In March 2022, there were 286 USFs model A and 314 USFs model B.⁹⁷

Figure 6 – Evolution of the number of USFs in Portugal (2006-2020)



Source: Biscaia and Heleno (2017)⁹⁸ and Ministério da Saúde (2021)¹⁰⁵.

In model A, financial incentives are exclusively used for team investments (e.g. infrastructure improvement, medical equipment, vehicles) or common activities (e.g. training), so that there are no individual incentives for team members.^{99, 106} Only in model B, individual performance is financially incentivised. The remuneration scheme for GPs, nurses and administrative staff is presented hereafter, as described in the Decree-Law No. 298/2007.¹⁰⁷ An analysis carried out in 2011 and 2012 revealed that the average remuneration of doctors working in USFs model B was largely above the remuneration of doctors working in the UCSPs but also of doctors working in the USFs model A.¹⁰⁸ A model C is also foreseen, that allows private sector participation. Up to now, this model is experimental and not yet implemented in USFs.⁹⁹



6.3.1 Salary

In USFs as well as in other types of units, GPs' basic salary is determined by their professional category and duration of service. The same is true for nurses and administrative staff.

6.3.2 Capitation (in USFs model B)

On top of the salary which is paid for the minimum patient list size, GPs working in USFs model B receive a capitation payment. The weighed patient list size is calculated as the number of patients registered with the GP, applying a factor 1.5 for children between 0 and 6, a factor 2 for patients aged between 65 and 74, and a factor 2.5 for patients older than 75. The minimum patient list size is determined in the Decree-Law and is equal to 1 917 weighted units.

For each group of 55 weighted units above the minimum patient list size (with a maximum of nine groups), the GP receives a monthly bonus. For the six first groups, the bonus is € 234 per group. For the next three groups, the bonus is € 130 per group.

The minimum number of patients registered with the USF is 1 917 weighted units per nurse. For each group of 55 weighted units above the minimum (with a maximum of nine groups), the nurse receives a monthly bonus of € 100.

For administrative staff, the minimum number of patients registered with the USF is 2 474 weighted units per administrative employee. For each group of 71 weighted units above the minimum (with a maximum of nine groups), the employee receives a monthly bonus of € 60.

6.3.3 Fee-for-service (in USFs model B)

GPs working in USFs model B can receive an additional fee-for-service payment (€ 30) for home visits, with a maximum of 20 home visits per month. The implementation of this payment system led to an increase in the number of home visits.⁹⁴

6.3.4 Lump sum (in USFs model B)

GPs working in USFs model B also receive additional lump-sum payments for extending their working hours: € 180 per extra hour on weekdays and € 235 per extra hour on weekends and holidays. These amounts are equally divided between the GPs of a USF.

For nurses, the corresponding lump-sum payments are € 89 per extra hour on weekdays and € 115 per extra hour on weekends and holidays. These amounts are also equally divided between the nurses of a USF. For administrative staff, the amounts are € 50 and € 65 respectively and are equally divided between the administrative staff members of a USF.

6.3.5 Pay for performance (in USFs models A and B)

Two types of pay-for-performance incentives can be distinguished: team incentives (for both models of USF) and individual incentives (only in model B). It is estimated that the pay-for-performance bonus can represent up to 30% of GP practice income.¹⁰⁹

The team incentives are based on a set of 22 indicators in four areas (accessibility, care performance, user satisfaction and efficiency).^{98, 109} Rewards (but no penalties) are paid proportionally to an index that measures the attainment percentage of the targets for the complete set of indicators.¹⁰⁹ Below a minimum threshold for the index, no reward is attributed. Therefore, incentives are based on absolute values that are the same for all USFs, and do not depend on their relative positions nor on improvements.¹⁰⁹

The team incentives aim to support and stimulate collective performance by attributing awards for reinvestment in the USF itself.⁹⁸ This could encourage the revision of the skill-mix for the provision of primary care, for instance substituting care to nurses. In fact, this has not happened, mainly due to institutional barriers (too vague legal definitions of scopes of practice, lack of support from trade unions, etc.).¹¹⁰

At the individual level, there are 22 indicators for GPs and 17 for nurses and administrative staff.¹⁰⁹ GPs can receive a compensation for specific activities related to vulnerable and at-risk users, i.e. the follow-up of women in childbearing age; monitoring of pregnancy; follow-up of infants in the first year of life; follow-up of infants in the second year of life; follow-up of patients



with diabetes; and follow-up of patients with high blood pressure.¹⁰⁶ In a same way, GPs and nurses can receive a bonus for the provision of additional services including oral health and occupational health; projects aimed at citizens at risk of social exclusion; integrated continuous care; and care of adolescents and young people.¹⁰⁶

6.3.6 Assessing the payment reform

Several studies reported better performance for USFs (in particular USFs-B) compared to traditional USCPs in Portugal. USFs-B, and to a smaller extent USFs-A, allow to reduce inappropriate use of hospital emergency departments.¹¹¹ Patients and professional satisfaction are globally high in USFs.^{106, 109} Also, USFs have lower waiting times (both before having an appointment and in the waiting room) than USCPs.¹¹² However, until now, no studies are available on the impact of USFs on patient outcomes.¹⁰⁹

USFs (more particularly USFs-B) are found to be more efficient and effective than USCPs.¹¹²⁻¹¹⁵ Performance indicator values are the highest in USFs-B, followed by USFs-A and then by USCPs.^{115, 116} However, improvements related to the pay for performance do not seem to persist in the long run.¹¹⁷ Moreover, the effectiveness and efficiency of USFs-B have been questioned by independent reports issued by the Court of Auditors and the Ministry of Finances Audit Authority.¹¹⁸



7 ESTONIA

7.1 Organisation of GP care

Patient access

Estonia has a partial gatekeeping system. While GPs (called family doctors in Estonia) control most access to specialist care and non-emergency inpatient care, a GP's referral is not required to see certain specialists (i.e. ophthalmologists, dermatologists, psychiatrists, dentists, gynaecologists, pulmonologists in case of tuberculosis and specialists needed in case of trauma).¹¹⁹ GPs are responsible for providing a core package of services to their "practice list" (*nimistu*), which corresponds to individuals registered with them. GPs together with primary care nurses provide 50% of all ambulatory care in-person visits.¹²⁰

All Estonian citizens can register on a GP list of their choice.¹²¹ They can change GP at any time by submitting a written application to the new GP. The GP may refuse to register a new person, if the limit of registered patients has already been reached or when the place of residence of the applicant is not in the service area of the GP. Nevertheless, a new person may still be registered if a family member is already enrolled with this GP.

Primary care is free of charge for insured individuals (95% of the population in 2021) except for home visits.¹²² The GP may charge up to € 5 for a home visit, regardless of how many patients they check during the visit. Home visits for pregnant women and children younger than two years old are free of charge.

GP workforce

In 2021, there were 913 practising GPs (headcounts) in Estonia or a density of 0.69 GP per 1 000 population.¹²³ In terms of actual FTE employment, there were 820.7 GPs or a density of 0.62 GP per 1 000 population.¹²⁴ GPs account for 20.5% of all physicians (headcounts).¹⁰¹ However, between 2000 and 2017, the share of GPs decreased by more than 20%. In 2020, the average age of GPs was 57 years old.

Most GPs are self-employed practitioners contracted by the Estonian Health Insurance Fund (EHIF).^{120, 125} Approximately 5% of GPs are employed by other physicians and are paid a flat salary.⁶⁹

Practice types

In 2015, 74% of GPs worked as solo practitioners. However, there has been a growing trend towards group practices over time.¹¹⁹ In 2021, the EHIF had a contract with 416 GP practices who served 786 lists, while in 2015 there were 467 GP practices for 801 lists.^{119, 126}

GPs have a defined service area which is determined by the Health Board. The EHIF is responsible for primary care access and organisation, which includes licensing healthcare providers and registering health professionals.¹²⁷ The patient list size should not be less than 1 200 nor more than 2 000. If the patient list size exceeds 2 000, an assistant doctor should be hired. In 2021, the average number of patients registered with a GP was 1 597.¹²⁶

All GPs must work with at least one family nurse. In 2021, there were 1 596 nurses (of which 1 497 family nurses) working in GP practices.¹²³ Over time, the role of the family nurse has increased within primary care teams and some responsibilities of the GP have been shifted to nurses, such as managing chronically ill patients and healthy neonates. Nurses who have completed the required training are allowed to prescribe certain medications and since recently, they are also allowed to assess patients for sick leave.¹²⁸

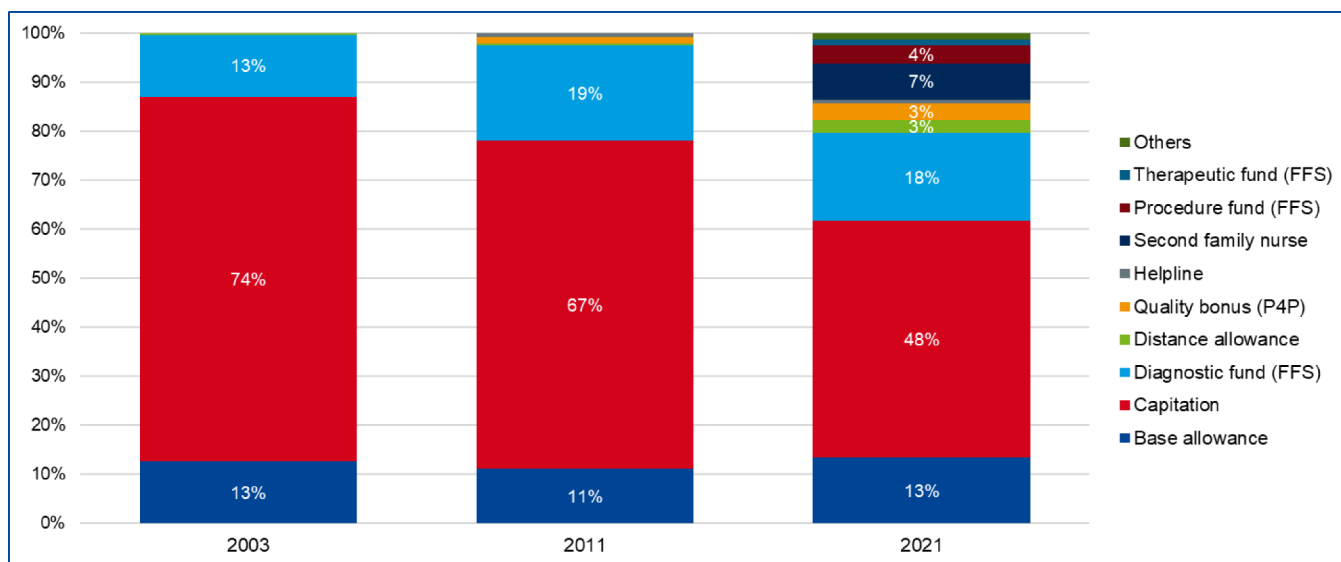
7.2 Remuneration system

Estonia's mixed payment model was first implemented in the late 1990s and has since been adapted to cover a more comprehensive set of services. GPs are paid a combination of a base allowance (13.3% in 2021), capitation (48.4%), fee-for-service (22.6%), a quality bonus payment system (3.4%) and other allowances (12.3%).¹²⁶ The initial payment model (since 1998) combined five major components (capitation, fee-for-service, base allowance, bonus payments, distance fee).¹¹⁹ Over time, the share of capitation has decreased, the share of base allowance has remained stable and the share of fee-for-service has increased (see Figure 7). The



increasing share of fee-for-service is related to changes in healthcare development with a higher use of diagnostic tests, procedures and therapies, a higher cap for the fee-for-service fund and a higher number of services paid by fee-for-service.¹²⁸ In 2021, the remuneration system is more diversified and complex.

Figure 7 – Primary care budget composition in 2003, 2011 and 2021



Sources: Habicht et al. (2018)¹¹⁹ and Eesti Haigekassa (2011 and 2021)^{126, 129}

Annually, the EHIF and the Estonian Association of Family Doctors agree on the financial part of the contract for GPs. The financial contract is revised four times a year to reflect changes in patient lists.¹²⁰

Family nurses are employed by GPs and are paid using capitation payments received by GPs. Home nurses and midwives are either employed by GPs, are independent or work in a hospital that provides services to GP practices. In the latter two cases, home nurses and midwives are remunerated on a fee-for-service basis. Physiotherapists are either employed by GPs or in a legal partnership with a GP practice, meaning that they agree to provide physiotherapy services to patients of the GP practice. Physiotherapists who are not employed by GPs are remunerated on a fee-for-service basis by GPs. The EHIF funds covering the remunerations of nurses, midwives and physiotherapists working in GP practices are always paid first to GPs who then pay the different partnering primary care providers.¹³⁰

7.2.1 Capitation

Capitation payment accounts for approximately 50% of GP's total budget, yet the importance of capitation payment has decreased over time. The activities covered through capitation include: carrying out outpatient consultations and home visits; performing assessments of the health status and capacity to work; monitoring and counselling in the areas of child development, chronic conditions and uncomplicated pregnancies; monitoring of risk factors, vaccination, carrying out screenings, health education sessions and providing medical advice; providing diagnostic, treatment and referral services, including treatment of minor injuries, referral to specialist care and arranging transport to the hospital if necessary; recommending and prescribing drugs; and maintaining patient records.

Capitation rates cover the costs of labour, medical supplies and equipment, medications and other costs, such as office expenses. The capitation fee is paid per registered patient, prospectively on the 5th of each month. The capitation is age-weighted, namely for the age ranges 0-3 years, 3-7 years, 7-50 years, 50-70 years and 70 years and above. The monthly payments for the year 2022 are: € 11.17, € 8.19, € 4.83, € 6.86, € 8.40, respectively.¹³¹ The capitation fee is recalculated every quarter to take into account changes in the GP's list.¹²⁸



7.2.2 *Fee-for-service*

On average, fee-for-service accounts for approximately 22% of a GP's total budget.¹²⁸ Fee-for-service payments are paid retrospectively according to the bills submitted by the GP once a month. Fee-for-service payments cover a defined list of services agreed with the Estonian Association of Family Doctors and which are grouped in three main funds: diagnostic, therapeutic and procedure. In 2021, the diagnostic fund accounted for 17.1% of GPs' income, the therapeutic fund accounted for 0.9% and the procedure fund for 2.8%.¹²⁶

The diagnostic fund covers diagnostic procedures, such as laboratory tests and X-rays. The therapeutic fund allows the GP, if necessary, to order the services of a clinical psychologist, speech therapist and physiotherapist for a patient on his/her list without a prior specialist visit, and covers the related fees.

The diagnostic and therapeutic funds are capped for each GP. The cap for the diagnostic fund is between 39-41% of the capitation payment, with the actual level depending on the GP's performance in the Quality Bonus System (see section 7.2.5). For therapeutic services, the cap is 10% of the capitation payment.

The procedure fund covers a defined list of services including minor day surgical and gynaecological procedures that a GP is able to do alone and are not limited by a cap. Since 2021, two new services related to cervical cancer screening were added to the procedure fund, which resulted in an increase of funding by 49% compared to 2020.¹²⁶ E-consultations and autopsies are also paid by fee-for-service and are included in the procedure fund.

As GPs have the choice of providing care or referring patients to secondary care for investigation and therapeutic services, fee-for-service encourages the delivery of primary care. However, the cap applied to therapeutic services is considered too low and the lack of available diagnostic procedures limits service delivery by GPs.¹²⁶ The fees applied to the three funds are mostly the same as those applied in outpatient specialist care.

7.2.3 *Base allowance*

The base allowance represents a monthly pre-payment of € 1 846.45 for a solo GP practice. This payment covers the costs of practice infrastructure (rent, management, maintenance, furniture), utilities, transportation and the health information system. Since 2016, the EHIF increased the share of the base allowance, due to the inclusion of new items and rising costs of already included items.¹²⁸

7.2.4 *Other allowances*

Since 2013, GPs can receive an additional allowance for a second nurse per patient list. To be eligible, the second nurse must, among other requirements, conduct at least 20 hours per week of individual visits. The number of lists receiving the second nurse allowance has increased every year. In 2021, there were 594 lists with second nurses, which is 9% higher than in the previous year.¹²⁶ On average, the second nurse allowance accounted for 7.3% of GPs' total budget.¹²⁶ The monthly payment for the second nurse allowance in 2021 was € 1 922.59 for a solo practice.¹²⁸

GPs operating in rural areas receive a distance allowance. Due to increased challenges in retaining GPs outside of large cities, the amount of the allowance was doubled in 2020. Since 2020, all GPs located outside of Estonia's two largest cities (Tallinn and Tartu) and the ones in adjacent municipalities are paid a distance allowance. On average, this allowance accounted for 2.7% of GPs' budget in 2021.¹²⁶ In the same year, 396 lists received the distance allowance. GPs working within 20-40 km of a county hospital received € 823.41 and those working more than 40 km from a county hospital received € 1 646.82.¹²⁸

Since 2014, GPs can also receive an allowance of € 35.21 per hour of overtime work, to incentivise them to provide out-of-hours care. However, this allowance only had a small impact on increasing access to out-of-hours care. In 2021, the out-of-office hours allowance accounted for 0.2% of GPs' budget on average.¹¹⁹

Other allowances exist for: home nursing in primary care health centres (since 2020, 0.7% of GP's total budget), a GP's helpline (0.8%), the compensation of travel expenses of substitute



service providers (since 2021, 0.2%), and early detection of bowel cancer (0.2%) and cervical cancer (since 2021, 0.02%).

7.2.5 Pay for performance: the Quality Bonus System (QBS)

The Quality Bonus System (QBS) was first introduced on a voluntary basis in 2006, with the aim of improving the quality and effectiveness of preventive services and the monitoring of chronic diseases.¹³² The QBS is a joint initiative between the Estonian Association of Family Doctors, the EHIF and the Ministry of Health, with GPs as leaders of the process. The initial QBS included a total of 27 indicators grouped into five sets: (i) prevention of cardiovascular disease, (ii) management of type 2 diabetes, (iii) management of hypertension, (iv) secondary prevention after myocardial infarction and (v) hypothyreosis.¹³³

The number of GPs participating in this system quickly increased, from 50% in 2006 to 97% in 2014. Since 2015, participation in the QBS is mandatory and results are publicly available. Even if QBS' financial incentive was small, it led to an improvement in almost all indicators in 2007-2012, with stronger disease management for patients with hypertension, diabetes or after myocardial infarction.¹³⁴ QBS also had an impact on the workload of primary care teams participating in the system compared to those not participating, as nurses had a higher number of visits and GPs a higher number of primary and follow-up visits.¹³⁵ The proportion of GPs who qualified for a bonus increased from 4% in 2006 to more than 50% by the end of 2013 and to 66.5% in 2020.^{133, 136}

In response to a study conducted by the World Bank in 2015 on healthcare integration in Estonia, the EHIF raised the payment of QBS by 25% in 2016 (vs 2015). The focus of the QBS also shifted from the provision of individual services to bundled services and the coordination of a full set of recommended services for patients with a specific disease.¹¹⁹ The current QBS includes 19 indicators capturing care processes under three domains: (1) children (vaccinations and health checks), (2) people with chronic conditions (chronic disease management such as monitoring and medication prescriptions), (3) pregnant women (monitoring of pregnancy) and other miscellaneous activities. A points-based system is then used to determine performance.¹³⁷ For indicators in Domains 1 and 2, GPs must meet a coverage threshold for the target group to obtain points. The thresholds for indicators in Domain 1 was 90% in 2016. The thresholds for indicators in Domain 2 are annually revised. For both domains, no points are awarded for an indicator if its threshold has not been met. For indicators in Domain 3, no points are awarded but a coefficient is determined (maximum: 1) to calculate the financial bonus. For all domains, to prove that indicator thresholds have been reached, service bills must be submitted. GPs must achieve a total number of points of at least 512 out of 640 to receive a bonus. GPs who meet this threshold but do not attain 90% of the maximum point number (or 576 points), receive 80% of the total bonus value. If a GP achieves 576 points, they are awarded the full bonus, or a maximum annual payment of € 7 172.08 in 2021.¹²⁸ In 2016, GPs who achieved the full bonus and employed a second nurse received an additional € 1 000. GPs receive electronic performance feedback three times a year and these are published on the EHIF's website.¹³⁷

If GPs perform well on the QBS standards, the cap on their fee-for-service payments is set at 41% of their total capitation payment, instead of 39% if they do not meet the quality goals. The differentiated rates incentivise GPs to not only participate but also achieve good results and ultimately improve the quality of primary care.¹¹⁹

Furthermore, as part of the QBS, GPs can receive a bonus payment for completing their recertification, namely a continuing medical education programme which needs to be passed every five years. Since 2016, a separate bonus payment was introduced for accredited GPs. Accreditation which is different from the licensing of GPs, is a voluntary programme to assess the quality of service provision among GPs. The process of obtaining the accreditation consists in, first, making a self-assessment based on a defined set of indicators, followed by an independent audit to check the accuracy of the self-assessment.

A report by the World Bank indicated that QBS is characterised by two extremes in overall performance in 2015-2017: GPs meeting the thresholds for most indicators and GPs meeting almost none of the indicator thresholds.¹³⁷ GPs' total QBS scores were stable over time and a five-fold difference in total scores was observed across Estonia. In 2017, overall performance was: good for Domain 1 with little regional variation, moderately good for Domain 2 with substantial regional variation and uniformly poor for Domain 3.¹³⁸



In 2021, QBS payments accounted, on average, for 3.4% of the total income of GPs.

7.3 Multi-professional group practices

One of the key objectives of the political document “Health Care Development Directions until 2020” adopted in 2014, was to invest in primary healthcare centres (*esmatasandi tervisekeskus* – ETTK) and encourage solo GP practices to merge and offer a wider range of services.¹¹⁹ In addition, the European Union Structural Funds invested over € 85 million in 2014-2020 for the modernisation and re-building of a minimum of 35 ETTKs all over Estonia by 2023.¹¹⁹ Estonia then updated its objectives and planned to build more than 60 ETTKs by 2023 and have at least 50% of all patients registered on a list affiliated with a ETTK by 2026.¹³⁹

Organisation of primary care centres (*esmatasandi tervisekeskus* – ETTK)

According to the organisational model for ETTKs, such centre should operate as a single legal entity, to ensure the autonomy of primary health care (i.e. clear separation and independence from specialised care), integrity (i.e. a holistic approach to patients at primary level) and territorial access to a quality service.¹⁴⁰ The locations where ETTKs can be built were pre-defined by the Ministry. They should be located close to a nursing hospital, ambulance or specialist care provider and share their infrastructure if possible. In the capital city of each county, the ETTK infrastructure should be shared with the county hospital.¹²⁸ ETTKs can be owned by GPs and/or a local authority and/or other health professionals providing primary healthcare services on an independent basis.

Since 2017, a base allowance has been introduced to incentivise solo GP practices to form multi-professional group practices. The minimum requirements for an ETTK to be recognised and eligible for this allowance are: at least three GPs working full-time in one location with at least 4 500 patients (3 lists); extended opening hours (10 hours a day) and provision of physiotherapy, midwifery and home nursing services in the ETTK's premises.¹²⁸ There must be at least one nurse available during the entire opening hours of the ETTK, one physiotherapist per three GPs, and midwifery and home nursing services available for a minimum of 5 hours per week. Case discussions between the members of the ETTK team must take place on a regular basis. ETTKs also need to fulfill some space requirements.¹⁴⁰

As of the end of 2021, 52 ETTKs were established, serving 268 lists and covering around 30% of the country's patients.¹²⁶ Some of the reasons behind the lower than expected uptake of ETTKs included challenges linked to legislative changes, GPs unwillingness to give up their freedom as solo practitioners, or a lack of funding for these new structures.¹²⁸

Remuneration system

ETTKs' fees are paid by the EHIF according to the combined GP remuneration model of capitation, base allowance, fee-for-service and pay for performance (see section 7.2). However, GPs in ETTKs receive a higher base allowance per list. In 2021, the monthly base allowance for an ETTK was € 4 169.18 per list (compared to € 1 846.45 in solo practice). ETTKs also receive additional funds (€ 1 798.27 in 2021) for other healthcare professionals (e.g. speech therapist, physiotherapist).¹²⁸

Some services can be outsourced to external healthcare professionals but in that case the base allowance is reduced.¹⁴¹ Indeed, priority is given to working and providing primary care services as a single entity instead of outsourcing some services.¹⁴⁰ The base allowance is also reduced for large ETTKs (a coefficient 0.75 is applied after the 20th list).¹⁴¹

In the medium and long term, the fee-for-service payments for examinations and e-consultations will be integrated into the base allowance and capitation payment. It is also planned that the financing of ETTKs will be complemented by joint contracts between the EHIF, ETTKs and specialised care providers, to value care coordination and cooperation between providers. These joint contracts will be based on bundled payments for the treatment of high-risk patients.¹⁴⁰



8 CONCLUSION

Although the selected countries have in common that they use a mix of fee-for-service and lump-sum payments to reimburse GPs/GP practices, the design characteristics of the different schemes vary substantially. Also the organisation of GP care differs in many respects between the selected countries: average patient list size, gatekeeping role of the GP, mandatory registration or not, out-of-pocket payments or not, share of different practice types, etc. Table 7 provides an overview of similarities and differences between the five countries.

Multi-professional collaboration

The share of group practices (at least two GPs working together) ranges from 26% of GPs in Estonia to all primary care practices in Portugal. Moreover, in the Netherlands, Denmark, Portugal and Estonia most GP practices are multi-professional, and consist of (at least) GPs and nurses. In France, only specific types of group practices are multi-professional. Other professionals working alongside GPs and nurses are medical assistants, medical secretaries, midwives or physiotherapists. The decision to set up a multi-professional group is in most countries voluntary.

Remuneration of GPs

All countries have a mixed remuneration system for GPs, but the share of each payment method differs. For example, the share of FFS ranges from hardly present in Portugal and to 78% in France. The share of capitation payments ranges from very low (for example, only in particular types of practice) in Portugal to 48% in Estonia. Except in Portugal where the dominant payment method is a salary, the share of FFS and capitation is in all countries above 70%. All capitation payments are risk-adjusted for age (except in Denmark where in addition to a risk-adjusted also a flat-rate capitation is paid), but the others risk-adjusters differ per country.

Except in Denmark where GPs are only paid by FFS and capitation, pay for performance makes up a limited part of total GP payments. The definition of performance is, however, very country specific.

Remuneration of multi-professional primary care groups

Whether a GP works in a multi-professional primary care group or not, has no impact on the way he/she is paid (fee-for-service, capitation, salary, etc.). The wide diversity of GP payment methods also applies to how other professionals working in a multi-professional primary care group are paid. In all countries except Denmark, multi-professional primary care groups also receive funding at the group level.



Table 7 – Overview of the main characteristics of the organisation and financing of GP care in selected countries

	the Netherlands	France	Denmark	Portugal	Estonia
Organisation of GP care					
Number of GPs per 1 000 population (headcount)	0.8	1.5	0.8	2.9	0.7
% of self-employed GPs	51%	65.5%	94%	~0%	95%
Patient out-of-pocket payments	Free	30% coinsurance rate (for registered patients) + € 1 fixed amount per contact (capped at € 50)	Free for Group 1 patients (99%)	Free	Free for insured patients (95%) except for home visits (max € 5, excluding pregnant women and children)
Average patient list size (per GP)	2 137	1 549	1 600	1 721 in USFs; 1 434 in UCSPs	1 597
Gatekeeping	Yes	Partial	Partial	Yes	Partial
Registration with GP (practice)	Not mandatory (95% is registered)	Incentivised, not mandatory (89% is registered)	Mandatory for Group 1 patients (99%)	Mandatory	Not mandatory
Registration with GP or practice	With an individual GP	With an individual physician (mostly GP)	With an individual GP or practice	With an individual GP	With an individual GP
Group practice (with other GPs)	83% of GP practices 93% of all GPs except GPs working for a short time in different practices	Estimated 26% to 42% of self-employed GPs	59% of GP practices	All primary care practices	26% of GPs
Multi-professional collaboration					
Multi-professional primary care groups (with other healthcare professionals)	Most practices are multi-professional	1 889 MSPs and 455 multi-professional health centres	Most practices are multi-professional	600 USFs and 320 UCSPs	All GPs must work with at least one family nurse



40% of self-employed GPs					
Composition of multi-professional primary care groups	Average GP practice: 5.3 FTEs (GPs, practice nurses, medical assistants, etc.)	Min 2 GPs + another health professional (incl. nurses)	2-4 GPs + 2-3 nurses + medical secretaries and other health professionals	USFs: 3-8 GPs + 3-8 nurses + medical secretaries	ETTKs: Min 3 GPs + min 3 nurses + min 1 home nurse + min 1 physiotherapist + min 1 midwife
Decision to set up a multi-professional group	Creation of multi-professional group practice is voluntary	Creation of MSP is voluntary	Creation of multi-professional group practice is voluntary	Creation of USF is voluntary	Mandatory for GPs to work with at least one family nurse Creation of ETTK is voluntary
Remuneration of GPs					
Remuneration mix	FFS: 35% Capitation: 40% Bundled payments: 15% Pay for performance and innovation: 10%	FFS: 78% Flat-rate (including capitation and P4P): 17% Others: 5%	FFS: 70% Capitation: 30%	Dominant mode of payment: salary Additional modes: FFS, P4P, capitation and lump-sum	Capitation: 48% Base allowance: 13% FFS: 23% P4P: 3% Others: 12%
Fee-for-service	Covers consultations and home visits Maximum tariffs determined by Dutch Healthcare Authority	Covers consultations, home visits and technical acts Statutory tariffs (Sector 1) or statutory tariffs + extra billing (Sector 2, <10% of GPs)	Covers consultations, examinations, home visits, minor surgeries and some others Statutory tariffs (differentiated for Group 1 and Group 2 insurance)	Covers home visits Capped	Covers diagnostic procedures, therapeutic services, and minor surgeries Capped for diagnostic and therapeutic services Statutory tariffs for contracted GP (most of them)
Capitation	Risk-adjusted (age and deprivation status)	Risk-adjusted (age and presence of chronic condition) +	Base capitation: not risk-adjusted	For patients above the minimum patient list size	Risk-adjusted (age)



	at zip-code level of the patient's address)	mark-up for social vulnerability	Differentiated capitation according to location: only for GP-deprived area, not risk-adjusted Differentiated capitation according to patients' estimated use: risk-adjusted (age, gender and morbidity)	Risk-adjusted (age)
Pay for performance	Fee per patient for adequate referral and diagnostics, prescription of medicines, service and accessibility, multi-professional care and all types of remuneration for stimulating GP care in regions with the largest population decline and for innovation	Indicators related to prevention; chronic diseases follow-up; optimisation and efficiency of prescriptions Points-based system with differentiated payment depending on the level of achievement w.r.t target	The system does not include a direct quality-related component	Bonuses for specific activities related to vulnerable and at-risk users and for provision of additional services Indicators related to children, chronic conditions and pregnancy and other activities Points-based system + for good performers increase of the FFS cap
Remuneration of multi-professional primary care groups				
Remuneration of involved GPs	Same as above	Same as above (possibility of salary)	Same as above	Same as above but higher base allowance
Remuneration of other involved professionals	Fee-for-service for practice nurses for mental healthcare Salary for others (medical assistants, practice nurses for	Nurses, midwives, etc.: mainly FFS (possibility of salary) Medical assistants: salary (partially covered by public support)	Salary	Dominant mode of payment: salary Additional modes: P4P, capitation and lump sum Family nurses: salary or allowance Home nurses, midwives and physiotherapists: salary or FFS



other types of care, etc.)				
Remuneration at the group level	Bundled payments for care groups	P4P for accessibility, intensity of teamwork and use of electronic patient records PEPS (27 projects): replaces individual (mainly FFS) payment by a collective lump-sum payment	None	P4P for accessibility, care performance, user satisfaction and efficiency Extra fund for hiring additional healthcare specialist (e.g. speech therapist, physiotherapist)

ETTK: *esmatasandi tervisekeskus (primary care centre)*; FFS: *fee-for-service*; MSP: *maisons de santé pluriprofessionnelles (multi-professional primary care groups)*; P4P: *pay for performance*; PEPS: *paiement en équipe de professionnels de santé en ville (collective lump-sum payment)*; UCSP: *Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (Personalised Health Care Units)*; USF: *Unidade de Saúde Familiar (Family Health Units)*.



9 REFERENCES

1. Vandenbroucke F. Naar een New Deal voor de Huisarts(praktijk). 17 juni 2022. Available from: <https://vandenbroucke.belgium.be/sites/default/files/articles/new%20deal%20huisartse%2017062022%20DEF%20NL.pdf>
2. European Observatory on Health Systems and Policies. Health Systems and Policy Monitor (HSPM) [Web page]. [cited November 2022]. Available from: <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor>
3. OECD. Health Systems Characteristics Survey [Web page]. 2016. Available from: <https://qdd.oecd.org/subject.aspx?Subject=hsc>
4. Flinterman L, Vis E, de Geit E, Batenburg R. Cijfers uit de registratie van huisartsen 2021. Utrecht: Nivel; 2022. Available from: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004234.pdf>
5. Capaciteitsorgaan. Recommendations 2021-2024. Advisory Committee on Medical Manpower Planning. Main report. Utrecht: December 2019. Available from: https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2020/04/2020_02_12-Capaciteitsplan-2021-2024-Hoofdrapport-DEFINITIEF-EN.pdf
6. Versteeg S, Vis E, van der Velden L, Batenburg R. De werkweek van de Nederlandse huisarts in 2018. En een vergelijking met 2013. Nivel; November 2018. Available from: https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Werkweek_van_de_nederlandse_huisarts_2018.pdf
7. Landelijke huisartsenvereniging. Werken in loondienst [Web page]. [cited November 2022]. Available from: <https://www.lhv.nl/thema/hoe-wilt-u-werken/werken-in-loondienst/#:~:text=Een%20gezondheidscentrum%20huisvest%20vaak%20meerdere,welzijnsmedewerkers%20aan%20het%20centrum%20verbonden>
8. Batenburg R, Flinterman L, Vis E, van Schaaik A, de Geit E, Kenens RJ, et al. Cijfers uit de Nivel-registratie van huisartsen en huisartsenpraktijken. Een actualisering voor de periode 2020-2022. Utrecht: Nivel; December 2022. Available from: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004340.pdf>
9. Vis E, Kenens R, Duijkers B, Batenburg R, Keuper J. Cijfers uit de registratie van huisartsen. Peiling 2018. Utrecht: Nivel; Augustus 2020. Available from: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/pdf/Cijfers-uit-de-registratie-van-huisartsen-peiling-2018.pdf>
10. de Geit E, Flinterman L, Keuper J, van Schaaik A, Vis E, Batenburg R. De arbeidsmarkt van de Nederlandse huisartsenzorg in 2020. Utrecht: Nivel; 2022. Available from: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004166.pdf>
11. van Schaaik A, Flinterman L, de Geit E, Keuper J, Vis E, Batenburg R. De praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH) in de huisartsenpraktijk: diversiteit en capaciteit, najaar 2021. Utrecht: Nivel; 2022. Available from: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004153.pdf>
12. van der Heiden W, Lacroix J, van Charante EM, Beune E. GPs' views on the implementation of combined lifestyle interventions in primary care in the Netherlands: a qualitative study. *BMJ open*. 2022;12(2):e056451.
13. Wammes J, Stadhouders N, Westert G. The Dutch Health Care System. In: Tikkanen R, Osborn R, Mossialos E, Djordjevic A, Wharton G, editors. *International Profiles of Health Care Systems: The Commonwealth Fund*; December 2020. Available from: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-12/International_Profiles_of_Health_Care_Systems_Dec2020.pdf
14. Kleijne I. Normpraktijk huisarts zakt naar 2095 [Web page]. 17 juli 2017. Available from: <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/-normpraktijk-huisarts-zakt-naar-2095.htm>
15. Nederlandse Zorgautoriteit. Circulaire Vaststelling beleid huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2018 – CI/17/29c. 20 juni 2017. Available from: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_8774_22/



16. Capaciteitsorgaan. Capaciteitsplan 2021-2024. Deelrapport 2. Huisartsgeneeskunde. Utrecht: December 2019. Available from: <https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2019/12/Capaciteitsplan-2021-2024-Deelrapport-2-Huisartsgeneeskunde.pdf>
17. Schäfer W, Groenewegen P, van den Berg M. De werkbelasting van huisartsen. Nederland in internationaal perspectief. Utrecht: Nivel; Maart 2016. Available from: https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/rapport_werkbelasting_huisartsen.pdf
18. Menkhorst R, Spijkerman C. Help! De dokter verdwijnt. De Groene Amsterdammer 9 februari 2022.
19. Vektis. 5 jaar Praktijkspiegel. Trends en verdiepingen. November 2022. Available from: https://www.vektis.nl/uploads/Huisartsenzorg/Factsheet_221123.pdf
20. Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Groenewegen P, de Jong J, van Ginneken E. The Netherlands: Health system review. 2016. Health Systems in Transition 18(2) Available from: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/314404/HIT_Netherlands.pdf
21. van Dijk C. Changing the GP payment system. Do financial incentives matter? Tilburg: Tilburg University. Available from: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Proefschrift-Christel-van-Dijk.pdf>
22. Nederlandse Zorgautoriteit. Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2022 – TB/REG-22622-04. 2022. Available from: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_694745_22/1/
23. Nederlandse Zorgautoriteit. Wegwijzer bekostiging digitale zorg 2023. Available from: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_655318_22/1/
24. Flinterman L, de Hoon S, de Bakker D, Verheij R. Scenario's voor de differentiatie van het inschrijftarief huisartsenzorg op basis van zorgzwaarte. Handvatten voor de beleidsdiscussie om de differentiatie van het inschrijftarief te wijzigen. Utrecht: Nivel; 2016. Available from: https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport_differentiatie_inschrijftarief_huisartsenzorg.pdf
25. Nederlandse Zorgautoriteit. Praktijkkostenonderzoek huisartsen 2015. 2017. Available from: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_3629_22/
26. Nederlandse Zorgautoriteit. Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2022 – BR/REG-22147c. 2022. Available from: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_694301_22/
27. Mohnen SM, Molema CC, Steenbeek W, van den Berg MJ, de Bruin SR, Baan CA, et al. Cost variation in diabetes care across Dutch care groups? Health services research. 2017;52(1):93-112.
28. Struijs J, de Jong-van Til J, Lemmens L, Drewes H, De Bruin S, Baan C. Three years of bundled payment for diabetes care in the Netherlands: impact on health care delivery process and the quality of care. 2012.
29. Llano R. Bundled payments for integrated care in the Netherlands. Eurohealth Observer. 2019;19(2).
30. InEen. Transparante ketenzorg rapportage 2019. Zorggroepen diabetes mellitus, vrm, copd en astma. Spiegel voor het verbeteren van chronische zorg. Juli 2020. Available from: <https://ineen.nl/wp-content/uploads/2020/07/200715-Benchmark-Transparante-ketenzorg-2019-web.pdf>
31. Zwaagstra Salvado E, van Elten HJ, van Raaij EM. The Linkages Between Reimbursement and Prevention: A Mixed-Methods Approach. Frontiers in public health. 2021;15:95.
32. DREES. Les dépenses de santé en 2021. Résultats des comptes de la santé. 2022.
33. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques Les Dossiers de la DREES. 2021;76.
34. Bergeat M, Vergier N, Verger P. Quatre médecins généralistes sur dix exercent dans un cabinet pluriprofessionnel en 2022. DREES; 2022. Etudes et Résultats 1244



35. Cassou M, Mousquès J, Franc C. Exercer en maison de santé pluriprofessionnelle a un effet positif sur les revenus des médecins généralistes. DREES; 2021. Etudes et Résultats 1193
36. AMELI. Le rôle du médecin traitant et le parcours de soins coordonnés [Web page]. 2022. Available from: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes>
37. Rojouan B. Rapport d'information fait au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable par la mission d'information sur les perspectives de la politique d'aménagement du territoire et de cohésion territoriale sur le volet « renforcer l'accès territorial aux soins ». 2022.
38. Durand-Zaleski I. The French Health Care System. In: Tikkanen R, Osborn R, Mossialos E, Djordjevic A, Wharton GA, editors. 2020 International Profiles of Health Care Systems: The Commonwealth Fund; 2020. Available from: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-12/International_Profiles_of_Health_Care_Systems_Dec2020.pdf
39. Chevreul K, Brigham B, Durand-Zaleski I, Hernández-Quevedo C. France: Health system review. Health systems in transition. 2015(17/3).
40. Caisse nationale de l'Assurance Maladie. Médecins généralistes (hors médecins à exercice particulier) libéraux. 2022. Fiche PS
41. Dormont B, Gayet C. L'interdiction des dépassements d'honoraires pour les bénéficiaires de la CMU-C : quelles conséquences pour les médecins et dentistes libéraux ? Economie et Statistique. 2021(524-525):31-47.
42. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Convention médicale : "Une grande avancée pour les médecins et pour les patients" (Marisol TOURAINE). 2016. Available from: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/16_25_08_-_cp_signature_convention_medicale_.pdf
43. Or Z, Safon M-O. New medical contracts will cost more than a billion euros a year [Web page]. Health Systems and Policy Monitor (HSPM);2016. Available from: <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/updates/hspm/france-2015/new-medical-contracts-will-cost-more-than-a-billion-euros-a-year>
44. Commission des comptes de la sécurité sociale. Les comptes de la sécurité sociale. Résultats 2021. Prévisions 2022. Rapport de juillet 2022.
45. Caisse nationale de l'Assurance Maladie. La rémunération sur objectifs de santé publique en 2018. Bilan à un an du nouveau dispositif. 2018.
46. AMELI. La Rosp du médecin traitant de l'adulte [Web page]. 2022. Available from: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/remuneration-objectifs/medecin-traitant-adulte>
47. Caisse nationale de l'Assurance Maladie. Guide méthodologique. Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) 2019. Médecin traitant de l'adulte. 2019.
48. Ministère de la Santé et de la Prévention. Les maisons de santé [Web page]. 2022. Available from: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>
49. Ministère de la Santé et de la Prévention. Les centres de santé [Web page]. 2022. Available from: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-centres-de-sante-211965>
50. Caisse nationale de l'Assurance Maladie. Guide méthodologique. Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) signé le 20 avril 2017 (approuvé par arrêté du 24 juillet 2017 publié au journal officiel du 5 août 2017). Structures de santé pluriprofessionnelles. 2020.
51. Mousquès J, Or Z. New payment scheme for multi-professional group practices [Web page]. Health Systems and Policy Monitor (HSPM); 2015. Available from: <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/updates/hspm/france-2015/new-payment-scheme-for-multi-professional-group-practices>



52. AMELI. La rémunération forfaitaire des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) [Web page]. 2021. Available from: <https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/exercice-professionnel/remunerations-forfaitaires-organisations-exercice-coordonne/remuneration-des-maisons-de-sante-pluriprofessionnelles>
53. Arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles, Journal Officiel de la République Française. 5 août 2017.
54. Avenant 1 à l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles, Journal Officiel de la République Française. 3 août 2022.
55. AMELI. L'aide à l'embauche d'assistants médicaux dans les cabinets libéraux [Web page]. 2021. Available from: <https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/exercice-professionnel/organisation-d-exercice-coordonne/aide-embauche-assistants-medicaux>
56. Ministère de la Santé et de la Prévention. Expérimentation d'un paiement en équipe de professionnels de santé en ville – PEPS [Web page]. 2022. Available from: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du-les-experimentations/article/experimentation-d-un-paiement-en-equipe-de-professionnels-de-sante-en-ville>
57. Arrêté du 19 juin 2019 relatif à l'expérimentation nationale d'un paiement en équipe de professionnels de santé en ville et fixant la liste des structures autorisées à participer à l'expérimentation à partir de 2019, Journal officiel de la République Française. 3 juillet 2019.
58. Arrêté du 7 janvier 2020 modifiant l'arrêté du 19 juin 2019 relatif à l'expérimentation nationale d'un paiement en équipe de professionnels de santé en ville et fixant la liste des structures autorisées à participer à l'expérimentation à partir de 2019, Journal officiel de la République Française. 12 janvier 2020.
59. Arrêté du 30 décembre 2020 modifiant l'arrêté du 19 juin 2019 relatif à l'expérimentation nationale d'un paiement en équipe de professionnels de santé en ville et fixant la liste des structures autorisées à participer à l'expérimentation à partir de 2019, Journal officiel de la République Française. 12 janvier 2021.
60. Morize N, Schlegel V. Les usages des financements expérimentaux Ipep et Peps dans cinq Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Vers une redéfinition des frontières professionnelles autour de la division du travail de soin ? Questions d'économie de la santé. 2023;275.
61. Ministère des Solidarités et de la Santé. Maisons de Santé Pluriprofessionnelles : évolution du statut des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires. 2021. Available from: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_sisa_vf.pdf
62. Ordonnance n° 2021-584 du 12 mai 2021 relative aux communautés professionnelles territoriales de santé et aux maisons de santé, Journal officiel de la République Française. 13 mai 2021.
63. Mousquès J, Bourgueil Y. L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012. 2014.
64. Mousquès J. L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes. Questions d'économie de la Santé. 2015;211.
65. Chevillard G, Mousquès J. Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins. Questions d'économie de la santé. 2020;247.
66. Chevillard G, Mousquès J. Medically underserved areas: are primary care teams efficient at attracting and retaining general practitioners? Social Science & Medicine. 2021;287:114358.
67. Cassou M, Mousquès J, Franc C. General practitioners' income and activity: the impact of multi-professional group practice in France. The European Journal of Health Economics. 2020;21:1295-315.



68. Irdes. Evaluation d'expérimentations article 51 de rémunération alternative à l'acte – Projet ERA2. 2021. Available from: <https://www.irdes.fr/recherche/projets/evaluation-d-experimentations-article-51-de-remuneration-alternative-a-l-acte.pdf>
69. Pölluste K, Lember M. Building primary care in a changing Europe: Case studies Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2015. Observatory Studies Series No. 40
70. Rotenberg DK, Stewart-Freedman B, Søgaard J, Vinker S, Lahad A, Søndergaard J. Similarities and differences between two well-performing healthcare systems: a comparison between the Israeli and the Danish healthcare systems. *Isr J Health Policy Res.* 2022;11(1):14.
71. Ministry of Health. Healthcare in Denmark – An Overview. Copenhagen: Ministry of Health; 2017. Available from: <https://www.healthcaredenmark.dk/media/ykedbhs/healthcare-dk.pdf>
72. Vrangbaek K. The Danish Health Care System. In: Tikkanen R, Osborn R, Mossialos E, Djordjevic A, Wharton GA, editors. 2020 International Profiles of Health Care Systems: The Commonwealth Fund; 2020. Available from: [https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-12/International Profiles of Health Care Systems Dec2020.pdf](https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-12/International%20Profiles%20of%20Health%20Care%20Systems%20Dec2020.pdf)
73. Schmidt M, Schmidt SAJ, Adelborg K, Sundbøll J, Laugesen K, Ehrenstein V, et al. The Danish health care system and epidemiological research: from health care contacts to database records. *Clin Epidemiol.* 2019;11:563-91.
74. Praktiserende Lægers Organisation. Honorarer og ydelser [Web page]. 2022. Available from: <https://www.laeger.dk/PLO-honorarer-og-ydelser>
75. sundhed.dk. Lægedækning i Region Hovedstaden [Web page]. Region Hovedstaden; 2020. Available from: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/hovedstaden/almen-praksis/indsatsomraader/rekruttering-laegedaekning/laegedaekning-regionh/>
76. The Local. Why many people in Denmark don't have a regular GP [Web page]. 2022 [cited 21/11/2022]. Available from: <https://www.thelocal.dk/20220613/why-many-people-in-denmark-dont-have-a-regular-gp/>
77. Nexøe J. Danish general practice under threat? *Scand J Prim Health Care.* 2019;37(4):391-2.
78. Praktiserende Lægers Organisation. Praksisformer i almen praksis [Web page]. 2017 [cited 20/11/2022]. Available from: <https://www.laeger.dk/PLO/Praksisformer-i-almen-praksis>
79. Praktiserende Lægers Organisation. PLO faktaark 2022. 2022.
80. Pedersen KM, Andersen JS, Søndergaard J. General practice and primary health care in Denmark. *J Am Board Fam Med.* 2012;25 Suppl 1:S34-8.
81. Tange LA, Bonde KM, Betina H. Primary Health Care in the Nordic Countries – Comparative Analysis and Identification of Challenges. Copenhagen: VIVE – The Danish Center for Social Science Research; 2020.
82. Pedersen AF, Norøxe KB, Vedsted P. Influence of patient multimorbidity on GP burnout: a survey and register-based study in Danish general practice. *Br J Gen Pract.* 2020;70(691):e95-e101.
83. Praktiserende Lægers Organisation. PLO faktaark 2021. 2021.
84. OECD. Health Care Resources: Physicians by categories [Web page]. Paris: OECD; 2018 [cited 14/11/2022].
85. OECD. Primary Care in Denmark. 2017.
86. Hovedstaden R. Fælles sundhedshuse i Danmark. 2020
87. Olejaz M, Juul Nielsen A, Rudkjøbing A, Okkels Birk H, Krasnik A, Hernández-Quevedo C. Denmark: Health system review. 2012. *Health Systems in Transition* 14
88. Praktiserende Lægers Organisation. Særlige forhold for lægedækningstruede områder [Web page]. 2022 [cited 21/11/2022]. Available from: <https://www.laeger.dk/saerlige-forhold-for-laegedaekningstruede-omraader>
89. Praktiserende Lægers Organisation. Overenskomst om almen praksis 2022. 2022.



90. Praktiserende Lægers Organisation. Honorartabel sikringsgruppe 2. 2022
91. Danske Regioner. Ordning vedrørende differentieret basishonorar til praktiserende læger. 2018 Available from: <https://www.regioner.dk/media/9160/ordning-vedroerende-differentieret-basishonorar.pdf>
92. Hernandez-Queverdo C. Enhancing Chronic Care Management in Denmark. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies; 2013. Quarterly of the European Observatory on Health Systems and Policies 192
93. Rudkjøbing A, Vrangbaek K, Birk HO, Andersen JS, Krasnik A. Evaluation of a policy to strengthen case management and quality of diabetes care in general practice in Denmark. Health Policy. 2015;119(8):1023-30.
94. Fonseca C, Dedeu T, Pisco L, Gouveia A. Portugal. In: Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, Saltman RB, editors. Building primary care in a changing Europe: World Health Organization. Regional Office for Europe; 2015.
95. de Almeida Simoes J, Augusto GF, Fronteira I, Hernandez-Quevedo C. Portugal: Health System Review. Health Syst Transit. 2017;19(2):1-184.
96. OECD, World Health Organization. State of Health in the EU · Portugal · Country Health Profile 2021. 2021.
97. Alves AM, Biscaia A, Campos ACd, Pereira A, Moreno B, Figueiredo C, et al. 7x7 Medidas para os Cuidados de Saúde Primários. Uma Equipa de Saúde Familiar para Todos. Associação Nacional das Unidades de Saúde Familiar (USF-AN); 2022.
98. Biscaia AR, Heleno LCV. Primary Health Care Reform in Portugal: Portuguese, modern and innovative. Ciência & Saúde Coletiva. 2017;22(3):701-11.
99. Rocha JVM, Telles JL, Heleno B, Rocha TAH, da Silva NC, Barbosa P, et al. Primary health care reforms in Brazil and Portugal. Public Policy Portuguese Journal. 2020;5(1):40-56.
100. Bastião R, Pereira NdS. Performance in the delivery of primary health care services: a longitudinal analysis. cef.up working paper. 2022;2022-02.
101. OECD. Health Care Resources: Physicians by categories [Web page]. Paris: OECD; 2021 [cited 14/11/2022].
102. Decreto-Lei n.º 177/2009 Estabelece o regime da carreira especial médica, bem como os respectivos requisitos de habilitação profissional, Diário da República. 4 agosto 2009.
103. Decreto-Lei n.º 247/2009 Regime da carreira de enfermagem nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde, bem como os respectivos requisitos de habilitação profissional e percurso de progressão profissional e de diferenciação técnico-científica, Diário da República. 22 setembro 2009.
104. Decreto-Lei n.º 437/91, Diário da República. 8 novembro 1991.
105. Ministério da Saúde. Relatório Anual de Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas em 2020. Lisboa: 2021.
106. Lourenço A. Primary care P4P in Portugal. Country Background Note: Portugal. OECD; 2016. Better Ways to Pay for Health Care
107. Decreto-Lei n.º 298/2007: Regime Jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF), Diário da República. 22 agosto 2007.
108. Tribunal de Contas. Auditoria ao desempenho das unidades funcionais de Cuidados de Saúde Primários. 2014. Relatório n.º 17/2014 - 2ª Secção Available from: <https://www.tcontas.pt/pt-pt/ProdutosTC/Relatorios/RelatoriosAuditoria/Documents/2014/rel017-2014-2s.pdf>
109. Perelman J, Miraldo M, Russo G. The use of pay-for-performance in primary care: the UK experience, the lessons for Portugal (and the UK). Public Policy Portuguese Journal. 2020;5(1):57-75.
110. Maier CB, Kroezen M, Busse R, Wismar M. Skill-mix Innovation, Effectiveness and Implementation: Improving Primary and Chronic Care. Cambridge University Press; 2021.



111. Almeida A, Vales J. The impact of primary health care reform on hospital emergency department overcrowding: Evidence from the Portuguese reform. *The International Journal of Health Planning and Management*. 2020;35(1):368-77.
112. Fialho AS, Oliveira MD, Sá AB. Using discrete event simulation to compare the performance of family health unit and primary health care centre organizational models in Portugal. *BMC health services research*. 2011;11(1):1-11.
113. Bastião RMR. Performance assessment, organizational structure and spatial interdependence in primary health care. 2020.
114. Miguel LS. Cuidados de saúde primários em Portugal: Universidade de Lisboa (Portugal); 2013.
115. Entidade Reguladora da Saúde. Estudo sobre as Unidades de Saúde Familiar e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. 2016. Available from: [https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1792/ERS - Estudo USF e UCSP - final.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1792/ERS_-_Estudo_USF_e_UCSP_-_final.pdf)
116. da Luz Pereira A, Ramalho A, Viana J, Hespanhol AP, Freitas A, Biscaia A. The effect of commissioning on Portuguese Primary Health Care units' performance: A four-year national analysis. *Health Policy*. 2021;125(6):709-16.
117. Perelman J, Lourenço A. Effectiveness of pay-for-performance in primary care: the Portuguese experience. *The European Journal of Public Health*. 2015;25(suppl_3):ckv170. 02.
118. Tribunal de Contas. Auditoria de Seguimento de Recomendações Formuladas no Relatório de Auditoria ao Desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários 2016. Relatório nº 11/2016 – 2ª S. Available from: <https://www.tcontas.pt/pt-pt/ProdutosTC/Relatorios/RelatoriosAuditoria/Documents/2016/rel011-2016-2s.pdf>
119. Habicht T, Reinap M, Kasekamp K, Sikkut R, Aaben L, van Ginneken E. Estonia: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2018;20(1):1-193.
120. World Bank Group. The State of Health Care Integration in Estonia. EHIF, World Bank; 2015.
121. Health Services Organisation Act, Riigi Teataja. 9 May 2001.
122. OECD. Health at a Glance 2021. 2021.
123. Andmebaas. THT009: Healthcare workers of family medical care facilities, filled positions and overtime by profession and county [Web page]. 2021 [cited 22/11/2022]. Available from: https://statistika.tai.ee/pxweb/en/Andmebaas/Andmebaas_04THressursid_05Tootajad/THT001.px/
124. Andmebaas. THT001: Employed health care personnel by occupation and full-time equivalent employment [Web page]. 2021 [cited 21/11/2022]. Available from: https://statistika.tai.ee/pxweb/en/Andmebaas/Andmebaas_04THressursid_05Tootajad/THT001.px/
125. European Commission. Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems and Fiscal Sustainability. Luxembourg: European Commission; 2016. 2
126. Eesti Haigekassa. 2021 aasta majandusaasta aruanne. Eesti Haigekassa; 2021.
127. Sotsiaalministeerium. Riigikogu võttis vastu seadusemuudatused perearstiabi kättesaadavuse parandamiseks [Web page]. 2022 [cited January 2023]. Available from: <https://www.sm.ee/uudised/riigikogu-vottis-vastu-seadusemuudatused-perearstiabi-kattesaadavuse-parandamiseks>
128. Kasekamp K, Habicht T, Kalda R. The milestones of reforming primary health care in Estonia. 2022. The Lancet Global Health Commission on Financing Primary Health Care Working Paper No. 3.
129. Estonian Health Insurance Fund. Estonian Health Insurance Fund Annual Report of financial year 2011. Estonian Health Insurance Fund; 2011.
130. Eesti Haigekassa. Esmatasandi tervisekeskused [Web page]. [cited January 2023]. Available from: <https://www.haigekassa.ee/partnerile/raviasutusele/perearstile/esmatasandi-tervisekeskused>



131. Valitsus V. Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu. 2022 Available from: <https://www.riigiteataja.ee/akt/102042022001>
132. Merilind E, Salupere R, Västra K, Kalda R. Pay for performance of Estonian family doctors and impact of different practice- and patient-related characteristics on a good outcome: A quantitative assessment. *Medicina*. 2016;52(3):192-8.
133. WHO. Pay-for-performance in Estonia: A transformative policy instrument to scale up prevention and management of noncommunicable diseases. 2016. WHO
134. Lai T, Johansen NM, Breda J, Reinap M, Dorner T, Mantingh F, et al. Better noncommunicable disease outcomes: challenges and opportunities for health systems. WHO Regional Office for Europe; 2015.
135. Merilind E, Västra K, Salupere R, Kolde A, Kalda R. The impact of pay-for-performance on the workload of family practices in Estonia. *Qual Prim Care*. 2014;22(2):109-14.
136. Estonian Health Insurance Fund. Estonian Health Insurance Fund Annual Report of financial year 2020. Estonian Health Insurance Fund; 2020.
137. World Bank. Revising Estonia's Quality Bonus Scheme in Primary Care. 2018.
138. World Bank Group. Improving Incentives for Fairness in QBS: A "need-adjusted" approach to coverage. World Bank Group; 2020.
139. Eesti Haigekassa. Tervisekeskused [Web page]. [cited 23/11/2022]. Available from: <https://www.haigekassa.ee/inimesele/arsti-ja-oendusabi/perearstiabi/tervisekeskused>
140. Eesti Haigekassa. Esmatasandi teenuste arendamine [Web page]. 2022 [cited 21/11/2022]. Available from: <https://www.haigekassa.ee/haigekassa/strateegiad-ja-arengusuunad-0/esmatasandi-teenuste-arendamine>
141. Eesti Haigekassa. Eesti Haigekassa seisukohad esmatasandi teenuste (e üldarstiabi) rahastamisel. Eesti Haigekassa; 2017.



COLOPHON

Title:	General practitioner remuneration: overview of selected countries with a mixed system of fee-for-service and lump-sum payments
Authors:	Mélanie Lefèvre (KCE), Muriel Levy (KCE), Carine Van de Voorde (KCE)
Acknowledgements:	Astrid Ganzhorn Eriksen (Berlin Hub of the European Observatory on Health Systems and Policies and TU Berlin; Germany), Signe Smith Jervelund (Department of Public Health, University of Copenhagen; Denmark)
Reviewers:	Hans Okkels Birk (Department of Public Health, University of Copenhagen; Denmark), Peter Groenewegen (Nivel; the Netherlands), Kaija Kasekamp (University of Tartu; Estonia), Alexandre Lourenço (NOVA National School of Public Health; Portugal), Julien Mousquès (Irdes; France)
Disclaimer:	This document presents an overview of the organisation and remuneration system of general practitioners (GPs) in five countries. The report was written in a short period of time in response to a request from the Belgian Reflection Group for a New Deal for GPs. Hence, the standard procedures of KCE involving the consultation of experts and a scientific validation could not be followed. This report was limited to addressing a specific technical question, and contains no recommendations.