

Rapport final du groupe de réflexion « Vers un New Deal pour le (cabinet de) médecin généraliste »

Mars 2023

Auteurs (en ordre alphabétique) : Jean Luc Belche, Pieter Geentjens, Ann Van den Bruel

Sommaire

1	Résumé.....	4
1.1	Quoi ?	4
1.2	Pourquoi ?	4
1.3	Comment ?	4
1.4	Proposition	4
1.5	Effets attendus.....	5
1.6	Étapes suivantes	5
2	Processus du groupe de réflexion « Vers un New Deal pour le (cabinet du) médecin généraliste » 6	
2.1	Communiqué de presse du ministre Vandembroucke.....	6
2.2	Le groupe de réflexion.....	6
2.2.1	Missions.....	6
2.2.2	Composition du groupe de réflexion	7
2.3	Avis du terrain	8
2.3.1	Groupes de discussion	8
2.3.2	Enquête quantitative	9
2.4	Calendrier et méthode de travail du groupe de réflexion	10
3	Résultats.....	12
3.1	Question 1 : paquet d'activités de la pratique de MG	12
3.1.1	Méthode spécifique.....	12
3.1.2	Conclusions question 1	12
3.2	Question 2 : relation avec le patient au sein de la pratique de MG.....	14
3.2.1	Méthode spécifique.....	14
3.2.2	Conclusions question 2	14
3.3	Question 3 : professionnels de soutien au sein de la pratique de MG	16
3.3.1	Méthodes spécifiques.....	16
3.3.2	Résultat des Groupes de discussion.....	16
3.3.3	Conclusions Groupe de réflexion question 3	20
3.4	Question 4 : modèle de financement de la pratique de MG.....	23
3.4.1	Analyse KCE	24
3.4.2	Résultats des groupes de discussion.....	26
3.4.3	Résultats de l'enquête quantitative	31
3.4.4	Conclusions Groupe de réflexion question 4	34

4	Proposition d'un nouveau modèle de financement	38
4.1	Généralités	38
4.2	Définition d'une pratique de MG dans le cadre du New Deal	38
4.3	Exigences de base	38
4.4	Financement à la capitation	38
4.5	Financement à la prestation	39
4.6	Financement par primes.....	40
4.7	Effets attendus	42
4.8	Sujets connexes et recommandations.....	44
4.8.1	Veillez à ce qu'il y ait suffisamment de médecins généralistes.....	44
4.8.2	Formation de l'assistant de pratique et de l'infirmier dans la pratique de MG	44
4.8.3	Recommandations pour le service de garde.....	45
4.8.4	Recommandations concernant le dossier santé électronique partagé.....	45
4.8.5	Recommandations concernant l'éducation du patient et le tri	46
4.8.6	Recommandations aux pouvoirs locaux et régionaux	46
5	Prochaines étapes	47
5.1	Fonctionnement opérationnel.....	47
5.2	Points de discussion ouverts.....	48
5.2.1	Ticket modérateur	48
5.2.2	Conventionnement.....	48
5.2.3	Financement à la pratique	48
5.2.4	Consultations à distance	48
5.3	Implémentation	49
5.4	Évaluation.....	49
5.5	Soutien à l'information, accompagnement de la transition, évaluation.....	50
6	Remerciements	51
	Annexe 1 – Composition groupe de réflexion	52

Annexes

1. Composition du groupe de réflexion
2. Résultats de l'enquête
3. Rapport KCE

1 Résumé

1.1 Quoi ?

Élaborer un modèle d'organisation et de financement renouvelé pour la médecine générale qui réponde aux objectifs du Quintuple Aim. Ce nouveau modèle coexistera avec le système actuel. Les médecins généralistes pourront adhérer volontairement à ce nouveau système.

1.2 Pourquoi ?

En raison du vieillissement de la population, la demande en soins devient plus importante et plus complexe. Les médecins généralistes se sentent surchargés et/ou n'acceptent plus de nouveaux patients, laissant des patients sans médecin généraliste dans certains endroits. Le système de paiement à l'acte ne rémunère pas suffisamment le travail en dehors des contacts avec les patients et ne permet guère au cabinet de médecine générale de se diversifier. Les nouvelles générations souhaitent un nouvel équilibre vie professionnelle et vie privée

1.3 Comment ?

Un groupe de réflexion est composé par les syndicats de médecins, les mutualités, les centres académiques de médecine générale, les associations scientifiques et leurs sections de jeunes, les cercles de médecins généralistes, représentants de médecins généralistes en formation, KCE, SPF Santé Publique et l'INAMI. Les discussions se sont tenues toutes les deux semaines autour des quatre thèmes suivants :

- Paquet de soins proposés par le cabinet de médecine générale
- Relation avec le patient
- Profils dans l'équipe du cabinet de médecine générale
- Modèle d'organisation et de financement

Groupes focus dans 11 groupes GLEM répartis dans toute la Belgique (2 séances par GLEM)

Enquête en ligne ciblée sur tous les médecins généralistes du pays, complétée par 2.453 répondants.

Rapport du KCE avec description de 5 autres pays européens disposant d'un modèle de financement mixte pour la médecine générale.

1.4 Proposition

Le modèle d'organisation et de financement New Deal fait référence à la **pratique de médecine générale**, définie comme une pratique exploitée par **un ou plusieurs médecins généralistes, qui sont tous accrédités**, travaillant sous le même toit ou structurés en réseau, avec une base de patients commune, et utilisant des outils d'intégration tels que des dossiers patients partagés, des concertations sur les soins et des réunions de coordination. Une pratique de médecine générale adhère à la convention 'New Deal' comme une seule organisation.

Le système de financement du New Deal est un **modèle mixte à trois niveaux** dans lequel les médecins généralistes sont rémunérés à la capitation pour chaque patient ayant une relation de traitement fixe (analogue au Dossier Médical Global-DMG), à la prestation (consultations, visites et actes techniques) et par le financement de primes.

Dans une pratique de Médecine Générale New Deal, le montant de la capitation par patient ayant une relation de traitement fixe sera nettement plus élevé que le montant du DMG dans le financement actuel par prestation ; les montants des honoraires de consultation et de visite seront plus faibles, de sorte que ces deux composantes représentent, en moyenne, une **part aussi importante** du revenu du

médecin généraliste. Le montant de capitation par patient est **modulé suivant la gravité des soins** avec des paramètres qui peuvent être définis automatiquement. Les consultations avec des patients sans relation de traitement fixe (vacanciers, étudiants, coparentalité, 2ème avis, etc.) sont soumises aux tarifs de la convention, appelé le « **tarif-passant** ».

La prime de financement est constituée de différentes parties : soutien, qualité, disponibilité et collaboration. Pour les parties **soutien, qualité et disponibilité**, les systèmes actuels qui s'appliquent également aux systèmes de financement existants (prime de pratique intégrée, honoraires de disponibilité, trajets de soins, etc.) sont maintenus. En ce qui concerne le volet soutien, un système de soutien accru à la pratique est en cours d'élaboration au sein de la Commission nationale médico-mutualiste (CNMM), qui s'appliquera à toutes les pratiques de médecine générale.

La **prime de collaboration** crée une rémunération pour la **gestion de la pratique** en fonction du nombre de dispensateurs de soins au sein de la pratique et du nombre de patients ayant une relation de traitement fixe. La prime de collaboration comprend aussi une prime optionnelle pour un **praticien de l'art infirmier dans la pratique de médecine générale** en fonction du nombre de patients fixes de la pratique. La prime pour l'infirmier de pratique est soumise à des conditions, entre autres la taille de la pratique (au moins 1.000 DMG), l'utilisation d'instruments d'intégration et la mise en place de programmes de prévention et des soins proactifs. Ces deux primes sont réservées aux pratiques New Deal qui répondraient à ces critères et souhaiteraient s'engager dans ces voies de collaboration.

Le nouveau modèle de financement est neutre sur le plan budgétaire pour la pratique moyenne. Un financement additionnel est nécessaire pour les infirmiers de pratique et la gestion de la pratique.

1.5 Effets attendus

Prévoir un financement de capitation pondéré, analogue au DMG mais avec des montants plus élevés :

- Reconnaissance et rémunération du travail en dehors des contacts directs avec les patients
- Plus d'autonomie dans l'affectation des moyens (diversité du paysage de la pratique MG)
- Permet la délégation de tâches, entre médecins et/ou autre professionnels de soins
- Rémunération suivant la gravité et la complexité
- La rémunération du travail est maintenue mais l'incitation à privilégier la quantité à la qualité diminue
- La valorisation des actes techniques est maintenue par le maintien des tarifs actuels

Financements par primes pour les pratiques :

- Amélioration de la qualité sur le plan de la prévention et des soins proactifs grâce à la délégation de tâches
- Augmentation de l'accessibilité du médecin généraliste pour des nouveaux patients
- Augmentation de la satisfaction grâce à la délégation de tâches pour les protocoles de soins
- Baisse du nombre de consultations MG par patient grâce à la délégation de tâches
- La prime de gestion de pratique libère du temps pour développer des processus de pratique et des directives menant à une amélioration de la qualité.

1.6 Étapes suivantes

L'élaboration technique de la proposition suivra dans un trajet annexe au sein de la CNMM. Le groupe de réflexion souhaite que le modèle d'organisation et de financement soit évalué pendant la phase de démarrage et éventuellement adapté si nécessaire. Une institution de recherche scientifique pourrait s'en charger. Une élaboration plus poussée devrait déjà définir les indicateurs à évaluer et examiner comment collecter ces données.

2 Processus du groupe de réflexion « Vers un New Deal pour le (cabinet du) médecin généraliste »

2.1 Communiqué de presse du ministre Vandenbroucke

Le 17 juin 2022, le ministre Vandenbroucke a présenté une note de vision¹ dans laquelle le contexte général et les défis pour les pratiques de médecine générale sont reflétés : il y a une pénurie de généralistes dans de nombreuses régions, les besoins en soins sont plus importants en raison du vieillissement de la population et de l'augmentation des maladies chroniques, les jeunes généralistes souhaitent travailler moins que les générations précédentes, il y a beaucoup de formalités administratives inutiles, trop peu de soutien au sein de la pratique MG, les généralistes n'arrivent pas à faire de prévention dans le cadre de leurs tâches, etc.

Cinq piliers ont été présentés pour soutenir le (cabinet du) médecin généraliste :

- 1) Veiller à un nombre suffisant et à une bonne répartition des (cabinets de) médecins généralistes.
- 2) Réduire les formalités administratives inutiles.
- 3) Améliorer l'accessibilité pour les patients.
- 4) Investir dans un bon modèle organisationnel qui permet au (cabinet de) médecin généraliste de prendre en charge davantage de personnes. Une organisation avec délégation de tâches et soutien ; y compris pour les soins non planifiables en dehors des heures de travail classiques.
- 5) Élaborer un modèle de financement équilibré permettant de mieux prendre en compte la disponibilité, la coopération intradisciplinaire et interdisciplinaire, la continuité des soins, la qualité, la prévention et l'autonomisation.

Pour réaliser les deux derniers piliers et développer un nouveau modèle durable d'organisation et de financement pour le cabinet de médecine générale d'aujourd'hui, le ministre Vandenbroucke a donné une mission à un groupe de réflexion placé sous la direction des professeurs Ann Van den Bruel et Jean-Luc Belche.

2.2 Le groupe de réflexion

2.2.1 Missions

Le groupe de réflexion a été interrogé sur les questions suivantes :

- a) Qu'attend-on d'une pratique de première ligne ? Quel paquet de soins un (cabinet de) médecin généraliste doit-il offrir sur la base d'une responsabilité définie pour des soins de médecine générale fondés sur des données probantes ?
- b) À cet effet, quels profils doivent être présents au sein de ce cabinet, en ce compris les profils de soutien ?
- c) Comment faut-il développer la relation avec le patient ?
- d) Quel modèle de financement alternatif et mixte faut-il mettre en place sur cette base ? Comment faire en sorte que ce modèle de financement assure un bon équilibre entre liberté (pour que le MG puisse par exemple faire appel à du personnel de soutien aux soins) et responsabilité du paquet de soins ? Comment faire en sorte que ce modèle de financement renforce à la fois le niveau micro et le niveau méso (niveau locorégional, gestion de population, etc.) ?

¹ <https://vandenbroucke.belgium.be/fr/vers-un-new-deal-pour-le-cabinet-de-medecin-generaliste>

Sur la base de la réflexion sur ces questions, il a été demandé d'élaborer les grandes lignes d'un nouveau modèle de financement équilibré et durable qui réponde aux besoins identifiés et aux principes du Quintuple Aim : la qualité des soins, la santé de la population, l'efficacité en termes de coût, l'équité et l'accessibilité des soins, et le bien-être des professionnels de la santé.

Le nouveau système de financement doit :

- a) être suffisamment stimulant ;
- b) préserver l'accessibilité pour les patients et l'améliorer si nécessaire, en accordant une attention particulière aux patients vulnérables ;
- c) mettre l'accent sur la continuité des soins et la disponibilité ;
- d) rémunérer correctement les médecins généralistes pour les tâches effectuées pendant et en dehors des consultations ;
- e) permettre la délégation de tâches ;
- f) fournir des incitants appropriés, notamment en matière de prévention, de gestion de la population, de coopération multidisciplinaire, de qualité, de disponibilité, etc. ;
- g) éviter à la fois la surconsommation et la sous-consommation ;
- h) et viser une simplicité administrative maximale.

Ce nouveau modèle coexistera avec les systèmes actuels : un financement principalement sur la base des prestations et un financement principalement via des rémunérations fixes. Les médecins généralistes pourront adhérer volontairement à ce nouveau système.

Outre la mission du groupe de réflexion, la note de vision susmentionnée contient d'autres points d'action tels que la réduction de la surcharge administrative (notamment par la réduction et la simplification des attestations du chapitre IV, le développement de Mult-eMediatt et la poursuite de la numérisation des prescriptions, des attestations, des dossiers patients et de la facturation) et l'amélioration de l'accessibilité des soins (évaluation du tiers payant généralisé, absence de ticket modérateur pour les enfants et les jeunes jusqu'à 25 ans avec un DMG). Ces points d'action ont été intégrés au sein d'autres groupes de travail.

2.2.2 Composition du groupe de réflexion

Le groupe de réflexion a été composé avec la représentation suivante :

- 2 médecins généralistes de chaque syndicat des médecins
- 1 représentant par centre académique de médecine générale
- 4 représentants des associations professionnelles scientifiques et leurs sections de jeunes
- 1 représentant par organisme assureur
- 2 représentants du KCE
- 2 représentant des médecins généralistes en formation
- 3 représentants des cercles de médecins généralistes (associations coupoles Flandre, Bruxelles et Wallonie)
- 1 représentant du SPF Santé publique
- Équipe de projet de l'INAMI

Lors de la désignation de ces représentants, il a été demandé de déléguer autant que possible des médecins généralistes actifs et d'accorder une attention suffisante à la délégation de jeunes médecins et/ou de femmes médecins généralistes. Chaque représentant a par ailleurs pu désigner un suppléant. Le groupe compte au total 64 membres.

La composition globale est disponible à l'annexe 1.

2.3 Avis du terrain

Afin de pouvoir bénéficier d'une approche la plus complète possible, au plus près de la réalité du quotidien des médecins généralistes de terrain, des enquêtes de terrain sont venues compléter les travaux du groupe de réflexion. Deux modalités différentes ont été mises en œuvre, avec des objectifs spécifiques et des temporalités différentes :

1. Groupes de discussion à partir de GLEM de médecins généralistes afin d'explorer plus en profondeur les thématiques de profils professionnels de soutien et les modalités de financement, de manière synchrone au groupe de réflexion, d'octobre à décembre.
2. Enquête quantitative, ouverte à tous les médecins généralistes belges, portant sur des propositions concrètes d'organisation et de financement issues du groupe de réflexion, de janvier à février 2023.

2.3.1 Groupes de discussion

La méthode d'investigation complète a été décrite dans un protocole qui a été soumis au comité d'éthique hospitalo-facultaire de l'Université de Liège ; ce dernier a marqué son accord en date du 26 septembre 2022 (ref 2022/244).

2.3.1.1 Sélection du panel de groupes

L'approche méthodologique de focus group demande d'obtenir un échantillon représentatif de la diversité de la médecine générale concernant les questions posées.

Afin de pouvoir directement travailler avec des groupes constitués avec une dynamique de groupe déjà existante, il a été décidé de travailler avec des GLEMS/LOK volontaires et de réaliser les 2 vagues successives de focus group avec les mêmes groupes.

Afin de sélectionner des groupes représentatifs de la diversité de la médecine générale belge, les critères de sélection portaient sur le mode de pratique des participants (soliste, pratique de groupe en réseau ou sous le même toit, pratique pluridisciplinaire à l'acte ou forfait), leur âge (proportion minimale de MG <40 ans) et le lieu d'implantation du groupe (urbain/rural, région flamande/bruxelloise/wallonne).

Un appel à candidature a été lancé par le biais d'une publication sur le site de l'INAMI, relayée par les organisations participantes au groupe de réflexion en septembre 2022, avec communication d'un formulaire de participation incluant la description (selon les critères précités) des participants du GLEM/LOK et leur engagement à participer aux 2 vagues successives de focus groups. La participation aux séances a été reconnue par le CNPQ/NRKP comme activités de GLEM/LOK rentrant en compte pour l'accréditation.

61 candidatures ont été reçues. La sélection s'est déroulée à l'aveugle sur base uniquement des critères pré-définis et 11 groupes ont été sélectionnés (voir tableau ci-dessous). Les profils des participants pour chacune des deux thématiques sera précisée dans les sections correspondantes.

	Groupes néerlandophones	Groupes francophones
Localisation géographique (province)	Brussels, Oost-Vlaanderen, West-Vlaanderen, Limburg, Antwerpen, Vlaams Brabant	Bruxelles, Liège, Hainaut, Brabant Wallon, Luxembourg

2.3.1.2 Animation et analyse

Un même guide d'entretien a été utilisé pour chaque thématique et chaque groupe de discussion étaient animé par 2 chercheurs universitaires, dans la langue de discussion du groupe (néerlandais ou français).

Les discussions ont été enregistrées et retranscrites avec anonymisation par l'investigateur. Les fichiers audios seront détruits après la retranscription complète

Une analyse thématique du contenu par approche déductive a été réalisée après récolte des données et un rapport d'analyse intermédiaire a été transmis au groupe de réflexion au terme de chaque vague thématique de focus group.

Thématiques	Focus group	Rapport intermédiaire au groupe de réflexion
Professionnels de soutien	17/10 au 10/11/2022	10/11/2022
Modalités organisationnelles et financières	15/11 au 21/12/2022	16/12/2022

2.3.2 Enquête quantitative

Avec cette enquête, nous avons voulu connaître l'opinion des médecins généralistes en Belgique sur l'organisation actuelle et future de leur propre cabinet. L'enquête s'est déroulée en ligne, en français et en néerlandais.

L'autorisation a été accordée par le comité d'éthique de la KU Leuven (numéro de référence G-2022-6054-R2(MIN)) le 5 janvier 2023. L'enquête a été lancée le 6 janvier 2023 par des annonces sur les médias sociaux, le site web de l'INAMI, le Journal du Médecin/Artsenkrant, le site web Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde Leuven et par la diffusion de l'annonce par les membres du groupe de réflexion.

Afin de s'assurer que le questionnaire ne soit rempli que par des médecins généralistes, le numéro INAMI a d'abord été demandé. Ce numéro a été séparé de l'ensemble des données pour les analyses en vue d'un traitement anonyme des données.

Le contenu du questionnaire comprenait plusieurs éléments :

- Données démographiques : âge et sexe.
- Type de pratique : solo, réseau, groupe, pluridisciplinaire avec financement des prestations, pluridisciplinaire avec financement forfaitaire, taille de la pratique, primes reçues.
- Composition actuelle de la prime de pratique : médecins, collaborateurs d'accueil, infirmiers, etc. En tant qu'employés, dans le cabinet mais pas en tant qu'employés, collaboration en dehors du cabinet
- Composition future du cabinet, nombre de personnes et équivalents temps plein.
- Barrières pour le recrutement des collaborateurs d'accueil et des infirmiers.
- Temps passé en dehors du contact individuel avec les patients.
- Satisfaction sur la forme de financement actuelle et raisons ; satisfaction en rapport avec le métier de généraliste.
- Volonté de passer à une autre forme de financement, volonté de passer à une nouvelle forme de financement et raison de cette volonté.
- Discrete choice experiments : 6 scénarios où l'on compare deux cabinets. Le cabinet A est toujours le même et représente le statu quo. Le cabinet B varie sur 1 ou plusieurs paramètres.

Paramètres	Valeurs
Durée de la consultation	10, 15 ou 20 minutes
Nombre total d'heures de travail par semaine	-5 heures, pas de changement
Revenu annuel personnel	-10 %, aucun changement, +10 %
Délégation de tâches à un infirmier de pratique	Oui/Non
Collaboration avec d'autres dispensateurs de soins, comme un psychologue ou un assistant social	Oui/Non
Nombre de patients dans la pratique	-10 %, aucun changement, +10 %

Une analyse intermédiaire a eu lieu le 19 janvier 2023 pour présenter des chiffres provisoires au groupe de réflexion. L'enquête a été finalement clôturée le 5 février 2023.

2.4 Calendrier et méthode de travail du groupe de réflexion

Le groupe de travail a été composé pendant les mois de juillet et août 2022. Le trajet a débuté le 2 septembre 2022, après quoi le groupe de réflexion s'est réuni tous les 15 jours.

Le travail s'est articulé autour de 4 thèmes :

Qu'attend-on d'un cabinet de médecine générale ? Quelle **offre de soins** un cabinet de médecine générale doit-il proposer ?

Comment faut-il développer la **relation avec le patient** ?

À cet effet, quels **profils** doivent être présents au sein de ce cabinet, en ce compris les profils de soutien ?

Quel **modèle de financement alternatif et mixte** faut-il mettre en place sur cette base ? Comment faire en sorte que ce modèle de financement assure un bon équilibre entre liberté et responsabilité pour l'offre de soins ?

Pour chaque thème, on a examiné la littérature scientifique, et on a recueilli des recommandations et des exemples internationaux. Les résultats ont été présentés aux membres du groupe de réflexion. Les membres ont ensuite été invités à réfléchir aux différentes questions qui se posent au sein de leur organisation et à donner leur avis par écrit au moyen d'un modèle de document spécifique.

Pour chaque thème, une note de discussion a été élaborée sur la base des réponses obtenues, répertoriant les sujets sur lesquels les participants étaient largement d'accord (convergences) et ceux dont les avis étaient plus partagés (divergences). Ce document a été discuté lors de la réunion du groupe de réflexion afin de rechercher une convergence maximale par thème.

Il y a eu un rapportage intermédiaire des groupes focus vers le groupe de réflexion qui ont traité les thèmes 1 et 3.

Pour le 4^e thème, on a utilisé une méthode spécifique. Sur la base de la convergence maximale des différents thèmes, des idées recueillies auprès des groupes focus et d'une analyse des modèles organisationnel et de financement mixte dans d'autres pays européens (préparée par le KCE), les grandes lignes d'une nouvelle proposition de financement ont été élaborées et discutées. Le 16 décembre 2022, une première proposition de nouveau modèle d'organisation et de financement de la médecine générale a été présentée au groupe de réflexion sur la base de toutes les informations disponibles.

Sur la base de cette première proposition, un exercice Delphi a été retenu : 39 déclarations ont été formulées sur le concept général de la proposition, le DMG, les prestations, les primes de pratique et le processus de transition. Chacune des organisations représentées dans le groupe de réflexion a été invitée à prendre position pour chaque affirmation, allant de pas du tout d'accord, pas d'accord, plutôt pas d'accord, plutôt d'accord, d'accord et tout à fait d'accord, sans opinion. Il était également possible de faire des commentaires supplémentaires par affirmation.

Sur la base des réponses à ces déclarations, la proposition initiale a été affinée, puis présentée au groupe de réflexion lors de la réunion de clôture du 20 janvier 2023 avec les résultats de l'exercice Delphi.

3 Résultats

3.1 Question 1 : paquet d'activités de la pratique de MG

Le groupe de réflexion a répondu aux questions suivantes : Qu'attend-t-on d'un cabinet de première ligne? Quel paquet de soins un (cabinet de) médecin généraliste doit-il offrir sur la base d'une responsabilité définie pour des soins de médecine générale fondés sur des données probantes ?

3.1.1 Méthode spécifique

Le cadre de réflexion du paquet de soins en médecine générale a été présenté au groupe de réflexion, en détaillant la situation actuelle en Belgique et des exemples internationaux de définition de ce paquet d'activités (Pays-Bas, Canada).

Un questionnaire spécifique a été ensuite soumis aux participants afin de récolter leur perception du contenu de ce paquet d'activités. Un résumé des réponses a ensuite été discuté en séance plénière.

3.1.2 Conclusions question 1

« Faire plus, mais différemment, avec du soutien d'autres professionnels et des moyens adaptés. »

Dans sa majorité, les participants du groupe de réflexion envisagent un **paquet de soins ambitieux intégrant les aspects sociaux, psychologiques, avec une attention spécifique concernant l'accessibilité du service et assumant des changements de paradigmes de soins** (centré patient et proactivité notamment)

- La pratique de MG est un **premier point de contact pour (tous) les problèmes et questions en santé, sans sélection de genre, âge ou problématique de santé**
- L'**activité d'orientation (triage)** se compose de plusieurs étapes qui peuvent être réalisées par plusieurs collaborateurs du pratique : l'accueil du patient par téléphone ou physiquement, la prise de rendez-vous, la consultation initiale avec le médecin généraliste ou un autre professionnel de santé. Chaque personne impliquée dans ce triage doit recevoir la formation et le soutien appropriés afin que ce triage soit effectué de manière aussi sûre et efficace que possible.
- Sur le plan des demandes directement adressées à un MG, le regroupement de plusieurs MG permet de couvrir **un large champ diagnostique, avec des compétences de bases pour tout MG et des intérêts spécifiques pour certains MG au sein de la pratique** dans certains domaines de base (incluant par exemple, la dermatologie, la pédiatrie, la gynécologie).
- L'offre de base en **actes médico-techniques** d'une pratique de MG comprend des procédures diagnostiques, thérapeutiques, de prévention individuelle, de suivi des maladies chroniques/multimorbidité, soins palliatifs. Elle répond aux besoins de la population locale, repose sur un niveau de compétence minimale parmi les professionnels de la pratique de MG et suit les recommandations scientifiques.
- Il est attendu une **proactivité** des acteurs de santé vis-à-vis du patient et de la patientèle de la pratique de MG, c-à-d ne pas uniquement rentrer en contact avec la personne à sa demande, lors de contacts directs, mais de manière pro-active pour des activités de soins (ex : prévention, monitoring). Cela est utile dans l'accompagnement de malades chroniques et des situations palliatives, pour les activités de prévention.
- Il est nécessaire d'organiser (et de valoriser financièrement) la **continuité des soins et la permanence des services** au niveau de la pratique de MG, tout en respectant l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée.

- Si on reconnaît au **MG un rôle clef dans la coordination** des soins autour du patient, la **fonction de coordination** peut bénéficier de l'apport d'autres professions, au sein de la pratique ou dans le réseau local.
- Le **temps de coordination** entre les professionnels de la pratique de MG (au sein de la pratique de MG et au sein du réseau de collaboration de la pratique), doit être organisé et reconnu. Ce temps de coordination est nécessaire pour parvenir à des soins plus intégrés et efficaces.
- Chaque MG est un relais de la **politique de santé au niveau local**, lors de contact individuel avec des patients, via la participation à un système de veille épidémiologique à travers son dossier médical informatisé. La pratique de MG agit en tant que **relais actif** d'initiatives locales, régionales ou nationales **en les adaptant au contexte spécifique de la patientèle dont elle a la responsabilité** (thème 2/relation patient).
- Des critères minimaux concernant l'**accessibilité des infrastructures** et la **gestion environnementale durable** de la pratique devraient être définis.
- Des **indicateurs de qualité** devraient être définis pour le niveau de la pratique de MG et correspondre au paquet minimal de soins de la pratique. Ces indicateurs de qualité ne pourraient être des indicateurs de résultats mais davantage des indicateurs de processus.

L'offre de soins de base doit **être présente au sein de chaque pratique de MG**.

- Le regroupement de professionnels peut être dans une pratique ou dans un réseau de MG.
- C'est important **de préciser (et communiquer) ce que la population est en droit d'attendre d'une pratique de MG**.
- Les tâches sont assumées par la pratique du MG, et non nécessairement par le généraliste seul.

Pour offrir ce paquet d'activités large, les participants envisagent une organisation de la pratique de MG en pratique groupe/équipe de **plusieurs médecins et d'autres professions en fonction des besoins identifiés** (en fonction : infirmier, personnel de soutien administratif et logistique, psychologue, assistant social, secrétariat-personnel d'accueil-voir thème 3/profil) qui assure des soins de manière intégrée

- Le groupe de réflexion envisage une offre de base large, facilitée par le regroupement de professionnels.
- Le regroupement de professionnels au sein d'une pratique de MG permet des **économies d'échelle** pour l'achat de matériel plus coûteux, une base de recrutement suffisant nécessaire au **maintien de compétences nécessaires**, la **répartition du travail** selon les compétences de chacun, entre MG et entre MG et autres professionnels.
- Des **outils d'intégration** sont mis en œuvre au niveau de la pratique: triage commun, dossiers patients partagés, réunion de coordination, processus de soins internes, gestion administrativo-logistique commune.
- Les **modalités de collaboration** peuvent varier, qu'elles soient internes à la pratique ou via des collaborations externes, mais l'objectif est toujours d'intégrer la prestation des soins - comme indiqué ci-dessus.

La pratique de MG est intégrée dans un **système plus large**, dont la 2ème ligne soins, et soutenue de différentes manières au niveau local (cercle, ELZ)/régional/fédéral.

Ces activités reposent sur une **relation patient-pratique de MG formalisée** permettant la proactivité et établissant des responsabilités, au niveau de la pratique, concernant le paquet de soins, tout en favorisant la continuité relationnelle. Ce dernier point est l'objet de la thématique de travail suivante.

3.2 Question 2 : relation avec le patient au sein de la pratique de MG

Les échanges ont porté sur la continuité relationnelle, la continuité des soins au sein de la pratique de médecine générale, la continuité informationnelle, la continuité de gestion, l'accessibilité de la médecine générale, le nombre et la répartition des médecins généralistes, la disponibilité durant la journée et en dehors de heures de travail, le type de contacts et l'accessibilité financière de la pratique de médecine générale.

3.2.1 Méthode spécifique

La même démarche que pour la question précédente a été utilisée : document d'information présenté en séance plénière, document de travail spécifique avec prise d'avis pour chaque représentant, présentation d'un résumé des réponses reçues et discussion en plénière.

3.2.2 Conclusions question 2

Le patient conserve le **libre choix de son médecin et de sa pratique de médecine générale**, c'est un droit du patient.

- Cela sera un critère d'intégration ou non de certains professionnels au sein du futur modèle de pratique (ex : l'intégration d'un psychologue vs importance de préserver la possibilité de choix)

Le patient a le **droit d'être informé** :

- de la répartition des tâches entre les professionnels intégrés à la pratique de MG.
- de ce qu'il est droit d'attendre d'une pratique de MG (cfr. paquet de soins- voir *supra*)
- ce qu'implique la formalisation du lien entre le patient et la pratique de MG (voir *infra*)

Un **médecin généraliste référent** (« *vaste huisarts* ») au sein de la pratique médecine générale pour les patients souffrant de maladies chroniques ou ayant des besoins de soins plus importants est nécessaire pour des soins de médecine générale de qualité. Ce médecin généraliste de référence gère et coordonne le dossier de ce patient.

La pratique de médecine générale définit la **zone géographique** dans laquelle elle opère. Elle doit pouvoir refuser un patient pour des raisons d'accessibilité géographique.

La **liberté de consulter d'un autre médecin** (en dehors du médecin référent/ « *vaste huisarts* ») au sein même de la pratique de MG.

La question de la possibilité de bénéficier d'un second avis (que celui du médecin référent au sein de la pratique) a été approfondie :

- Au sein de la même pratique s'il y a plusieurs médecins dans la pratique ce qui permet de maintenir la continuité informationnelle (qui n'existe pas en dehors)
- Si les seconds avis ne sont pas satisfaisants au sein de la pratique (plusieurs médecins), il y a toujours la possibilité de changer de pratique de MG
- En cas d'une pratique de MG avec un seul MG :
 - Le patient peut changer de pratique ou ne pas choisir de pratique avec ce mode de relation structurée
 - Des participants du groupe de réflexion veulent garantir au patient de pouvoir prendre un second avis auprès d'autres médecins en dehors de la pratique, sans limitation, tout en étant remboursé des consultations auprès de ces médecins.

- De nombreux participants soulignent toutefois le risque accru de shopping médical et de perte de qualité en cas de demande d'avis sans les outils de continuité et de coordination de soins présent au sein d'une même pratique (dossier médical par exemple).

Il faut **éviter une sélection** des patients en fonction d'un besoin de soins plus important, de problèmes plus complexes (sans-abri, troubles psychiatriques, multimorbidité, âge, soins palliatifs).

Un **lien formalisé entre patient et MG qui définit la patientèle sous la responsabilité de la pratique de médecine générale est nécessaire**, notamment pour être capable d'agir de manière proactive (voir supra) et de s'engager dans la gestion de la population (type "DMG" ou "inscription", pour reprendre les termes des modalités existantes actuellement en Belgique). Une **appellation spécifique** devrait être trouvée, dans les langues nationales, pour identifier ce type de lien et le distinguer des modalités déjà existantes.

- Des **informations claires pour les patients sur ce qu'implique** la souscription de ce type de lien formalisé, adapté à son degré de littératie, sont nécessaires afin que cela devienne une acceptation bilatérale et réduise le risque de captation unilatérale.
- La pratique de MG agit en tant que **relais actif** d'initiatives locales, régionales ou nationales **en les adaptant au contexte spécifique de la patientèle dont elle a la responsabilité**.
- Il faut permettre la possibilité d'inclure aussi les personnes qui n'ont pas de mutuelles belges ou un autre moyen de s'inscrire à une pratique de MG (et donc de bénéficier du financement associé s'il s'agit d'un financement à la capitation) ex : personnes en séjour illégal, étudiants étrangers, diplomates.

Le groupe de réflexion n'a pas dégagé de position consensuelle à propos de la responsabilité de ce "DMG New Deal": le médecin généraliste référent gère le "DMG New deal" *versus* la pratique de MG gère le "DMG new deal".

- Des mesures incitatives doivent être prévues pour encourager la continuité relationnelle et informationnelle à travers ce lien formalisé, tant pour les pratiques de médecine générales que pour les patients (ex: favoriser le fait de consulter de préférence le médecin référent ou un MG qui a accès au dossier médical au sein de la pratique de MG du médecin référent).

Concernant l'accessibilité et la permanence des services de la pratique de médecine générale :

- Les **heures d'ouverture** de la pratique de médecine générale sont alignées sur le service de garde.
- Les pratiques de médecine générales offrent une **offre quotidienne suffisante pour les consultations programmées et non programmées, les téléconsultations et les visites à domicile**.
- Il est nécessaire d'organiser et de valoriser financièrement la **continuité des soins et la permanence des services au niveau de la pratique de MG**, tout en respectant l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée (notamment, mais pas uniquement, pour les soins palliatifs)
- Les autorités régionales et locales informent leurs populations de **l'offre de soins de santé sur leur territoire** et incitent à la mise en place d'une offre de soins de santé supplémentaire si nécessaire.
- L'application de la réglementation du tiers payant, l'élimination de la part personnelle (ticket modérateur ou co-paiement) et le conventionnement de prestataires de soins sont souhaitables dans le cadre de soins primaires accessibles.

3.3 Question 3 : professionnels de soutien au sein de la pratique de MG

Après avoir défini le paquet d'activités dont la pratique de médecine générale a la responsabilité et la nature de la relation que les médecins généralistes de la pratique, et la pratique elle-même, entretiennent avec les patients, la question suivante portait sur le type de professionnel de soutien à intégrer à la pratique de médecine générale, en précisant le type de tâches qu'il pourrait être amené à assumer et les conditions nécessaires pour favoriser cette collaboration.

3.3.1 Méthodes spécifiques

Le même questionnaire a été soumis aux 11 GLEMS/LOK sélectionnés sur le territoire belge pour leur diversité de configuration (voir plus haut) et au groupe de réflexion (via un document spécifique avec prise d'avis). Un rapport intermédiaire reprenant les résultats de l'approche qualitative par focus group a été présenté aux membres du groupe de réflexion et intégrés aux autres données récoltées pour discussion en séance plénière.

3.3.2 Résultat des Groupes de discussion

11 GLEMS/LOK ont participé à cette étude qualitative par Focus group. Les données socio-démographiques principales des participants sont détaillées dans le tableau ci-dessous.

122 MG	
Moyenne d'âge	45 ans
Genre	70 femmes, 52 hommes
Localisation géographique	21 contexte urbain, 40 contexte semi-rural, 61 contexte rural
Type de pratique	29 en pratique soliste 12 en groupe monodisciplinaire en réseau 41 en groupe monodisciplinaire sous le même toit 24 en groupe pluridisciplinaire à l'acte/prestation 17 en pratique de groupe pluridisciplinaire au forfait
Modalité de financement	105 majoritairement à l'acte/prestation 17 majoritairement au forfait

Les participants ont échangé autour des **3 situations qui illustrent le paquet d'activités d'une pratique de médecine générale** : voir tableau des résultats ci-dessous.

Situation 1: Prise en charge d'un patient avec maladies chroniques stables avec impact psycho-social

Profil professionnel souhaitable	Tâches	Conditions nécessaires	Position dans la pratique
<i>Profil infirmier</i>	Suivi maladie chronique Actes techniques Proactivité % situation stable Gestion polymédication Suivi compliance Education thérapeutique Triage des demandes** Démarches sociales Vaccination*	Connaissance interpersonnelle et confiance : favorisé par internalisation et stabilité dans le temps Connaissance et confiance interprofessionnelle • Connaissance du profil professionnel • Formation spécifique • Clarification des tâches dans des protocoles de soins internes • Supervision possible/nécessaire Communication soutenue Partage du même dossier	Interne : Connaissance des patients et des professionnels dans (accessibilité, efficacité, confiance interprofessionnelle) En fonction du nbre de patients chroniques. A partager entre plusieurs pratiques.
<i>Profil secrétariat/accueil</i>	Organisation des RDV Tri des demandes Préparation dossier administratif Commande de vaccins Facturation Encodage DSI après tri	Formation spécifique Connaissance des patients dans la durée Protocoles de collaboration clairs	Interne
<i>Assistant de pratique</i>	Support de l'infirmier pour les tâches médicales Préparation de la vaccination (administratif ou technique) Education thérapeutique Tâches administratives	Formation adaptée (mixte : médical et administratif) Supervision du MG (pour vaccination) Pour certains : orientation majoritairement administrative, intérêt de séparer admin/médical	Interne
<i>Profil assistant social</i>	Démarches sociales : réalisation ou orientation vers services ad hoc Connaissance du quartier/commune	Collaboration structurée si en réseau Interne: fonction de relais prépondérante, facilite l'accès pour le médecin généraliste et le patient	Interne ou externe en fonction de la charge de travail/taille de la pratique
<i>Profil psychologue</i>	Soutien patient Orientation du patient Soutien professionnel de la pratique	•Ext: libre choix du patient, stigma potentiel •Int: référence facilitée pour le patient et pour le MG, soutien des professionnels de la pratique de MG, rôle orientation Possibilité d'intervention au domicile Accessibilité financière garantie	Interne ou externe selon objectifs

Le médecin généraliste assume la responsabilité diagnostic de problèmes aigus, de déstabilisation de situation chronique et l'interprétation d'actes techniques. Les protocoles sont rédigés en étroite collaboration avec le MG ; ce dernier assure la supervision des actes délégués. Des outils de communication efficaces sont indispensables.

Situation 2: La pratique de MG comme premier point de contact dans le système de soins, sans sélection de genre, âge ou problèmes de santé, incluant la santé mentale et les déterminants sociaux de la santé

Profil professionnel souhaitable	Tâches	Conditions nécessaires	Position dans pratique
<i>Profil secrétariat/ accueil</i>	Triage Organisation de l'agenda Récolte d'informations pour statut vaccinal, dossier social Préparation d'ordonnances* Gestion courrier Du bon sens (« common sense »)	Formation adaptée (ex: NL,1733, secrétariat médical) Intégration dans la durée : connaissance patient et confiance par le MG Communication constante avec MG Accès aux dossiers pour tri minimal, accès e-health Supervision par le médecin Protocoles au sein de la pratique PAS pour des patients non connus (=> constitution d'un dossier médical), ou situation instable* (mauvaise adhérence)	Interne
<i>Profil infirmier</i>	Triage* Réalisation d'actes techniques Prise de paramètres Vaccination, frottis de col Soins de plaie Évaluation avant avis médical	Cadre clair, communication, protocoles, formations spécifiques...pour permettre la délégation voire une certaine autonomie. *Soit selon protocole, soit au cas par cas (après évaluation par MG) *Pas pour diagnostic ou situation instable	Interne
<i>Assistant de pratique</i>	Triage Soutien profil secrétariat/infirmier	Cadre clair, communication, protocoles, formations spécifiques...pour permettre la délégation voire une certaine autonomie.	Interne
<i>Kinésithérapie</i>	Plaintes musculosquelettiques : tri, suivi Autonomie pour le choix de la thérapeutique	Accès direct, selon protocole de collaboration et définition de la responsabilité. Discussion sur objectifs internalisation ou externalisation : choix, connaissance interpersonnelle, surconsommation induite, etc.	Externe/interne
<i>Autres professions: pharmacien, assistant social, sage-femme, psychologue</i>		Clarification des rôles et des canaux de communication	Externe

Dans cette situation, le MG conserve la primauté pour tout patient non connu, pour l'évaluation clinique initiale, en cas de déstabilisation, pour le diagnostic, pour la gestion de la médication en situation de polymédication. Un nombre minimal de contact "simples" avec le MG est souhaitable afin de créer du lien et connaître le patient en situation stable et initier la prévention.

Situation 3: La pratique de MG assume un rôle d'acteur de santé au niveau de la population et nécessite une gestion professionnelle

Profil professionnel souhaitable	Tâches	Conditions nécessaires	Position dans pratique
<i>Profil secrétariat/ accueil</i>	Rappel/relais des campagnes de prévention au niveau de la patientèle et de chaque patient Gestion du matériel de bureau et médical, stérilisation. Relais pour gestion informatique	Garder un profil généraliste, flexible plutôt qu'orientation trop spécifique et fragmentation Relais au niveau individuel des campagnes « impersonnelles », dans le cadre d'une relation Encodage correct des dossiers médicaux	Interne Partage avec autres pratiques pour les aspects populationnels
<i>Profil infirmier</i>	Organisation/relais de campagnes de prévention Gestion de matériel médical, stérilisation	Formation spécifique Encodage correct des dossiers médicaux	Interne ou partagé avec d'autres pratiques
<i>Assistant de pratique</i>	Soutien profil secrétariat/infirmier		
<i>Autorités locales et régionales Mutualités</i>	Organisation des campagnes de prévention, jusqu'au niveau de la pratique Sensibilisation de la population générale	Un professionnel de la pratique en relais de l'organisation.	Externe
<i>Gestionnaire administratif</i>	Gestion ressources humaines, comptabilité, assurances, etc	Nécessaire selon la taille de la pratique et la charge de travail associée Lien de confiance et possibilité de contrôle par le MG ; progressivité souhaitable Implication variable du MG à respecter	Partagé avec d'autres pratiques
<i>Gestionnaire logistique</i>	Gestion et entretien du bâtiment Accessibilité, réflexion énergétique	Plus difficile à déléguer si bâtiment privé (propriété d'un médecin) Support par autorités communales si finalité publique reconnue Partage ou interne selon la taille	Partagé avec d'autres pratiques

Des médecins généralistes ont exprimé une préoccupation sur la disponibilité réelle de ces profils professionnels de soutien, notamment les infirmiers.

Des exemples de collaboration MG-Infirmier peuvent constituer des sources d'inspiration pour l'implémentation au sein de pratique de MG (services hospitaliers, Maison de repos et de soins).

Des MG ont aussi pointé la nécessité d'améliorer la relation avec l'hôpital comme facteur significatif d'amélioration des conditions d'exercice de la médecine générale.

La taille de la pratique de MG est aussi sujet de préoccupation avec un souhait de taille modérée pour favoriser la communication, la coordination et la gestion.

Des MG ont aussi souligné la nécessité d'augmenter le nombre de médecins généralistes en activité pour répondre aux défis à venir.

3.3.3 Conclusions Groupe de réflexion question 3

Les profils de soutien ci-dessous ont été sélectionnés comme étant les profils les plus fréquemment cités par le groupe de réflexion. Par ailleurs, les groupes de discussion organisés ont permis de confirmer que ces profils permettent de couvrir la majorité des tâches au sein de la pratique de la médecine générale. Ceci est aussi conforme à des expériences similaires dans des contextes internationaux.

Ces tâches « peuvent » et non « doivent » être assumées par les professionnels de la pratique. L'ensemble des tâches est bien de la responsabilité de la pratique.

Réceptionniste ou secrétariat médical/Accueil

1. Fonction de secrétariat
2. Assurer la fonction de triage et d'orientation vers le prestataire de soins le plus approprié
3. Tâches administratives
4. Mise à disposition de l'information
5. Soutenir la gestion logistique du bâtiment et des outils de soins

Infirmier de pratique:

1. Réalisations d'actes infirmiers simples
2. Réalisations d'actes infirmiers complexes
3. Assurer la fonction de triage et d'orientation vers le prestataire de soins le plus approprié
4. Suivi partagé et protocolé des patients atteints de pathologies chroniques stables, grossesse
5. Organiser la coordination de soins
6. Soutien en matière de soins palliatifs et planification de soins
7. Rédaction de lignes directrices pour la pratique
8. Amélioration de la qualité comme les audits, PDCA
9. Évaluation sociale minimale dans le cadre de la santé
10. Organisation d'activités de prévention à destination de la patientèle (ex: campagne de vaccination grippe, campagne de dépistage du cancer colo-rectal, etc.)

Assistant de pratique (profil proposé pour l'avenir) :

1. Fonction de secrétariat
2. Assurer la fonction de triage et d'orientation vers le prestataire de soins le plus approprié
3. Tâches administratives
4. Mise à disposition de l'information
5. Réalisation d'actes cliniques simples tels que prendre d'échantillons, les mesures de la tension artérielle, la taille et le poids, les soins simples des plaies, tests point-of-care, PAS d'injections.
6. Soutenir le médecin généraliste/infirmier dans les actions d'amélioration de la qualité
7. Soutenir le médecin généraliste/infirmier dans l'organisation d'actions préventives

Pour les autres professions, la décision d'internaliser ou externaliser par rapport à la pratique de MG, repose sur la prise en compte de différents facteurs :

- les **besoins spécifiques de la pratique de MG**: cela peut varier d'un contexte à l'autre avec une demande plus ou moins forte, ou en fonction de la taille de la pratique.
 - ex: fonction de support à la gestion, assistant social, psychologue
- Le **niveau de spécialisation ou de différenciation** nécessaire de certaines professions, qui plaide pour une externalisation
 - ex: kinésithérapeute avec technique spécifique, psychologue spécialisé
- l'importance accordée **au choix du prestataire** par le patient ou le soignant, qui plaide plutôt alors pour une externalisation
 - ex: psychologue

Lors de la collaboration avec d'autres prestataires de soins en dehors de la pratique, il est important de définir un domaine de collaboration clair, afin de promouvoir le travail en réseau entre les prestataires de soins de santé (ex: territoire local de collaboration de la pratique de MG, ELZ).

Le choix est laissé à la pratique pour la composition finale, en dehors des 3 professions citées ci-dessus en plus du médecin généraliste ; il s'agit d'une composition minimale qui n'empêche pas d'inclure d'autres professions.

Le New Deal inclut tous les types de pratiques qui s'engagent sur la disponibilité optimale, la continuité des soins, un paquet complet de soins de base et une gestion de qualité de la pratique.

Une pratique de MG peut être composée uniquement de médecin généraliste, mais aussi être complétée par différents types de professionnels de première ligne, selon les besoins de la population, à partir du moment où elle répond au paquet d'activités défini. Les professionnels de soutien le plus fréquemment cités sont: réceptionniste/accueil, infirmier de pratique de MG, assistant de pratique.

Ces profils de soutien travaillent au sein des pratiques de MG en utilisant des **outils d'intégration** :

- DMI partagé,
- travail selon les directives et protocoles internes à la pratique,
- participation aux réunions de coordination et de soins,
- gestion administrative et logistique partagée.
- description des tâches de chaque professionnel établie au niveau de la pratique.

Lors de la collaboration avec d'autres prestataires de soins en dehors de la pratique, il est important de définir un cadre de collaboration clair, afin de promouvoir le travail en réseau entre les prestataires de soins de santé.

Les profils de soins et de soutien minimaux ont un partenariat fixe avec la pratique de MG, et sont financés par celui-ci. D'autres profils complémentaires, comme les psychologues ou les kinésithérapeutes, assistant social, peuvent avoir un partenariat, mais disposent de revenus par le biais de leur propre nomenclature ou de conventions INAMI.

Les autorités compétentes et les institutions de formation doivent fournir une **offre de formation** de manière que ces professionnels, formés pour les pratiques de médecine générale, soit en nombre suffisant dans toutes les régions.

Le profil proposé pour le poste d'**assistant de pratique** comprend des tâches administratives et logistiques, ainsi que des tâches de soutien médical telles que des actes infirmiers simples. Permettre une telle concrétisation de l'assistante de pratique n'est possible qu'après l'inscription de cette

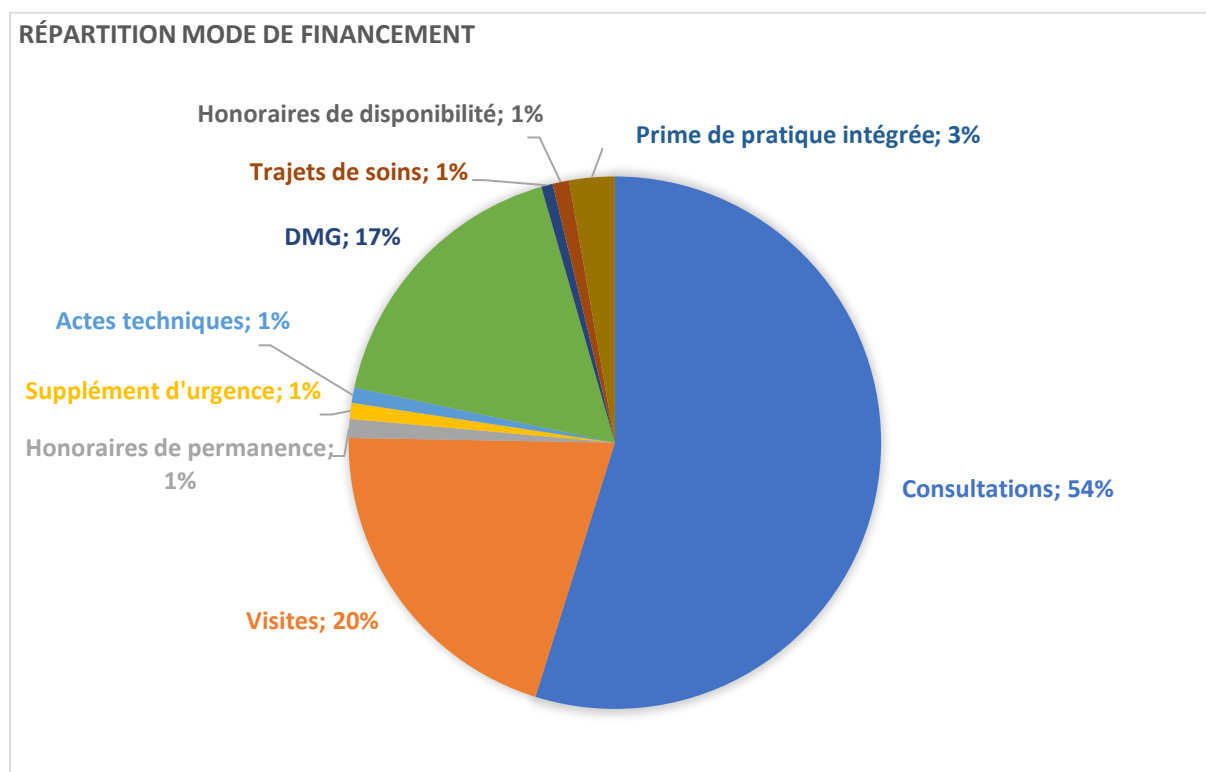
profession de santé dans la loi sur l'exercice des professions de santé et après que la formation soit assurée par les institutions éducatives.

La pratique de MG collabore en outre avec d'autres prestataires de soins en dehors de la pratique, comme un pharmacien, une sage-femme, un kinésithérapeute, un psychologue, un assistant social. Dans la plupart des pratiques, il ne s'agit pas d'un partenariat établi et l'intégration au sein de la médecine générale n'est pas attendue. Toutefois, les pratiques de MG devraient avoir la liberté d'intégrer d'autres prestataires de soins de santé au sein de leur propre équipe, avec ou sans financement par la pratique de médecine générale, en fonction de leurs besoins spécifiques.

Les médecins généralistes sont essentiellement les gestionnaires de la pratique. Ils peuvent recevoir un soutien dans la gestion quotidienne, ce qui peut être particulièrement nécessaire dans les grandes pratiques. En fonction de leurs souhaits, ils sont plus ou moins impliqués dans la gestion de la pratique : de la gestion complète à la délégation partielle de la gestion.

3.4 Question 4 : modèle de financement de la pratique de MG

Une analyse KCE descriptive détaillée sur les différents modèles d'organisation et de financement dans d'autres pays européens a été fournie au groupe de réflexion (annexe 3). Par ailleurs, un aperçu de la composition des dépenses dans le modèle de financement par prestation a été présenté (voir le graphique ci-dessous à partir des dépenses INAMI 2019).



Nous pouvons observer que pour le modèle de financement à la prestation en médecine générale, environ 77 % des dépenses concernent des prestations (consultations, visites, suppléments et actes techniques). 8 % des dépenses sont liées à l'accréditation du médecin, et ne sont comprises que dans la prestation des consultations. Dans l'aperçu, ces chiffres incluent également les consultations et visites effectuées pendant le service de garde. Environ 17 % des dépenses concernent la rémunération pour le DMG. 7 % sont liés à d'autres rémunérations fixes comme la prime de pratique intégrée, le forfait d'accréditation, les trajets de soins et les honoraires de disponibilité.

Dans le modèle des maisons médicales avec rémunération principalement forfaitaire, un montant par patient inscrit est fixé, modulé en fonction des besoins en soins, sur la base d'une quarantaine de paramètres. Ce montant est fixé annuellement par maison médicale, selon une redistribution d'un budget total entre toutes les pratiques forfaitaires. Des mécanismes existent pour faciliter une phase de démarrage et pour corriger les évolutions rapides au sein des pratiques. Certains financements restent par prestation, comme les prestations techniques. Dans ce système, on ne prévoit pas de quote-part personnelle du patient.

3.4.1 Analyse KCE

3.4.1.1 Introduction

Début novembre 2022, le groupe de réflexion a demandé au KCE d'examiner le système de financement des médecins généralistes et/ou des cabinets de médecins généralistes dans un certain nombre de pays sélectionnés, en particulier dans les pays où le financement est mixte (prestation et capitation). Une première version du rapport a été livrée le 23 novembre 2022.

3.4.1.2 Méthode

Sélection des pays

Vu le temps disponible limité, 5 pays ont été sélectionnés. Une analyse de projection a été menée pour identifier les pays avec financement mixte. Le financement pourrait être fixé par la loi, être une pratique établie, faire partie de projets pilotes ou d'expériences.

Les sites internet des organisations pertinentes et des autorités publiques ont été consultés : Health Systems in Transition, rapports de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, la plateforme Health Systems and Policy Monitor, et l'enquête Health System Characteristics Survey de l'OCDE (2016) ont été consultés.

La préférence a également été donnée aux pays qui comptent un nombre important ou croissant de cabinets pluridisciplinaires où les tâches habituellement effectuées par les généralistes sont déléguées. Enfin, on a sélectionné quelques pays dont la culture est similaire à celle de la Belgique. Prenant en considération ces critères, les pays suivants ont été choisis : les Pays-Bas, la France, le Danemark, le Portugal et l'Estonie.

3.4.1.3 Collecte d'informations

Une analyse de la littérature a été menée pour identifier les principales caractéristiques de l'organisation et du financement des (cabinets de) médecins généralistes dans les pays sélectionnés. Il s'agit à la fois de la littérature publiée évaluée par les pairs et de la littérature grise telle que les rapports, les documents politiques, les textes de loi, etc. Des citations en amont et en aval ont été utilisées pour approfondir l'examen de la littérature. Des informations supplémentaires ou explicatives ont été obtenues grâce à des contacts avec des experts nationaux (cf. colophon du rapport complet en annexe).

3.4.1.4 Structure de la description

La description des différents pays se déroule à chaque fois suivant la même structure. La première partie décrit l'organisation des soins de médecine générale. Les caractéristiques suivantes y sont mentionnées, lorsqu'elles sont pertinentes et disponibles :

- Effectif du personnel de médecins généralistes et autre personnel (nombre de personnes, équivalents temps plein, par 1.000 habitants), proportion de généralistes indépendants
- Type de pratique : soliste, groupe, pluridisciplinaire
- Accessibilité pour les patients : rôle de garde du généraliste, choix du généraliste par le patient, obligation de s'inscrire auprès d'un généraliste, contributions propres du patient (tarifs, copaiements, frais supplémentaires), taille du cabinet par médecin généraliste.
- Pratiques de groupe pluridisciplinaires (si pertinent) : nombre et évolution, nombre et types de professionnels, taille de la pratique, responsabilité pour une population (si pertinent), volontaire ou non.

La deuxième partie de chaque description concerne le système de financement du (cabinet du) médecin généraliste. Tout système de financement (à la prestation, capitation, paiement pour qualité,

paiements groupés, salaires, etc.) est décrit un par un, par type de pratique si cela s'applique uniquement à un type de pratique spécifique.

Une brève évaluation a également été ajoutée pour certains pays si elle était disponible dans les délais impartis pour ce rapport. De nombreux pays sont confrontés à une pénurie de généralistes, dans tout le pays ou dans certaines régions. L'évaluation de l'impact d'un modèle de financement sur les pénuries de médecins généralistes et des mesures prises pendant la pandémie de COVID-19 n'entrait pas dans le cadre de ce rapport.

La dernière partie du rapport tire des conclusions transnationales. Cela a été présenté dans des tableaux synoptiques.

3.4.1.5 Résultats

Tous les résultats peuvent être consultés dans leur globalité dans le rapport en annexe.

Les différences entre pays sont considérables, tant sur le plan du financement que de l'organisation. Les pratiques de groupe (collaboration d'au moins 2 généralistes) varient de 26 % en Estonie à 100 % au Portugal. Aux Pays-Bas, au Danemark, au Portugal et en Estonie, la plupart des cabinets sont pluridisciplinaires et comprennent au moins des médecins généralistes et des infirmiers. En France, il n'y a que des pratiques spécifiques qui sont pluridisciplinaires. D'autres professionnels qui collaborent avec des généralistes et des infirmiers sont les assistants de pratique, les secrétaires médicales, les sages-femmes et les kinésithérapeutes. La décision de créer une pratique pluridisciplinaire est volontaire dans la plupart des pays.

Tous les pays ont un système de financement mixte mais la proportion de chaque partie diffère. Au Portugal, par exemple, il n'y a pratiquement pas de paiement à la prestation, mais en France, les prestations représentent jusqu'à 78 % des dépenses. La part de la capitation varie de très faible au Portugal jusqu'à 48 % en Estonie. Excepté au Portugal où les généralistes sont salariés, la part des prestations avec les remboursements de capitation est partout supérieure à 70 %. Tous les paiements par capitation sont modulés suivant le risque (sauf au Danemark où excepté une capitation modulée par le risque, un montant fixe est aussi payé). La manière dont la capitation est modulée suivant le risque diffère entre les pays.

À l'exception du Danemark, il existe partout aussi un paiement limité pour qualité. La définition de cette qualité est cependant spécifique à chaque pays.

Le fait qu'un médecin généraliste travaille dans un cabinet pluridisciplinaire ou non n'a aucune incidence sur la manière dont il est rémunéré. La grande diversité des mécanismes de rémunération des médecins généralistes s'applique également à la manière dont sont rémunérés les autres professionnels dans les cabinets pluridisciplinaires. Dans tous les pays sauf le Danemark, les cabinets de médecins généralistes pluridisciplinaires reçoivent également des paiements au niveau du groupe.

3.4.1.6 Conclusions

Bien que tous les pays connaissent un système de financement mixte, les différences sont importantes. L'organisation des soins de médecine générale est aussi très différente : la taille moyenne des cabinets, le rôle de garde du médecin généraliste, l'inscription obligatoire auprès du médecin généraliste, les contributions personnelles, etc. Le tableau 7 du rapport en annexe 4 résume ces différences et similitudes.

3.4.2 Résultats des groupes de discussion

La question de recherche pour cette 2ème vague de focus group portait sur les avantages et inconvénients des différentes modalités de financement actuels (et des proportions actuelles) et les évolutions souhaitables.

Les données socio-démographiques principales des participants à cette deuxième vague issus des 11 GLEM/LOK sélectionnés sont détaillées dans le tableau ci-dessous.

110 MG	
Moyenne d'âge	44 ans
Genre	62 femmes, 48 hommes
Localisation géographique	18 contexte urbain, 39 contexte semi-rural, 53 contexte rural
Type de pratique	23 en pratique soliste, 3 en groupe monodisciplinaire en réseau, 32 en groupe monodisciplinaire sous le même toit 40 en groupe pluridisciplinaire à l'acte/prestation 12 en pratique de groupe pluridisciplinaire au forfait
Modalité de financement	98 majoritairement à l'acte/prestation 12 majoritairement au forfait

Le tableau suivant présente les avantages (fond blanc) et inconvénients (fond grisé) des principales modalités de financement de la médecine générale perçus par les MG, selon les principes (édités plus haut) d'un modèle de financement souhaitable.

Acte/prestation	Capitation Maison médicale	Capitation DMG
<i>Le mode de financement est stimulant pour les professionnels</i>		
Adapté pour les situations simples/aigues Récompense selon le niveau d'activités (nombre de contacts) Perception d'une autonomie/liberté du professionnel sur le niveau de revenus à un niveau individuel Valorisation du travail effectué par le montant financier perçu	Adapté aux situations plus complexes car flexibilité possible sans impact financier sur le patient Possibilité d'organiser le mode de rémunération au sein de la pratique de tel façon que celui qui travaille plus est rémunéré davantage, selon des MG au forfait Perception d'un sentiment de liberté/autonomie dans l'organisation et la rémunération au niveau de la pratique. La stabilité de la rémunération via le forfait capitation permet la prévision et la planification des activités, dont la délégation à d'autres professionnels. Pas de perception de dévalorisation de l'acte médical par l'absence de perception financière, selon des MG au forfait ;	
Non adapté aux situations qui demande plus de temps pour le même montant de consultation Pas de reconnaissance dans les situations complexes Actes techniques pas assez financé	Ne favorise pas nécessairement les MG ou pratique qui travaillent plus ou qui sont plus disponible, si pas d'adaptation des modalités de rémunération individuelle ; Les montants actuels du forfait sont insuffisants pour des situations très complexes. Crainte perçue de dévalorisation par les MG à l'acte.	Montant insuffisant pour les activités de soins hors contact, pour la délégation (voir plus bas)

<i>Le mode de financement garantit/améliore l'accessibilité pour le patient</i>		
Positions opposées sur la conservation (ou non) du ticket modérateur autour de l'accessibilité financière de la médecine générale, simplification administrative, la capacité d'évaluer correctement les situations qui peuvent en bénéficier	Réduction de la barrière financière d'accès aux soins.	
Dérive possible de sélection des situations simples, gérables en un temps limité ; ne favorise pas les visites à domicile qui ne sont pas assez rémunératrices par rapport au temps passé Le montant actuel et le TM peuvent représenter une difficulté d'accès pour certains patients, surtout ceux qui consultent beaucoup (malades chroniques, patient précaire)	Dérive possible de surconsommation des soins par le patient inscrit, selon des MG à l'acte. Dérive possible de sélection de patient simple, générateur de peu d'activités de soins. Réduction du choix pour certaines professions couverte par le forfait (ex : kinésithérapeute)	
<i>Le mode de financement permet la continuité des soins et la disponibilité</i>		
Favorise la disponibilité horaire par la rémunération directe des contacts engendrés		
	Dérive possible de réduire l'accessibilité horaire ("9 to 5")	
<i>Le mode de financement valorise aussi les activités hors contact patient</i>		
<i>Le mode de financement promeut la prévention, gestion populationnelle, concertation et collaboration, qualité, accessibilité</i>		
	Favorise la délégation par la flexibilité de l'attribution des revenus engendrés par le montant forfaitaire perçu. Favorise les activités de soins hors contact car la rémunération n'est pas directement liée au contact patient, dont gestion, organisation, coordination et prévention	Incitation minimale à réaliser des activités de soins hors contact. Incitation à une responsabilisation du MG vis-à-vis du patient, à la proactivité, à la réalisation d'actes de prévention Incitation à développer une approche plus globale
Ne favorise pas la délégation car la rémunération est uniquement liée à l'acte médical Ne favorise pas la concertation Pas assez de temps pour la prévention (en dehors de la prévention individuelle lors des consultations)		Montant insuffisant pour les activités de soins hors contact Ne permet pas un provisionnement suffisant que pour engager une autre professionnel au sein de la pratique.

<i>Le mode de financement réduit la surconsommation et sous-consommation de soins</i>		
	Favorise des activités hors contact patient qui visent à réduire la consommation de soins, pour un même revenu forfaitaire	
Peut favoriser la surconsommation de soins car relié directement au niveau de revenus du MG Peut favoriser le raccourcissement de la durée des contacts Peut favoriser la surconsommation des visites par le patient car TM trop peu élevé	Dérive possible de la sous-consommation par réduction de l'accessibilité, selon des MG à l'acte	
<i>Le mode de financement est simple sur le plan administratif</i>		
Le choix laissé au MG de percevoir ou non le TM selon les situations est apprécié	Facilité administrative de l'inscription Facilité car plus de code de nomenclature, amène aussi un gain de temps durant la consultation, selon des MG au forfait.	Facilité appréciée par les MG
La nomenclature liée aux consultations et visites est trop simple pour reconnaître la complexité réelle de certaines situations. La nomenclature des actes techniques est vécue comme très compliquée et empêche leur tarification correcte et donc leur réalisation. La perception du TM est une charge administrative inutile Des MG craignent une dépendance vis-à-vis des mutuelles en cas de généralisation du tiers-payant.	Inscription facile avec possibles dérives de « captation » de patients, selon des MG à l'acte ; crainte de lourdeur par les praticiens à l'acte si appliqué à eux Lourdeur et lenteur administrative en cas de désinscription.	Dérive possible de "captation" de patients, rendu possible par la simplicité administrative et le manque d'information du patient

Des MG témoignent d'une crainte du changement du mode de financement (exprimé principalement par des MG à l'acte) par :

- méconnaissance de l'impact réel du mode de financement forfaitaire à la capitation,
- crainte d'insécurité financière si le mode à venir n'est pas pérenne ou suffisamment garanti dans la durée,
- crainte de dépendance par rapport aux mutuelles et d'inflation des obligations en lien avec ce nouveau mode de financement,
- manque de temps à consacrer à changer de modalité de pratique à cause d'une pression importante pour "voir des patients".

Certains dénoncent la coexistence difficile des différents modes de financement dans la situation actuelle, avec un impact négatif sur la mobilité des patients et sur la solidarité entre MG d'un même territoire (impossibilité pour les médecins au forfait de "dépanner" en recevant des patients exceptionnellement à l'acte, impossibilité pour un médecin à l'acte de remplacer un médecin travaillant au forfait).

Certains craignent aussi qu'une reconnaissance financière accrue pour des situations complexes ne modifie leur pratique vers plus de lourdeur, moins d'actes curatifs (par rapport à la prévention et à la concertation).

Les pistes d'évolution évoquées sont :

- Une modification des proportions actuelles des financements :
 - Forfait à la pratique plus élevé avec versement conséquent à l'avance, pour pouvoir engager des professionnels de soutien pour les tâches administratives
 - Forfait capitation aménagé, type DMG revalorisé de manière significative, modulé selon la complexité de chaque patient, pour permettre la reconnaissance des activités de soins hors contact et l'engagement de professionnel de soutien (ex: infirmier, assistant social) pour ces mêmes activités (via délégation)
 - Financement à la prestation pour les problèmes aigus, les actes techniques ; dans l'objectif de garantir et récompenser l'accessibilité des pratiques de MG
- Une revalorisation financière globale des composantes actuelles du mode de financement majoritairement à la prestation: revalorisation de la prestation, revalorisation du DMG. Eventuellement selon à moduler par un financement à la qualité (atteinte de certains objectifs de soins)
- Un accompagnement au changement des médecins généralistes, via une bourse de lancement ou une structure référente de soutien
- Le déploiement par une phase test avec quelques pratiques
- Le déploiement de microstructures externes en appui aux pratiques de MG (projet pilote existant en dans certaines régions françaises) qui permet la mise à disposition de professionnels de soutien, avec un temps de travail limité, selon les besoins de chaque pratique.

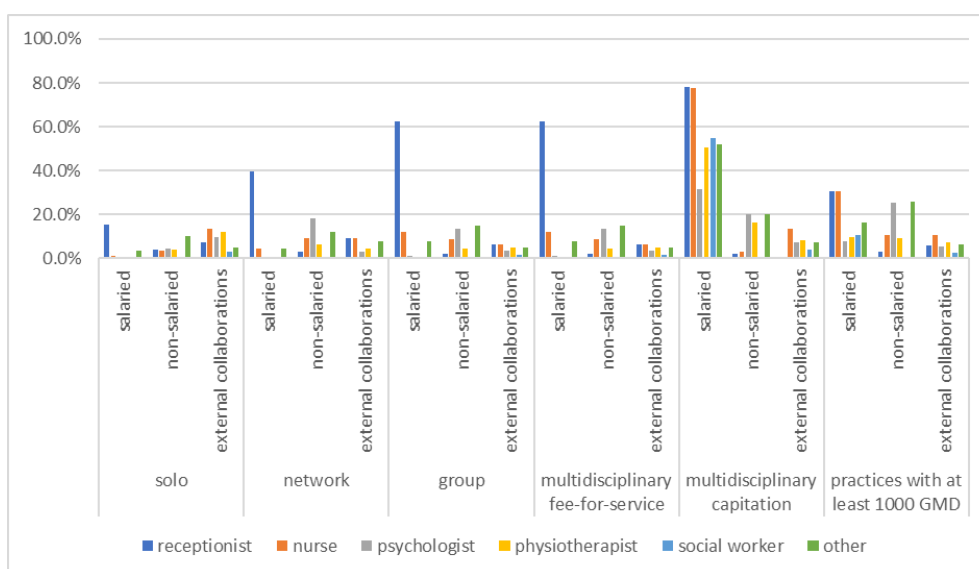
3.4.3 Résultats de l'enquête quantitative

Au total, 2.453 répondants ont commencé l'enquête. Parmi eux, 601 ont été exclus des analyses : 458 parce qu'ils ont laissé l'enquête complètement vide, 41 parce qu'ils ont indiqué un numéro INAMI non valide et 102 parce qu'ils ont indiqué un numéro INAMI valide mais ont laissé l'enquête elle-même vide. Les analyses ont donc porté sur 1.852 répondants, dont 835 francophones (45,1 %) et 1.017 néerlandophones (54,9 %). Il y avait 56 % de femmes et l'âge médian était de 40 ans.

La grande majorité indique travailler dans un cabinet avec au moins 1.000 DMG (83 %). Le nombre médian de médecins généralistes par pratique est de 3 (y compris généralistes en formation). La pratique de groupe est la forme de pratique la plus fréquente (41 %), suivie de la pratique soliste (23 %), de la pratique pluridisciplinaire avec financement à la prestation (18 %) et enfin de la pratique pluridisciplinaire avec financement forfaitaire (12 %). L'âge médian dans les pratiques en solo est environ 20 ans plus élevé que dans les autres types (57 ans dans les pratiques en solo contre 36 ans dans les pratiques en groupe).

La moitié des répondants (50 %) ont indiqué qu'ils employaient un collaborateur d'accueil dans leur cabinet, 22 % des répondants emploient également un praticien de l'art infirmier. Ainsi, 8 % des répondants ont un praticien de l'art infirmier dans le cabinet qui n'est pas un salarié.

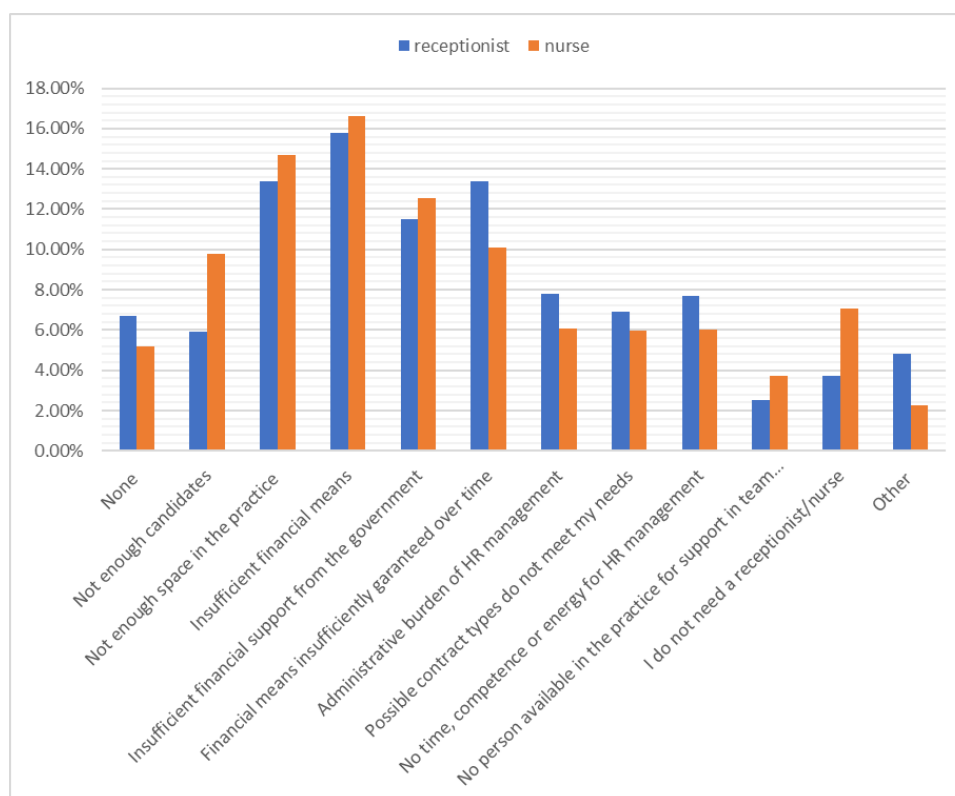
Les pratiques solistes ont moins de personnel que les autres types de pratiques. Le graphique ci-dessous donne un aperçu de la composition des pratiques.



À l'avenir, 27 % des répondants souhaitent embaucher un collaborateur d'accueil et 36 % un praticien de l'art infirmier ; dans les cabinets comptant au moins 1.000 DMG, ce chiffre atteint même 45 %.

	Collaborateur d'accueil	Infirmier	Psychologue	Kinésithérapeute	Assistant social	Autre
Toutes les pratiques	27,4 %	35,7 %	27,8 %	11,4 %	19,8 %	12,6 %
Soliste	26,8 %	21,6 %	13,8 %	8,0 %	10,3 %	8,0 %
Réseau	42,4 %	34,8 %	31,8 %	9,1 %	12,1 %	18,2 %
Groupe	34,5 %	50,7 %	33,6 %	12,1 %	21,0 %	12,1 %
Prestation pluridisciplinaire	22,4 %	39,6 %	32,5 %	14,7 %	16,2 %	17,8 %
Forfait multidisciplinaire	9,2 %	10,5 %	28,9 %	13,7 %	23,0 %	15,1 %
Pratiques avec ≥ 1.000 DMG	31,1 %	44,9 %	35,2 %	14,7 %	27,1 %	16,0 %

Les principaux obstacles à l'embauche d'un collaborateur d'accueil ou d'un infirmier sont l'insuffisance des ressources financières et le manque d'espace dans le cabinet.



Satisfaction

Les médecins généralistes se déclarent satisfaits à très satisfaits de leur profession. Exprimée sur une échelle de 0 à 10, la satisfaction médiane est de 7. La satisfaction est similaire pour tous les types de pratique, sauf pour les pratiques multidisciplinaires avec un financement capitation où la satisfaction médiane est de 8.

Les facteurs contribuant le plus à la satisfaction sont le revenu financier et l'autonomie.

Volonté de changer de forme de financement

À la question de savoir s'ils souhaiteraient passer à un autre mode de financement existant, 81,2 % ont répondu par la négative, et seuls 18,8 % envisageraient de le faire. La volonté de changer de mode de financement est la plus faible chez les médecins généralistes exerçant en solo (8,6 %) et la plus élevée dans les pratiques multidisciplinaires avec un financement basé sur la performance (32,1 %) et les pratiques de groupe (20,3 %). La raison la plus fréquemment citée pour ne pas changer est le manque de connaissances.

Lorsqu'on leur a demandé s'ils souhaitaient passer à un nouveau mode de financement, 70 % ont répondu par l'affirmative. La volonté de changer est plus forte chez les jeunes médecins (75,6 % chez les généralistes de moins de 40 ans contre 64,2 % chez les généralistes plus âgés). Les raisons pour lesquelles ils ne changent pas de mode de financement sont la crainte de perdre des revenus et la charge administrative.

Discrete choice experiments

Le tableau ci-dessous énumère les choix possibles pour les différents scénarios.

Scénario, comparé avec le status quo	Fréquence préférée
Délégation de tâches à une infirmière entraînant une réduction de la semaine de travail	80.1%
Délégation des tâches à une infirmière et à d'autres prestataires de soins de santé, ce qui entraîne des consultations plus longues	74.5%
Délégation de tâches à une infirmière, ce qui a pour effet une augmentation du nombre de patients et des revenus	72.4%
Délégation de tâches à une infirmière et à d'autres soignants, ce qui entraîne une réduction de la semaine de travail, une diminution du nombre de patients et une baisse des revenus	41.9%
Délégation de tâches à une infirmière et à d'autres soignants, ce qui entraîne des consultations plus longues et des revenus plus bas	34.3%
Des consultations plus courtes entraînant une réduction de la semaine de travail	10.4%

Pour un rapport plus détaillé des résultats de l'enquête, consultez l'annexe 2.

3.4.4 Conclusions Groupe de réflexion question 4

L'analyse du KCE et un rapport intermédiaire des groupes de discussion ont été remis au groupe de réflexion et les organisations participantes ont été consultées sur la façon dont un nouveau modèle de financement pourrait orienter le paquet de soins en termes de qualité, d'accessibilité et de soutien. Elles ont été interrogées sur les tâches de la pratique de MG qui ne sont pas - ou pas suffisamment - financées aujourd'hui et celles qui devraient l'être dans le futur, sur les mécanismes susceptibles de garantir l'accessibilité (coût abordable, disponibilité pour les nouveaux patients, accessibilité, ...), sur les mécanismes susceptibles de garantir la qualité des soins, sur la place de la continuité relationnelle et de la gestion du DMG dans un nouveau mode de financement, sur les tâches de la pratique de MG qui, dans le futur, devraient de préférence être financées à la prestation, à la capitation ou à la pratique, et sur le rapport idéal entre le financement fixe/forfaitaire et le financement à la prestation dans un nouveau système. Le tout en fonction des objectifs susmentionnés d'un nouveau système et des conclusions prises dans le cadre des premières thématiques examinées.

3.4.4.1 *Tâches non financées ou sous-financées*

On a constaté de nombreuses réponses convergentes à la question de savoir quelles sont les tâches du MG/de la pratique de MG qui, à l'heure actuelle, ne sont pas ou pas suffisamment financées mais qui devraient l'être dans le futur. Les réponses sont récapitulées dans la liste ci-dessous :

- Consultations longues et complexes
- Tâches médico-administratives et gestion des dossiers
- Concertation inter/pluridisciplinaire
- Concertation de pratique et coordination des soins
- Tâches préventives
- (Certains) actes techniques (p. ex. pose de stérilet, échographie...)
- Visites à domicile
- Soutien au tri, accueil, fonction infirmière....
- Qualité : formation, revue de la littérature, projets qualité...
- Représentation professionnelle dans diverses structures de santé
- Activités de santé publique
- Soins proactifs
- Disponibilité durant les heures de garde

3.4.4.2 *Comment garantir la qualité des soins ?*

Les recommandations suivantes visant à garantir la qualité des soins via le modèle d'organisation et de financement bénéficient d'un large soutien :

- Veiller à la mise en place d'une équipe de soins intégrée stable, cette relation devant être encouragée.
- Prévoir des incitants financiers pour les pratiques qui exercent selon l'EBM et selon des processus de qualité (et non en fonction du résultat).
- Stimuler la coopération pluridisciplinaire.
- Prévoir du personnel de soutien dans la pratique de MG.
- Réformer la prime de pratique intégrée, prévoir de nouveaux incitants dans les processus pour promouvoir la qualité et l'innovation.
- Rémunérer le temps consacré en dehors des contacts patients.

En outre, d'autres propositions ont été faites : système EBM d'aide à la décision clinique dans le DMI, encourager le patient à consulter à titre préventif au moins une fois par an, lier certaines prestations techniques à des formations (p. ex. la spirométrie, l'échographie orthopédique...).

3.4.4.3 Comment garantir l'accessibilité ? (coût abordable, disponibilité, accessibilité)

Le groupe de réflexion recommande un nombre suffisant de médecins généralistes et une bonne répartition des pratiques de MG. Il est possible d'améliorer la disponibilité des médecins généralistes en réduisant le travail (administratif) inutile pour le médecin généraliste.

Le financement du personnel de soutien est nécessaire pour permettre la délégation de tâches et aura un impact positif sur la disponibilité des soins.

Le régime du tiers payant garantit déjà aujourd'hui une accessibilité financière.

Les pratiques de MG comprenant plusieurs médecins et éventuellement d'autres disciplines et personnel de soutien ont besoin de grands bâtiments adaptés, qui nécessitent souvent d'importants investissements. Les pouvoirs locaux doivent jouer un rôle de facilitateur en mettant à disposition ces bâtiments accessibles et une infrastructure durable.

Les pouvoirs locaux ou les réseaux de première ligne ont aussi un rôle à remplir dans l'orientation des patients vers les pratiques de MG. Un registre des pratiques est un instrument indispensable à cet égard.

Il n'y avait pas d'unanimité sur le rôle du ticket modérateur dans la pratique de MG. Selon certains participants, il ne peut pas y avoir d'obstacle aux soins de première ligne et l'ambition doit être de supprimer ce ticket modérateur dans les nouveaux systèmes ; d'autres participants estiment qu'il est important de maintenir certains seuils pour éviter que les soins ne deviennent trop accessibles et que les cabinets ne soient encore plus surchargés.

Les programmes d'éducation des patients et de littératie en santé (Où s'adresser pour quels soins ? Quand contacter un médecin pour des pathologies fréquentes ?) peuvent aider à soulager le médecin généraliste de manière significative et ainsi améliorer la disponibilité.

Un tri uniforme, au niveau de la pratique, mais aussi au niveau suprarégional, peut contribuer à renforcer l'accessibilité et la disponibilité.

Les membres ont proposé d'autres idées, comme prévoir une prime pour le suivi de malades chroniques à domicile ou en maison de repos, prévoir des primes pour les pratiques qui organisent un système de roulement afin de garantir la continuité dans certaines régions en dehors des heures du service de garde, ou étendre les honoraires de permanence.

3.4.4.4 Continuité relationnelle et gestion du DMG dans un nouveau mode de financement

Au sein du groupe de réflexion, il y avait une tendance vers un financement par capitation davantage pondéré, selon lequel des soins plus lourds au patient doivent donner lieu à une rémunération plus élevée.

Le système actuel basé sur les critères des maisons médicales n'est pas considéré par la majorité des participants comme étant optimal. On doute que les paramètres reflètent correctement la lourdeur des soins. En outre, les données utilisées donnent une vision très différée de la réalité ; les mécanismes de correction ralentissent les adaptations et les redistributions entre maisons médicales.

Actuellement, les honoraires de gestion d'un DMG s'élèvent à environ 32 EUR, et une augmentation est prévue pour les personnes âgées entre 30 à 85 ans souffrant d'une maladie chronique. Il a été suggéré d'également octroyer ce « DMG augmenté » notamment en cas de problèmes de santé mentale, statut palliatif, nombre de patients issus de l'immigration ou en situation précaire. Les critères à prendre en compte et le poids à leur accorder dans le calcul d'un montant par catégorie de lourdeur des soins ont cependant fait l'objet de trop peu d'études à ce jour. De même, mettre en place une collecte automatisée de données sera compliqué sans charge administrative importante pour les médecins généralistes. D'éventuels ajustements de ce financement par capitation en fonction de la lourdeur des soins, avec un calcul automatisé basé sur différents paramètres, nécessiteront non seulement une étude préliminaire approfondie, mais aussi un long processus de développement des systèmes informatiques.

Le groupe de réflexion s'accorde à dire qu'un financement par capitation pondérée devrait être calculé et payé au moins sur une base trimestrielle, certainement en cas de montant plus élevé que le DMG actuel.

Les DMG étant aujourd'hui parfois repris trop rapidement/facilement par un médecin, souvent sans que le patient en soit correctement informé, les participants ont convenu que la continuité relationnelle devrait idéalement être confirmée à l'aide d'un accord bilatéral, p. ex. un document signé par les deux parties, dans lequel patient et pratique de MG définissent des accords et engagements qui les unissent. Ce document peut être signé électroniquement ou sur papier. En pratique, cela signifie, pour la pratique de MG, une tâche administrative supplémentaire de faire signer ces documents (une seule fois) pour chaque patient régulier, mais elle peut être déléguée au personnel de soutien.

Les avis divergent sur le niveau de paiement du DMG : le paiement doit-il être versé au médecin généraliste individuel ou à la pratique de MG ? Les organisations favorables à un paiement au médecin individuel avancent comme argument le fait qu'il s'agit d'honoraires qui appartiennent au médecin et qui ne doivent pas être considérés comme des moyens de fonctionnement. D'autres organisations estiment que les tâches relevant d'un DMG (augmenté) ne seront plus assurées par un seul médecin généraliste, mais par la pratique de MG. En réalité, ces honoraires sont souvent mis en commun pour ensuite être redistribués. Il y a en outre le risque que les pratiques qui emploient de nouveaux médecins ou des médecins remplaçants subissent une baisse significative de leurs revenus si les DMG représentent une part plus importante des revenus et qu'ils sont conclus principalement avec les médecins plus anciens de la pratique.

Enfin, l'attention a également été attirée sur les patients vivant en Belgique mais qui ne sont pas affiliés à une mutuelle de santé belge (diplomates, employés des institutions européennes, personnes sans documents de résidence valides, etc.). Un nouveau modèle futur devrait également examiner comment le système de financement devrait être appliqué à ces résidents, pour les paiements par prestation et les allocations par capitation.

3.4.4.5 Quelles parties pour les différents modes de financement ?

Les tâches qui composent le paquet de soins de base d'une pratique de MG ont été décrites précédemment. Toutes les tâches doivent trouver un mode de financement correct : à la prestation, à la capitation ou sous forme de primes. Les participants au groupe de réflexion ont été interrogés sur le mode de financement pour les différentes parties, en tenant compte des objectifs précités d'un nouveau système d'organisation et de financement.

Les avis sur le sujet sont partagés. Il est néanmoins évident qu'il faut un certain financement de base pour la pratique de MG, destiné à couvrir les frais fixes comme les salaires du personnel de soutien et les coûts liés aux logiciels médicaux, au matériel médical et à l'infrastructure. Ce financement serait possible moyennant l'octroi de montants forfaitaires basés sur le nombre de médecins, ou sur la taille de la pratique (via un financement à la capitation).

Le maintien de prestations de consultations, visites à domicile dans le cadre d'un financement à la prestation intégral, fait moins l'unanimité. Certaines organisations préfèrent que ces tâches fassent partie du paquet de base d'une pratique de MG et qu'elles soient par conséquent rémunérées uniquement par voie de rétribution forfaitaire. Dans cette vision des choses, seules les tâches qui s'ajoutent au paquet de base devraient être rémunérées à la prestation. La plupart des participants sont d'avis de maintenir un financement à la prestation pour les prestations techniques.

Il a été souligné plus haut que le système du financement à l'acte ne rémunère pas suffisamment l'investissement en temps en dehors des contacts patients, comme les tâches médico-administratives, le suivi des dossiers et la coordination des soins. Les avis sont partagés quant au mode de rémunération idéal, à l'acte ou selon un financement par capitation fixe.

Les participants ont attiré l'attention sur le fait que les primes telles que la prime de pratique intégrée existante² sont utiles mais pourraient être affinées pour récompenser encore davantage les processus de qualité.

Par ailleurs, plusieurs idées ont été mises sur la table, comme le financement par capitation d'un infirmier ou d'un assistant de pratique, le financement d'une consultation préventive annuelle ou un financement spécifique par primes pour la formation, la recherche et la représentation professionnelle dans diverses structures de santé.

3.4.4.6 Quelle relation entre le financement forfaitaire et le financement à la prestation ?

La relation idéale entre les différents modes de financement n'est guère étayée scientifiquement. Expérimentations, monitoring et évaluation s'imposent.

Une grande divergence peut également être observée entre les organisations participantes. Dans le cadre d'un modèle de paiement mixte, les avis varient entre d'une part +/- 30 % de financement à l'acte et 70 % d'allocations fixes, et d'autre part 70 % à l'acte et 30 % d'allocations fixes.

Il existe également peu de preuves attestant de la plus-value apportée par le « pay-for-quality ». Il va toutefois de soi que l'application de ce principe, le cas échéant, devra se baser sur des processus de qualité et non sur les résultats.

² <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/aide/pratique-integree/Pages/default.aspx>

4 Proposition d'un nouveau modèle de financement

4.1 Généralités

La présente proposition repose sur une convergence maximale entre les positions des différentes organisations participantes.

Le nouveau modèle de financement est neutre sur le plan budgétaire pour la pratique moyenne. Un financement additionnel est nécessaire pour les infirmiers de pratique et la gestion de la pratique.

4.2 Définition d'une pratique de MG dans le cadre du New Deal

Lors des discussions sur le paquet de soins et la relation avec le patient, il a clairement été dit que plusieurs tâches de ce paquet de soins doivent être proposées par une pratique de MG, et pas seulement par le médecin généraliste. On songe ici à un tri clair, à une continuité des soins partagée, à la mise en place de programmes de prévention ou de soins proactifs...

La convention New Deal étant conclu entre un médecin généraliste et l'INAMI, une définition claire est nécessaire. La définition suivante est proposée pour la « pratique de MG New Deal » :

Une pratique gérée par un ou plusieurs médecins généralistes travaillant sous le même toit ou structurés en réseau, avec une base commune de patients, et utilisant des outils d'intégration tels que les dossiers patients partagés et réunions de coordination.

Une pratique de MG se joint à l'accord comme une seule organisation.

4.3 Exigences de base

Seuls des médecins généralistes agréés composent la pratique de MG New Deal.

La pratique de MG New Deal garantit la disponibilité et la continuité des soins. Les heures d'ouverture s'alignent sur les heures d'ouverture de la garde. Pendant ces heures d'ouverture, une accessibilité téléphonique est garantie de manière continue et une prise en charge (aiguë) est assurée dans des délais acceptables, en fonction de la pathologie et du tri.

Si un infirmier exerce dans la pratique, il sera fait appel à des outils d'intégration comme la coordination des soins à intervalles réguliers et les protocoles de processus de soins partagés.

La pratique de MG New Deal s'engage à assurer une pratique qualitative, dispensant notamment aussi des soins préventifs et proactifs (aux niveaux individuel et collectif).

4.4 Financement à la capitation

Dans le cadre de l'actuel financement à la prestation, un montant fixe annuel est attribué pour la gestion du Dossier médical global (DMG). Tous patients ayant une relation thérapeutique fixe avec un des médecins généralistes d'une pratique New Deal entretiennent une relation DMG similaire avec un des médecins généralistes de la pratique.

Étant donné qu'une pratique de MG inclut de nombreuses tâches en dehors des contacts patients directs et consultations (gestion médicale, suivi des dossiers médicaux, concertation de soins, programmes de prévention, avis courts, ...) mais liées au patient, il est proposé d'augmenter cette partie du financement par capitation et de la réformer en un financement par capitation pondérée en fonction de la lourdeur des soins.

La pondération du financement par capitation en fonction de la lourdeur des soins doit recourir à des paramètres qui permettent, du point de vue technique et opérationnel, de déterminer et de payer

les montants du financement par capitation de manière automatisée. Il est proposé de moduler le montant en fonction de l'âge du patient et du statut Intervention Majorée. À cet égard, on pourrait travailler avec 3 ou 4 catégories d'âge, dont les limites devront être définies ultérieurement.

La part du financement à la prestation et par capitation via le DMG devient à peu près égale pour la pratique de MG de taille moyenne qui entre dans l'accord du New Deal.

Comme déjà signalé ci-dessus, il n'y a pas d'unanimité sur la question de savoir qui devrait percevoir ces paiements : le médecin généraliste ou la pratique de MG ? Vu qu'il est possible de mettre en commun les rentrées individuelles provenant du financement par capitation et de les utiliser pour la pratique, mais que l'inverse est beaucoup plus difficile, le groupe de réflexion recommande de verser ce paiement au médecin généraliste individuel pour le moment, mais d'en évaluer les effets et éventuellement de l'ajuster à l'avenir.

Le financement par capitation pondérée sera de préférence fixé et payé au minimum sur une base trimestrielle et a priori, en fonction de la faisabilité technique. Dans le système à l'acte, le paiement relatif aux honoraires des DMG est déjà effectué en début d'année. Si ce montant augmente, le recours à des paiements plus échelonnés pourrait s'avérer opportun.

La conclusion d'une relation thérapeutique fixe (DMG) doit devenir un processus bilatéral avec accord explicite du patient, signé soit de manière électronique soit sur papier. La pratique de MG est responsable de ce travail administratif et de la conservation des pièces justificatives.

4.5 Financement à la prestation

Le nouveau système d'organisation et de financement est un modèle mixte qui maintient des prestations pour les consultations, les visites et les prestations techniques. Le paiement des honoraires de prestations (consultations, visites, prestations techniques) s'effectue via le médecin généraliste qui exécute la prestation.

Étant donné que le montant pour les patients ayant une relation thérapeutique fixe (analogue au DMG) sera supérieur au DMG actuel, les honoraires à la prestation seront inférieurs aux honoraires actuels de consultation et de visite. Sont concernés uniquement les patients d'une pratique New Deal qui entretiennent une relation thérapeutique fixe. Pour les patients sans relation thérapeutique fixe de ce type (vacanciers, étudiants, deux domiciles pour cause de co-parentalité, second avis...), les taux de convention, appelés « tarif-passant » sont d'application.

Il faudrait notamment envisager un système qui évite le « *cherry picking* », à savoir des pratiques qui, parmi leurs patients réguliers, se concentreraient sur les profils qui nécessitent typiquement moins de soins, et des profils de patients ayant besoin de soins importants qui seraient considérés comme des « passants ».

L'idée de prévoir un ticket modérateur dans ce nouveau système ne fait pas consensus. Les participants sont toutefois d'accord pour dire que si l'intervention personnelle du patient venait à disparaître, ce montant devra être pris en charge par l'assurance obligatoire soins de santé. La simulation des effets budgétaires de ce nouveau système identifiera les budgets requis à cette fin. Une décision motivée pourra être prise sur la base de ces éléments lors des prochains débats au sein de la Commission nationale médico-mutualiste (CNMM).

4.6 Financement par primes

Les primes qu'une pratique de MG peut percevoir se situent à différents niveaux qui sont évalués de manière distincte : soutien, disponibilité, qualité et collaboration.

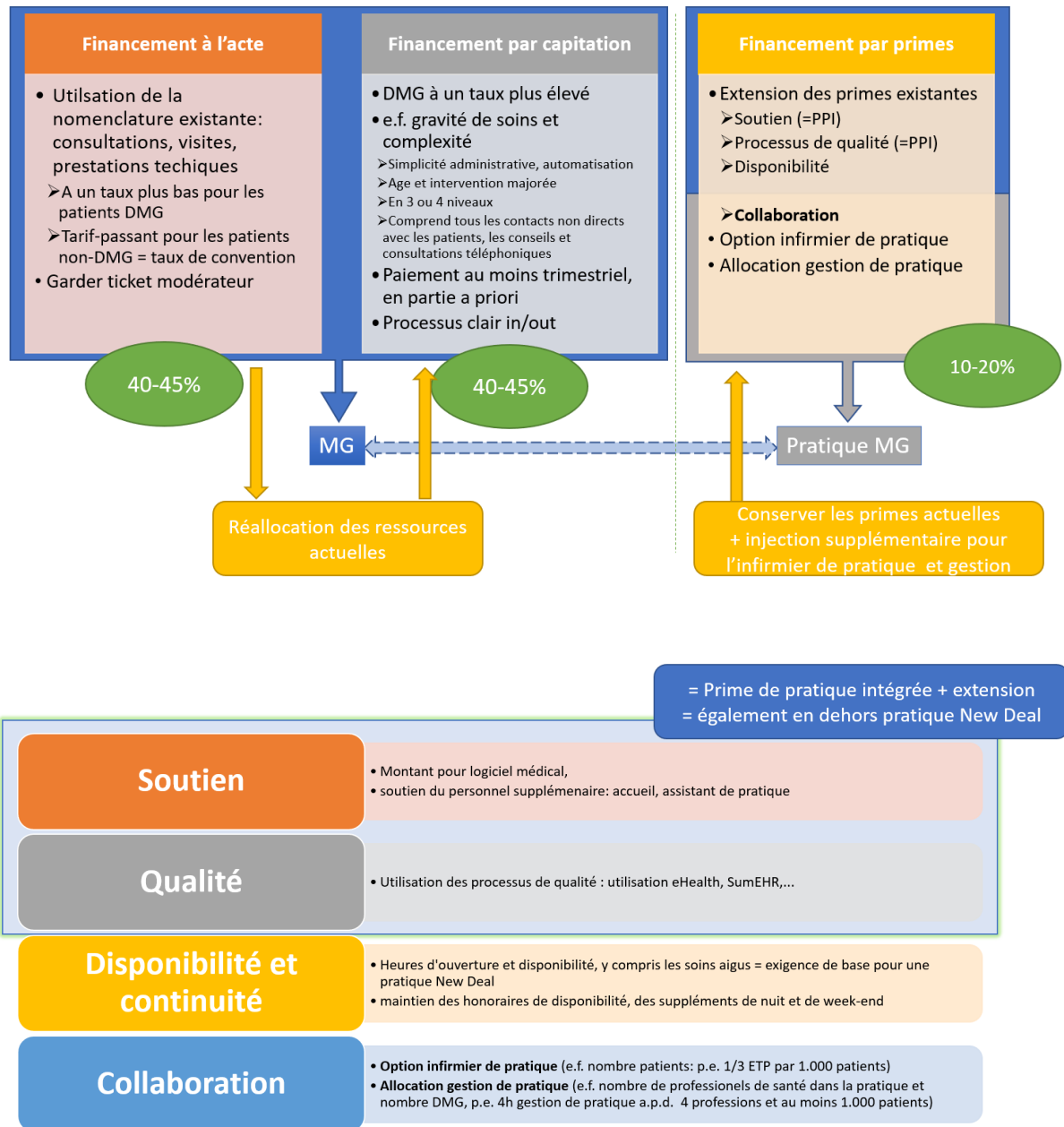
La composante « soutien » couvre les coûts du logiciel médical, une partie des coûts de la réception/accueil et/ou de l'assistant de pratique (en plus des primes existantes). La composante « qualité » encourage l'application de processus de qualité, comme l'usage du dossier médical informatisé, la recherche de preuves scientifiques et le recours aux services eHealth. La prime de pratique intégrée actuelle est utilisée pour ces composantes et peut également être octroyée aux médecins d'une pratique de MG New Deal. Cette réglementation est aussi revue dans le cadre du financement du personnel de soutien en dehors des pratiques New Deal (cf. accord CNMM 2022-2023, point 3.2.2³).

La composante « collaboration » constitue un nouveau financement pour la gestion de la pratique en fonction du nombre de prestataires de soins au sein de la pratique (médecins généralistes, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux...) et du nombre de patients ayant une relation thérapeutique régulière, p. ex. une rémunération pour 4h de gestion de la pratique par semaine, à partir de 4 professions de soins dans une pratique qui compte au moins 1000 patients réguliers.

La composante « collaboration » comprend également une prime facultative pour un infirmier dans la pratique de MG. Le montant de la prime est déterminé en fonction du nombre de patients réguliers dans la pratique. Une possibilité pourrait consister p. ex. à accorder une prime par 1000 patients réguliers dans la pratique, correspondant à 1/3 ETP du salaire d'un infirmier de pratique. La prime pour l'infirmier de pratique est également liée à des conditions d'utilisation des outils d'intégration (p. ex. processus de soins partagés protocolisés, DMI partagé, réunions de coordination), mise en place de programmes de prévention et de soins proactifs.

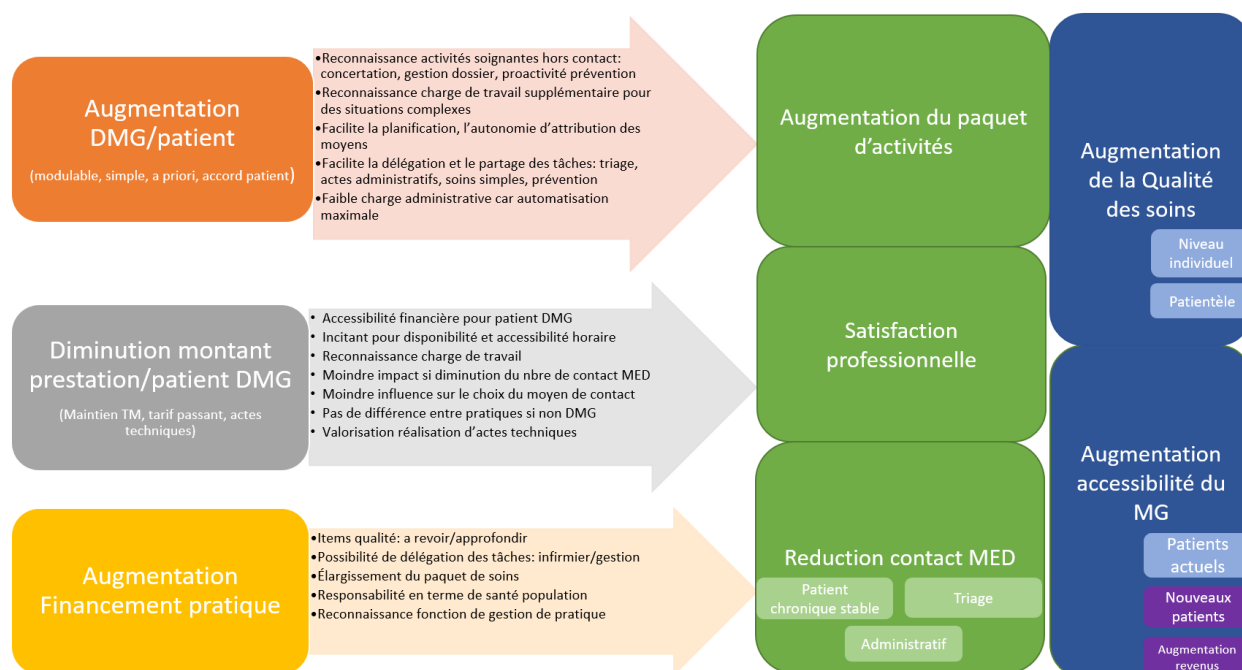
³ https://www.riziv.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/soins/Pages/accord-medico-mutualiste.aspx#L%E2%80%99Accord_m%C3%A9dico-mutualiste_2022-2023

La proposition est illustrée dans le schéma récapitulatif suivant :



4.7 Effets attendus

La figure suivante montre les effets attendus potentiels du nouveau mode d'organisation et de financement de la pratique de MG, selon les 3 niveaux de financement.



Par ailleurs, il est possible d'esquisser les effets attendus dans la prise en charge d'un patient souffrant de maladie chronique dans cette nouvelle modalité organisationnelle et financière.

Il est estimé qu'un patient avec une maladie chronique consulte un MG en moyenne entre 10 et 15 fois par an (variable selon les pathologies chroniques mais en considérant par ailleurs que la majorité des patients sont en situation de multimorbidité)⁴. Il est attendu du médecin généraliste une série d'activités en lien avec la prise en charge de ces situations chroniques : planification du suivi chronique, réalisation de prévention individuelle (associé à une proactivité minimale de la part du MG), éducation thérapeutique, gestion de situation instable (complication, déséquilibre, hospitalisation, etc.), réalisation éventuelle d'actes techniques. Des activités sont aussi à réaliser en dehors du contact direct avec le patient : gestion du dossier médical, concertation avec les autres intervenants (1ère ou 2ème ligne), réalisation de procédures administratives. Il se doit d'être disponible pour des problèmes aigus non nécessairement en lien avec les problèmes chroniques.

Via la reconfiguration de l'organisation et du financement de la pratique de MG, un autre type de prise en charge de ce type de patient peut être possible.

Le nouveau mode de financement permet la planification d'activités au sein de la pratique et l'engagement de professionnels de soutien, comme un.e secrétaire/accueil, un.e infirmière de pratique (ou encore un.e assistant.e de pratique en soutien aux 2 professions précitées).

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

Via des protocoles établis au sein de la pratique, et sous la supervision du ou des médecins généralistes, une partie des activités sont partagées et/ou déléguées à ces professionnels de soutien. Le triage et l'orientation des demandes par le secrétariat et/ou l'infirmier permet notamment la réduction de la charge administrative pour le MG. Pour des patients chroniques stables, et selon des protocoles établis au sein de la pratique, une partie des activités de suivi chronique peuvent être avantageusement partagées avec l'infirmier de pratique (éducation thérapeutique, prévention individuelle, planification de suivi, alimentation et organisation du dossier médical du patient). La réalisation de certains actes techniques peut être déléguée à l'infirmier en laissant leur interprétation au médecin référent du patient. L'ouverture de ce champ d'activités à d'autres professionnels de la pratique n'est pas synonyme de suppression de leur réalisation par le MG (le choix et le degré de délégation est laissé libre au MG), mais plutôt d'augmentation d'accessibilité pour les patients de la pratique de MG.

Via l'augmentation du financement forfaitaire à la capitation, les activités hors contact patient du médecin généraliste, utiles pour un suivi optimal, sont davantage reconnues et donc favorisées.

La répartition différente des contacts d'un patient souffrant de maladies chroniques avec la pratique de médecine générale pourrait résulter en une diminution du nombre de contact annuel avec le MG référent, mais en visant à maintenir un nombre de contact minimal nécessaire pour le maintien d'une qualité relationnelle et d'une vue globale de la situation, indispensables pour tout suivi au long cours. Ces contacts se concentrent sur les compétences spécifiques du médecin généraliste tout en maintenant l'approche globale et continue qui sont caractéristiques de cette profession. Le MG bénéficie de plus, dans ces prises en charges complexes par le biais des actions des professionnels de soutien intégrés à la pratique, de préparation et de soutien qui peuvent faciliter ses interventions et améliorer la qualité globale des soins prestés.

4.8 Sujets connexes et recommandations

Au cours de la discussion sur les différents thèmes, des sujets ont émergé concernant une évolution souhaitable pour *toute la médecine générale* et pas uniquement dans le cadre du développement d'un nouveau modèle de pratique :

- Intégration des données de santé au sein d'un dossier médical partagé au sein de la pratique de MG ; allant des médecins spécialistes extrahospitaliers aux programmes verticaux de prévention ciblée (p. ex. : Kind&Gezin-ONE et données de suivi/vaccination).
- Organisation de la garde de MG au niveau d'un territoire donné
- Changement de paradigmes en cours: « *less is more* »/prévention quaternaire, goal-oriented care, besoins des nouvelles générations de professionnels.
- Veiller à une meilleure compréhension de la 1^{ère} ligne de soins auprès de la population générale pour distinguer ce qui est du ressort du médecin généraliste, d'une pratique de MG, de la demande urgente ou à différer.
- Une fonction de tri en dehors de la pratique, disponible en semaine, p. ex. au moyen d'outils numériques.
- Intégration avec la 2^{ème} ligne de soins : favoriser l'établissement de protocoles de soins partagés⁵ entre 1^{ère} et 2^{ème} lignes (avec clarification des rôles et responsabilités de chacun), reconnaître la fonction de soutien de la 2^{ème} à la 1^{ère} ligne, notamment via un financement de cette activité et via la télé-expertise, organiser les canaux de communication entre 1^{ère} et 2^{ème} lignes.
- Rôle accru de la médecine du travail dans l'évaluation des patients malades chroniques.
- Évolution de la médecine générale vers une pratique plus durable: prescription raisonnée (évitant sur-prescription et choix de produits nocifs pour le milieu, transport des patients, consommation énergétique des bâtiments, etc.)

Ces sujets, malgré leur importance, sont pertinents pour tous les modèles d'organisation et de financement de la médecine générale et, en tant que tels, ne sont pas abordés dans les discussions relatives à un nouveau modèle d'organisation et de financement.

Vous trouverez ci-dessous des recommandations sur des sujets pour lesquels une convergence maximale est établie.

4.8.1 Un nombre suffisant de médecins généralistes

Il faut veiller à ce qu'il y ait suffisamment de médecins généralistes et à ce que les pratiques de MG soient bien réparties. Compte tenu de l'importante vague de départs à la retraite qui s'annonce, il s'agit là d'un point crucial pour répondre à la demande croissante de soins.

4.8.2 Formation de l'assistant de pratique et de l'infirmier dans la pratique de MG

L'assistante de pratique peut, dans le futur, s'avérer utile pour assurer les tâches suivantes au sein d'une pratique de MG :

1. Fonction de secrétariat
2. Évaluer la demande de soins et orienter vers le prestataire de soins le plus approprié
3. Tâches administratives et logistiques
4. Mise à disposition de l'information

⁵ Doit être compris comme un outil d'intégration de soins à part entière que la pratique elle-même peut rédiger/établir afin que chacun sache ce qu'il doit faire ou ce qu'il est attendu qu'il fasse dans une situation précise.

5. Actes de soins infirmiers simples : prises d'échantillons, mesures (tension artérielle, biométrie, ECG, spirométrie, certains tests « point-of-care » comme test urinaire par bandelette), soins de plaies simples, stérilisation. Pas d'injections ni administration de médicaments.
6. Soutenir le médecin généraliste/infirmier dans les actions d'amélioration de la qualité
7. Soutenir le médecin généraliste/infirmier dans l'organisation d'actions préventives

Le profil proposé pour le poste d'assistant de pratique comprend des tâches administratives et logistiques, ainsi que des tâches de soutien médical telles que des actes infirmiers simples. Permettre une telle concrétisation de l'assistant de pratique ne sera possible qu'une fois que les adaptations nécessaires auront été apportées à la LEPSS concernant les tâches de soutien médical, et après que la formation aura été assurée par les institutions éducatives.

Le groupe de réflexion a demandé que les autorités et administrations compétentes assurent le suivi nécessaire.

Il faut également considérer un nombre suffisant d'infirmiers pour soutenir la pratique de MG et organiser, auprès des autorités compétentes, une offre de formation qui correspond à la (future) demande des pratiques de MG.

4.8.3 Recommandations pour le service de garde

Le groupe de travail s'est également penché sur la continuité des soins et la disponibilité de la pratique de MG. Durant ces discussions, la place du service de garde de médecine générale a régulièrement été abordée. À cet égard, certaines organisations ont évoqué plusieurs éléments : une garde de médecine générale performante au service de la population, un tri efficace généralisé, les horaires de cette garde (y compris la garde organisée les soirs de semaine et les heures de nuit profonde le week-end), les coopérations fonctionnelles pour les postes de garde de médecine générale, la charge de travail dans le service de garde de médecine générale et le système de rémunération, dont les honoraires de disponibilité.

Le groupe de réflexion n'a pas approfondi l'examen de ces points vu qu'ils s'appliquent à tous les modèles de financement. Il est recommandé de discuter de ces matières dans le cadre des organes de concertation déjà en place comme la Plateforme d'accompagnement « Garde » et les groupes de travail de la CNMM.

4.8.4 Recommandations concernant le dossier santé électronique partagé

Le dossier médical unique et partagé entre les différentes professions au sein de la pratique de MG sert d'outil de communication et de coordination. Les modalités nécessaires au partage des données doivent être examinées et précisées.

Il faut pouvoir partager des données de dossiers pour parvenir à une véritable collaboration, de manière active et passive.

Ce partage de données doit être possible au moins au niveau de la pratique, avec des règles claires sur qui a accès à quelles données, une identification claire du prestataire de soins lorsque des éléments sont ajoutés/ajustés au dossier.

L'élaboration technique du partage des données du dossier entre les prestataires de soins de santé en dehors du cabinet est traitée dans un autre groupe de travail (groupe de travail sur le Belgian Integrated Health Record ou BIHR).

4.8.5 Recommandations concernant l'éducation du patient et le tri

Il faut parvenir à une meilleure compréhension de la 1ère ligne de soins auprès de la population générale pour distinguer ce qui est du ressort du médecin généraliste, d'une pratique de MG, de la demande urgente ou à différer. Les programmes d'éducation des patients et de littératie en santé (où s'adresser pour quels soins ? Quand contacter un médecin pour des pathologies fréquentes ?) peuvent aider à soulager le médecin généraliste de manière significative et ainsi améliorer la disponibilité. Ceci peut aussi être rendu possible, par exemple via une fonction de tri en dehors de la pratique, au moyen d'outils numériques.

4.8.6 Recommandations aux pouvoirs locaux et régionaux

Les autorités locales peuvent apporter un soutien en matière de locaux pour les pratiques de MG, qui ont des besoins spécifiques en termes de taille et d'accessibilité.

Il est utile d'orienter les patients vers des pratiques de MG disponibles au niveau d'un territoire donné. Les pouvoirs locaux ou les réseaux de première ligne peuvent assumer cette responsabilité. Un cadastre des pratiques est un instrument indispensable à cet égard.

5 Prochaines étapes

5.1 Fonctionnement opérationnel

Pour la mise en œuvre concrète de la proposition décrite ci-dessus, il est demandé à la Commission nationale médico-mutualiste de constituer un groupe de travail qui se penchera sur les aspects suivants :

- Les aspects techniques qui permettront de rendre ce système opérationnel à plus ou moins court terme (p. ex. l'automatisation du financement par capitation pondérée, l'adaptation des processus de facturation...) ;
- Les possibilités budgétaires : possibilité de réallouer les ressources actuelles, possibilité d'investir dans les infirmiers de pratique et la gestion de la pratique en fonction du nombre de pratiques dans la phase de démarrage ;
- Les projets connexes au sein de l'INAMI comme la réforme de la nomenclature (dont les consultations et les actes associés), la réforme des primes d'accréditation, les ajustements de la prime de pratique intégrée (p. ex. pour le personnel de soutien) ;
- La disponibilité des infirmiers pour la pratique de MG.
- La possibilité d'évaluer et de contrôler un nouveau système de financement (cf. infra).
- Les possibilités juridiques et le respect du partage des compétences ;

Au cours de cette phase, le secteur infirmier devra également être informé et consulté sur les plans, avec d'une part le secteur spécifique des infirmiers dans la pratique de MG, et d'autre part le secteur plus large des autres praticiens de l'art infirmier (infirmiers hospitaliers, infirmiers à domicile, infirmiers dans le secteur des soins aux personnes âgées...).

On peut s'attendre à ce que les infirmiers qui ont déjà quitté le secteur des soins de santé pour diverses raisons soient aussi potentiellement intéressés à reprendre la profession dans une pratique de MG, au vu des différentes tâches physiquement moins contraignantes. Il faudra voir s'il y a des obstacles à la réalisation de ces tâches (p. ex. un visa expiré).

Le rapport final, la proposition de nouveau modèle d'organisation et de financement et les recommandations seront également présentés au groupe de travail Coordination de la politique (groupes de travail intercabinets) afin de permettre une coordination maximale avec les initiatives actuelles et futures des différentes autorités.

5.2 Points de discussion ouverts

Dans le cadre de la mise en œuvre opérationnelle, des décisions devront encore être prises concernant les éléments suivants.

5.2.1 Ticket modérateur

Des simulations devront évaluer les effets budgétaires liés à la suppression du ticket modérateur afin de pouvoir décider en connaissance de cause.

5.2.2 Conventionnement

D'autres décisions devront être prises en ce qui concerne la question de rendre obligatoire ou non l'application des tarifs fixés dans le nouveau modèle de financement.

On observe à ce jour un taux de conventionnement élevé en médecine générale : 92 % des médecins généralistes sont conventionnés.

Cette décision est liée à la décision à prendre concernant le ticket modérateur comme expliqué plus haut. Si aucun ticket modérateur n'est demandé dans le nouveau système sans obligation de conventionnement, il y a le risque que les médecins demandent un supplément équivalant au ticket modérateur.

5.2.3 Financement à la pratique

Une augmentation du financement à la capitation et une baisse du financement à l'acte conduiront à des risques pour les MG débutants ou médecins remplaçants. Dans le nouveau système de financement proposé, il est stipulé que le financement à la capitation est versé au médecin généraliste individuel mais qu'une pratique peut choisir de mettre en commun et de redistribuer les revenus provenant du financement par capitation pondérée.

On pourra aussi examiner si l'on rend obligatoire le détail de la modalité de répartition dans un accord de coopération de la pratique, avec enregistrement centralisé de ces modalités de paiement, dans l'optique de les inclure dans l'évaluation de la phase de démarrage de l'accord.

5.2.4 Consultations à distance

Les participants du groupe de réflexion ont reconnu que collecter les tickets modérateurs pour les consultations à distance est très difficile et devrait être évité dans un futur modèle. Une des conclusions du premier groupe de réflexion sur le cadre futur des téléconsultations était qu'un modèle de financement global était nécessaire, non seulement pour les téléconsultations mais aussi pour les consultations physiques. Il ne devrait pas y avoir d'incitation financière, pour les médecins ou les patients, à préférer un type particulier de consultation.

Le groupe de réflexion a envisagé cinq options, chacune ayant ses avantages et ses inconvénients. L'option préférée était " Financement de la téléconsultation à la prestation, avec perception du ticket modérateur", car elle offre les meilleures garanties pour une bonne pratique de la télémédecine et une intégration optimale avec les autres types de consultation, avec un faible risque d'abus. ⁶

Dans la proposition actuelle, les consultations physiques et à distance pourraient être traitées sur un pied d'égalité dans le cadre du financement des prestations.

⁶ <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/Pages/telemedecine-applications-mHealth.aspx>

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

Cette discussion dépend également de la décision prise concernant le co-paiement et devrait être discutée au sein du groupe de travail CNMM.

5.3 Implémentation

Dans la phase de démarrage du nouveau système, le nombre de pratiques susceptibles de passer d'un système à l'autre peut éventuellement être limité en fonction de différents facteurs comme les capacités opérationnelles du circuit de paiement, le développement des processus IT nécessaires à un déploiement plus large, la disponibilité des infirmiers de pratique, le processus d'évaluation de la phase de démarrage, etc.

À ce stade, il est important de bien informer les médecins généralistes sur le nouveau modèle et sur ce qu'il signifie en termes de gestion de la pratique. Il est possible d'organiser des séances d'information dans les GLEMs, des webinaires, des séances d'information individuelles dans les pratiques de MG, etc.

Un appel peut être lancé pour identifier les pratiques de MG intéressées. L'offre et la demande doivent correspondre.

5.4 Évaluation

Le présent rapport propose un nouveau modèle d'organisation et de financement durable pour la médecine générale en Belgique, qui répond aux besoins constatés et aux principes du Quintuple Aim : qualité des soins, santé de la population, rapport coût-efficacité, égalité et accessibilité des soins et le bien-être des professionnels de la santé.

Pour savoir si le nouveau modèle atteindra ces objectifs, il est important d'évaluer le modèle et d'apporter les éventuels ajustements nécessaires.

C'est pourquoi il y a lieu, dès la phase de développement opérationnel, de réfléchir aux indicateurs susceptibles d'évaluer les objectifs et à la manière de collecter les données, tant au niveau de la pratique que du système global..

Indicateurs possibles (liste non limitative):

- Nombre de DMG ou patients réguliers par pratique
- Nombre de consultations/visites par patient chez le médecin
- Satisfaction des prestataires de soins
- Satisfaction des patients
- Pratiques refusant d'accueillir de nouveaux patients
- Présence d'un infirmier de pratique
- Présence d'autres professionnels de santé
- Dépenses INAMI par patient par type de pratique
- Nombre de consultations aux urgences hospitalières durant les heures ouvrables pour les patients avec DMG
- Offre de soins préventifs et soins proactifs
- Indicateurs maladies chroniques

L'évaluation du nouveau système peut être confiée à un institut de recherche scientifique, éventuellement sous la coordination du KCE.

Un comité d'accompagnement devra être prévu afin d'assurer un suivi du projet en phase initiale. Pour les organisations participantes, la composition du groupe de réflexion peut être une base utile.

5.5 Soutien à l'information, accompagnement de la transition, évaluation

Le groupe de réflexion recommande de confier à une organisation ou à des personnes les tâches suivantes :

- Informer les médecins généralistes sur le nouveau système d'organisation et de financement, via les GLEMs, webinaires et séances d'information individuelles.
- Accompagner et soutenir les pratiques de MG dans la transition vers le nouveau système (p. ex. proposer des protocoles de collaboration avec des infirmiers, proposer des postes vacants types, point de contact pour questions sur l'adhésion au New Deal...) ;
- Rassembler les expériences de pratiques de MG et développer l'expertise ;
- Contribuer à évaluer le nouveau modèle sur la base de ces expériences et expertise ;
- Formuler des recommandations stratégiques pour adapter la convention si nécessaire.

Ceci pourrait se faire en mandatant les associations professionnelles scientifiques, cercles de médecine générale ou syndicats de médecins, avec financement spécifique.

6 Remerciements

Ce rapport final est le résultat de la contribution de très nombreuses personnes.

Tout d'abord, tous les membres du groupe de réflexion (voir annexe 1). Le rythme des réunions était intense et les sujets nombreux. Nous sommes donc extrêmement reconnaissants à tous les membres pour leurs contributions.

Par ailleurs, nous avons également pu compter sur l'aide de chercheurs de l'Université de Liège, de l'Université Catholique de Louvain et de la KU Leuven, pour la réalisation de la recherche qualitative par groupes de discussion et de l'enquête quantitative. Il s'agit en particulier de :

- 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)

Nous exprimons notre gratitude aux chercheurs du KCE (Mélanie Lefèvre, Muriel Levy, Carine Van de Voorde) pour leur analyse approfondie et utile, qui a été élaborée dans un délai très limité.

Enfin, nous tenons à remercier Lucky Botteldooren (UA) pour sa contribution sur les infirmières en médecine générale et Pascal Meeus et son équipe RDQ de l'INAMI pour les analyses de données.

Annexe 1 – Composition groupe de réflexion

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 Boecktaens
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 directie – 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 or 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.

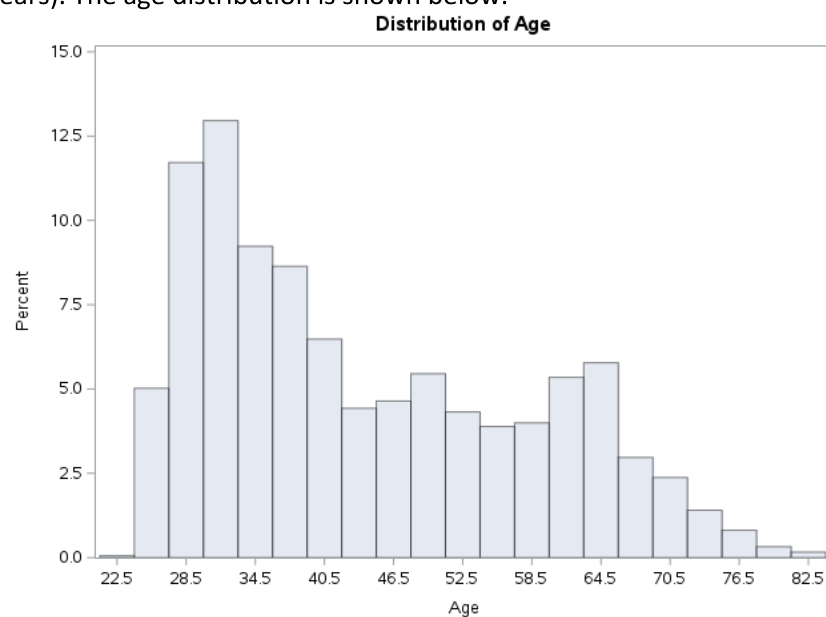


Figure 1: Age distribution of analysed respondents

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.

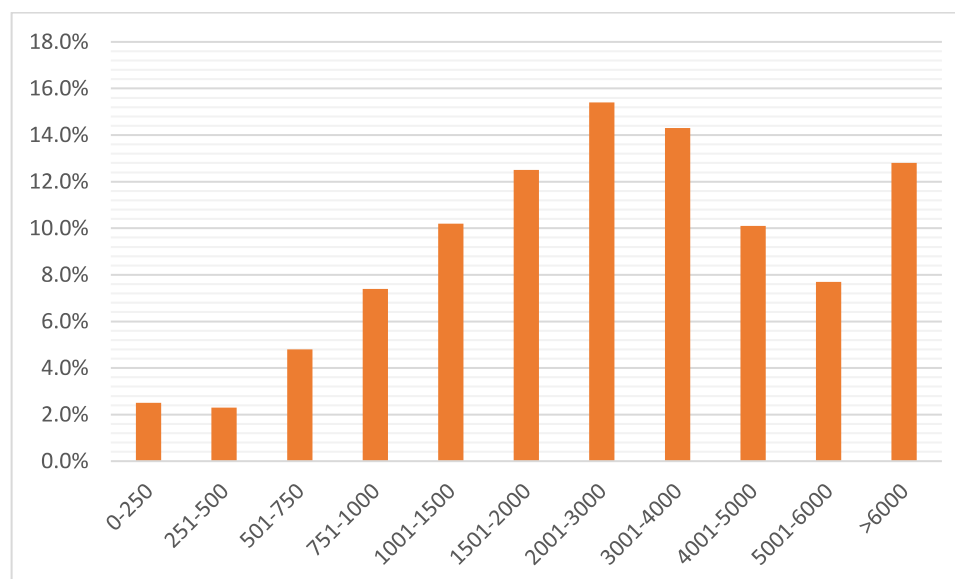


Figure 1: number of GMDs in the respondents' practice

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.

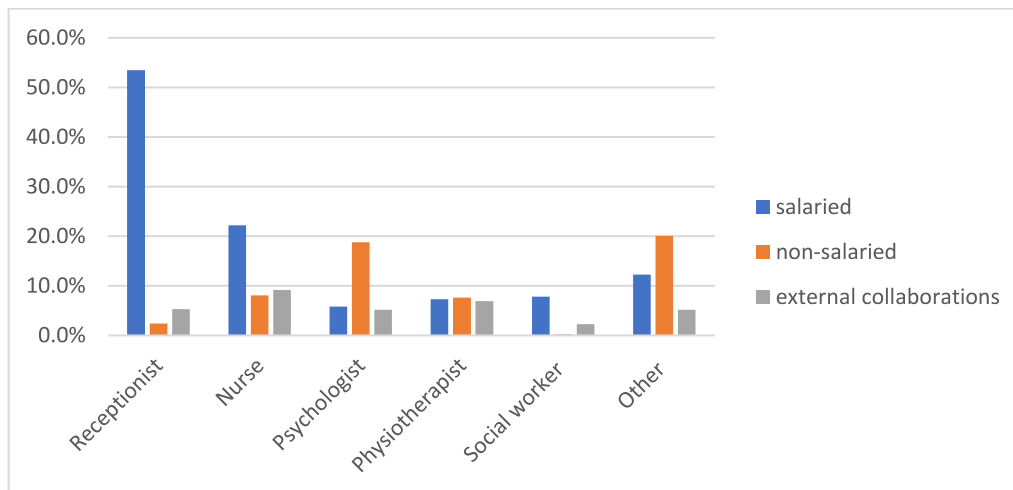


Figure 2: Overall set-up of current GP practices

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%	1.2%	-	-	-	3.3%
	1.0(0.6)	1.0 (0.5)				1.0 (0.5)
Network	39.4%	4.5%	-	-	-	4.5%
	1.0 (1.0)	1.0 (0.8)				1.0 (0.2)
Group	62.3%	11.9%	0.9%	0.7%	0.4%	7.8%
	1.0 (1.0)	1.0 (0.5)	1.0 (0.2)	2.0 (2.0)	1.0 (0)	1.0 (0.3)
Multidisciplinary fee-for-service	74.6%	61.4%	8.0%	5.5%	4.9%	12.3%
	2.0 (1.0)	1.0 (0.5)	1.0 (0.2)	2.0 (1.0)	1.0 (0.5)	1.0 (0.3)
Multidisciplinary capitation	78.0%	77.5%	31.6%	50.5%	54.6%	51.8%
	4.0 (2.5)	3.0 (1.6)	1.0 (0.5)	3.0 (2.3)	1.0 (0.5)	3.0 (1.0)
Practice with ≥1000 GMDs/DMGs	30.3%	30.4%	7.8%	9.5%	10.4%	16.4%
	2.0 (1.0)	1.0 (1.0)	1.0 (0.5)	3.0 (2.3)	1.2 (0.6)	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.

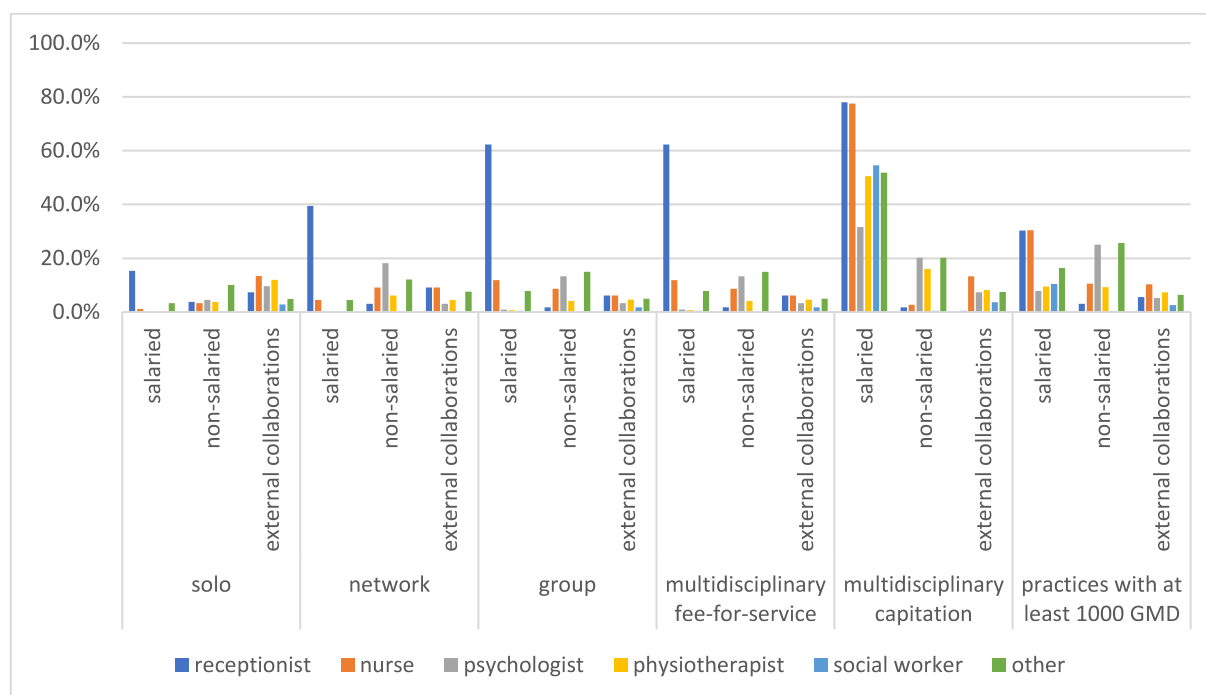


Figure 3: Overview of current practice set-up by practice type

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.

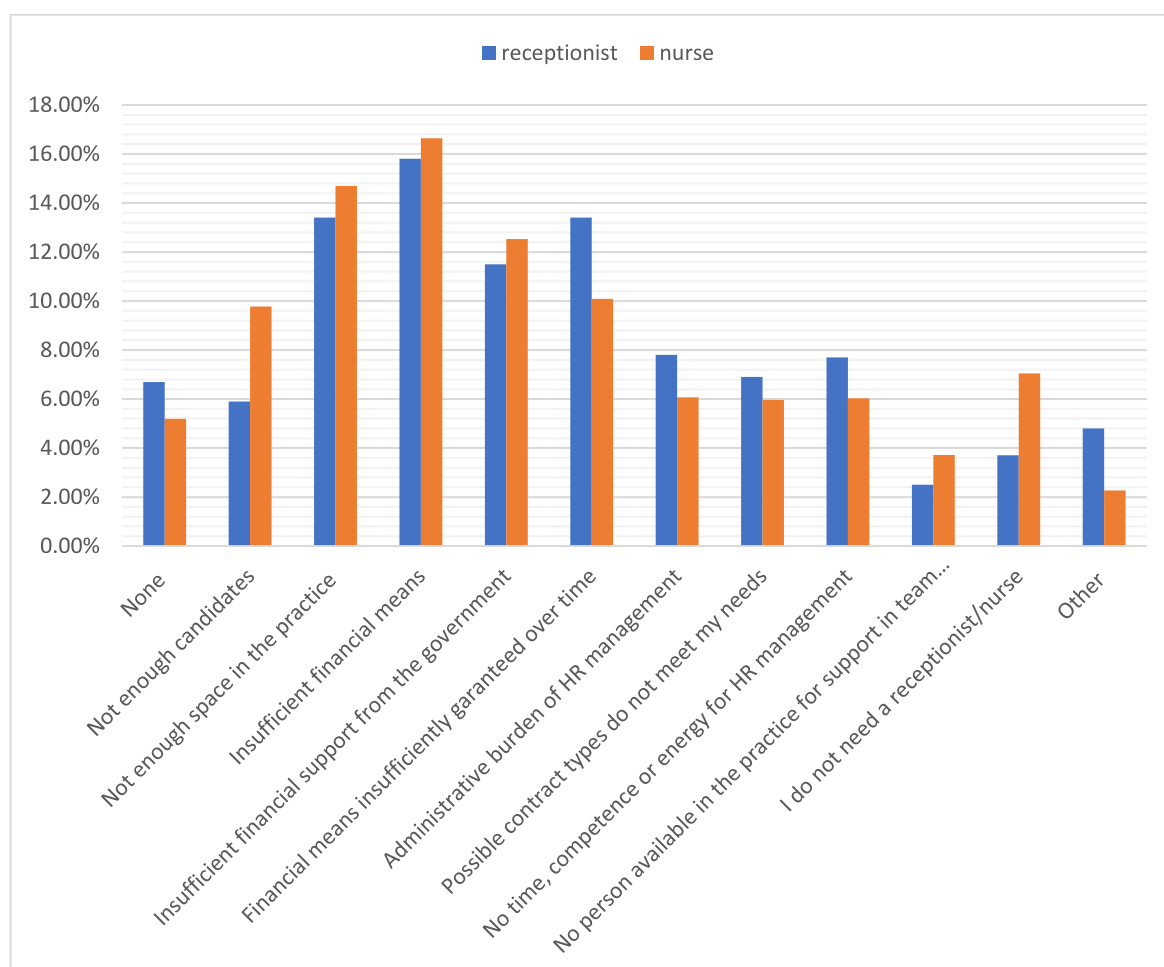


Figure 4: Barriers for hiring a receptionist or nurse

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.

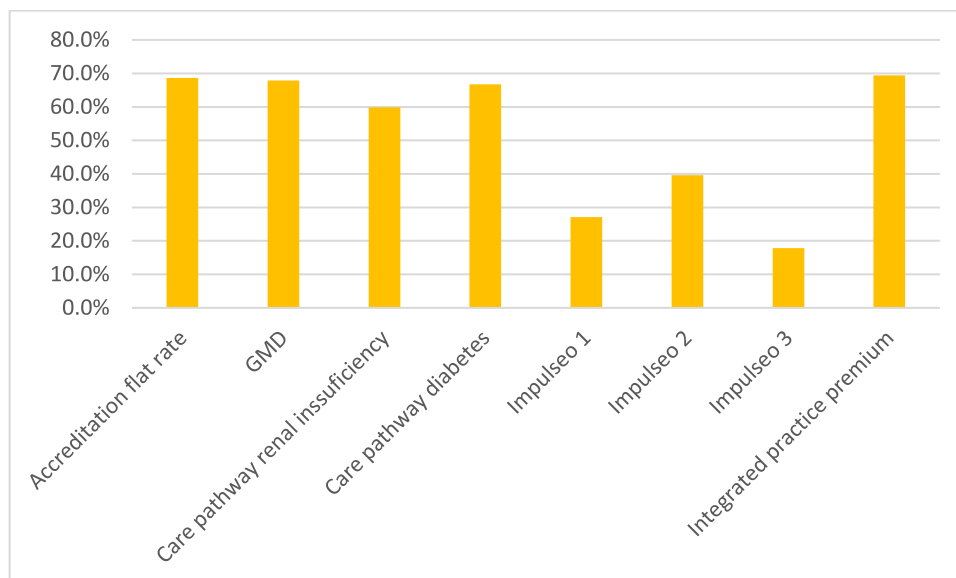


Figure 5: premiums received in the past

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.

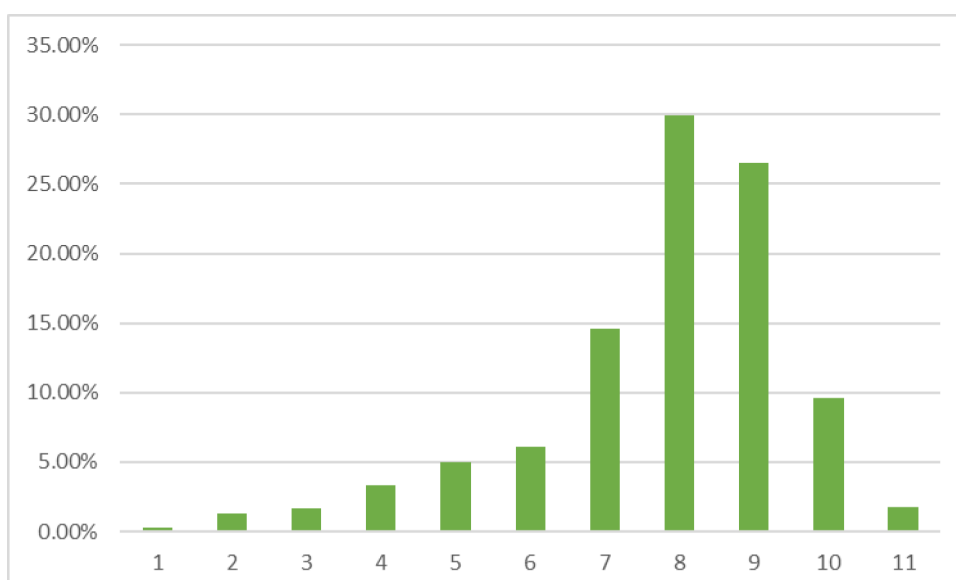


Figure 6: satisfaction with their job as a GP on a 0-10 VAS scale

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.

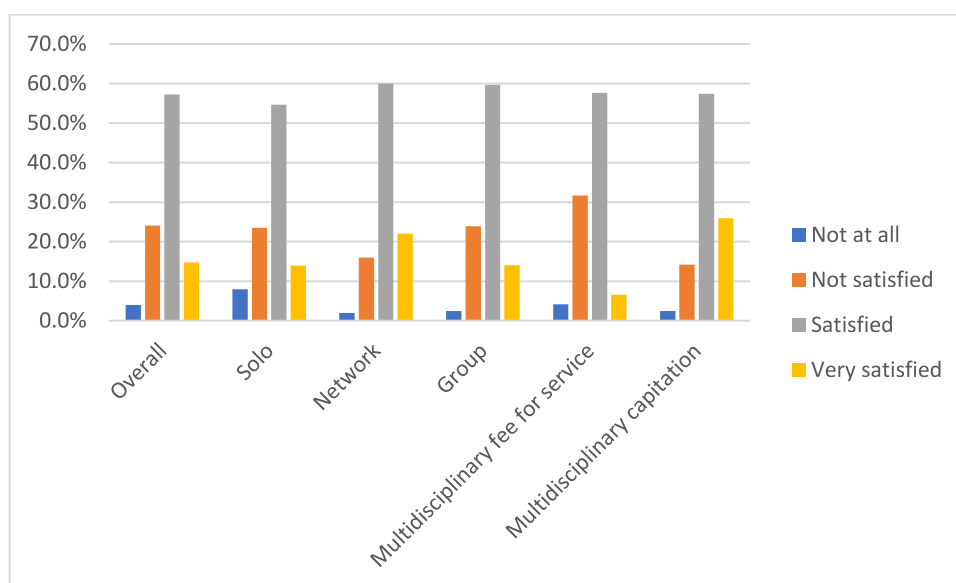


Figure 7: Satisfaction with current financing model

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.

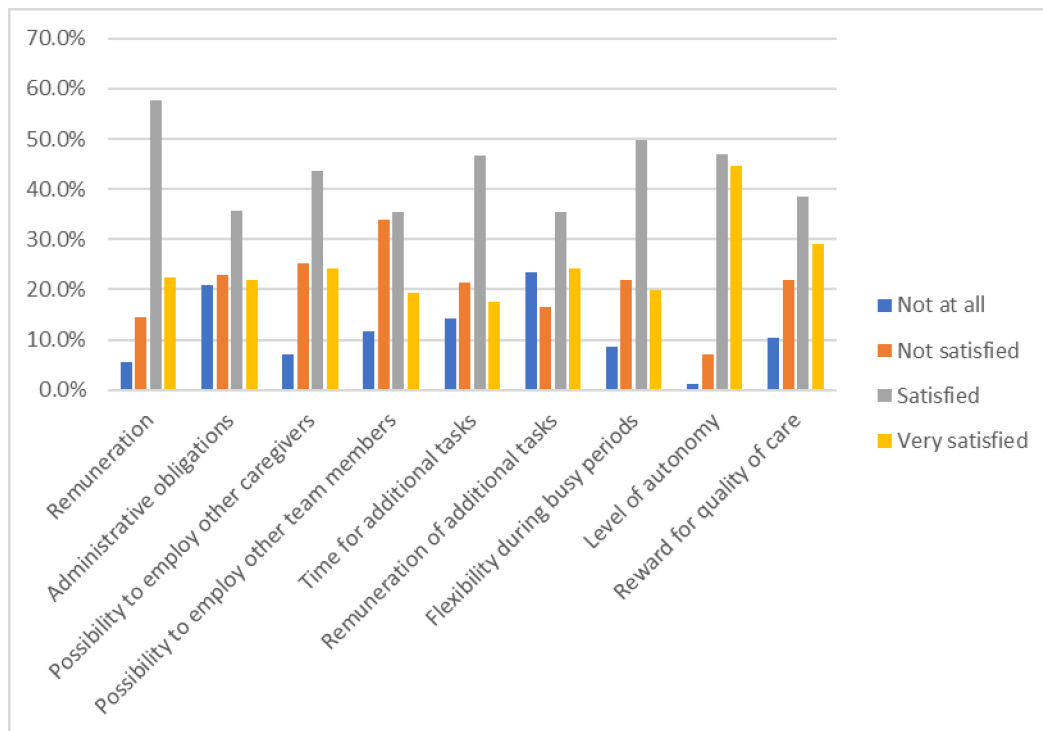


Figure 8: Factors contributing to satisfaction with financing model

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%).

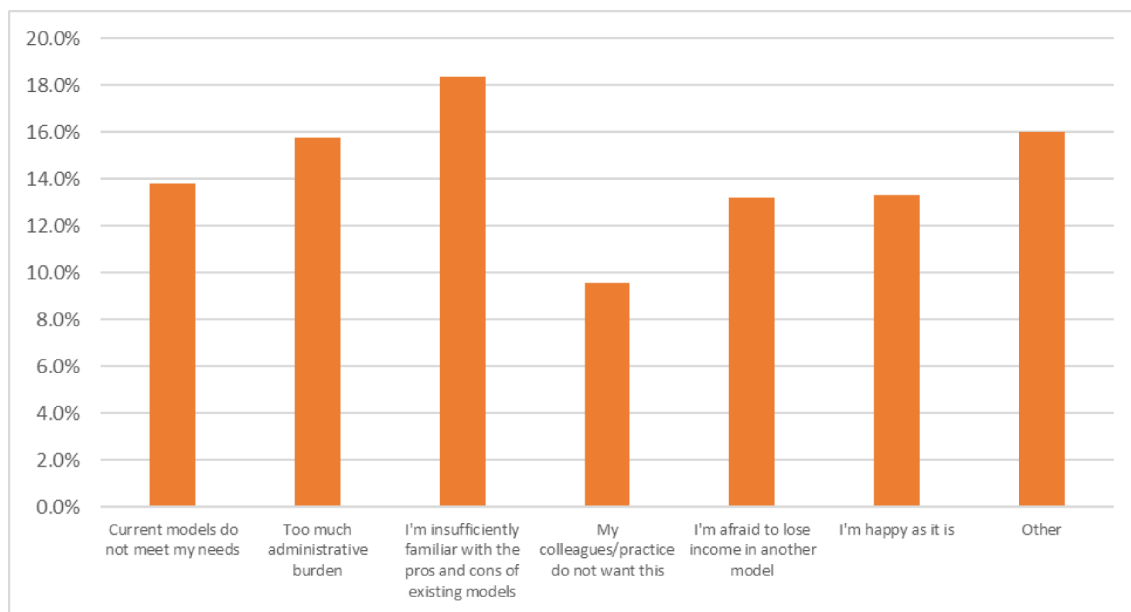


Figure 9: Reasons for not wanting to change to an existing financing model

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.

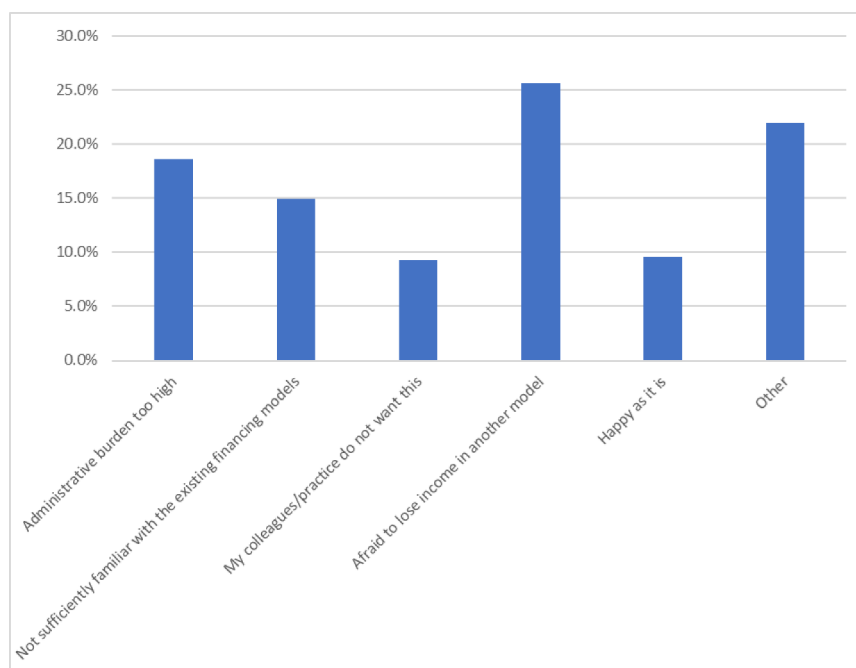


Figure 10: reasons for not wanting to change to a new financing model

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.

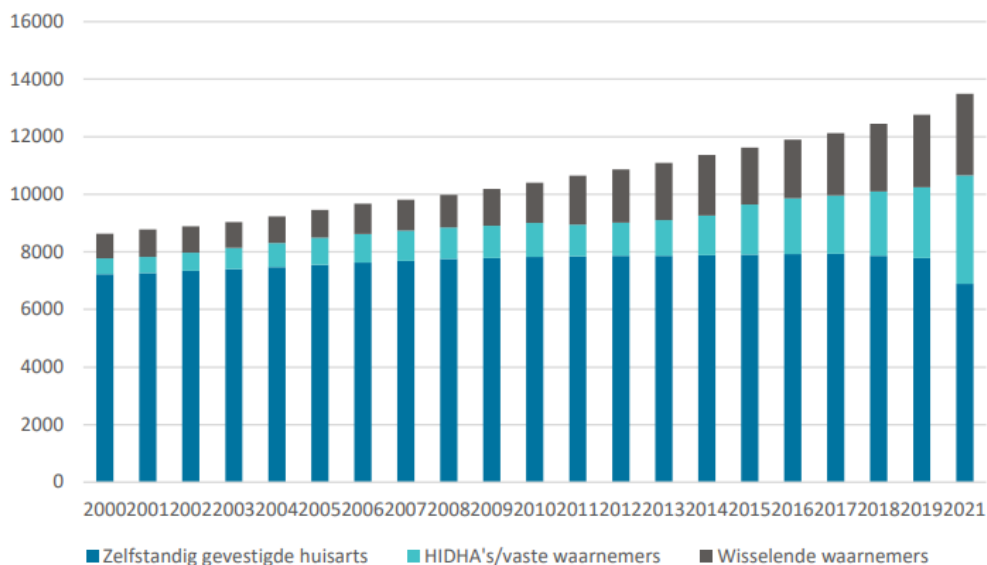
The number of GPs, expressed in FTEs, compared to the number expressed in headcounts largely differs between the three GP groups. In 2018, the percentage was 80% for the self-employed practice owners, 64% for GPs working in a limited number of GP practices and 57% for GPs working for a short time in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

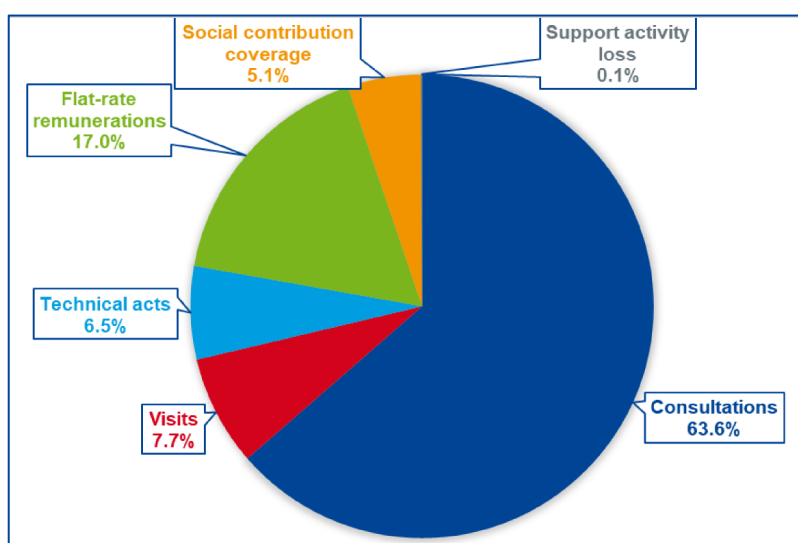


santé publique – ROSP), yearly capitation payments to coordinate care for patients with chronic conditions, a lump-sum payment as a support for the physician to modernise his or her medical practice, a lump-sum payment for on-call duties and a lump-sum payment to encourage GPs to electronically transmit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

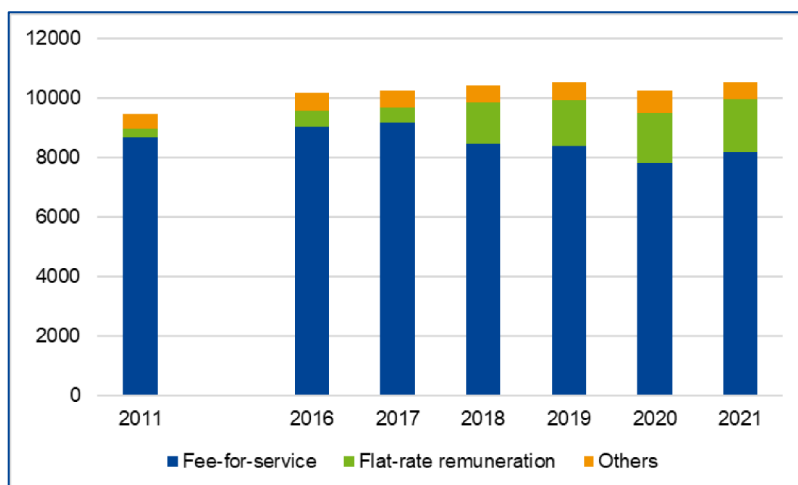
Although the system is still mainly based on fee-for-service payments, flat-rate payments make up an increasing share of GP reimbursements (see Figure 3). Indeed, these flat-rate payments only represented 3% of GP reimbursements in 2011.³²

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



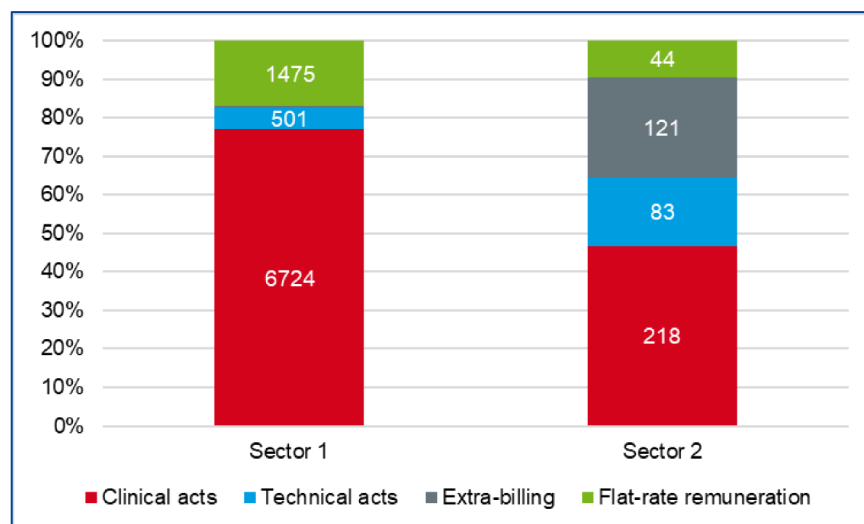
4.2.1 Fee-for-service: statutory tariffs in national agreements and extra billing

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.



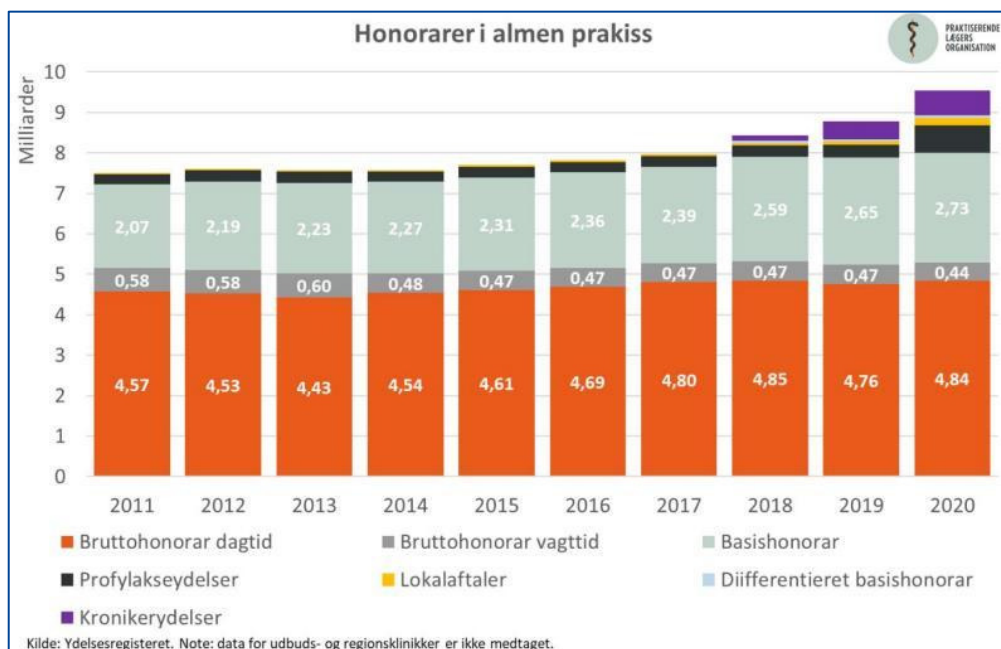
5.2 Remuneration system

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; *Profylakseydelser* = 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.

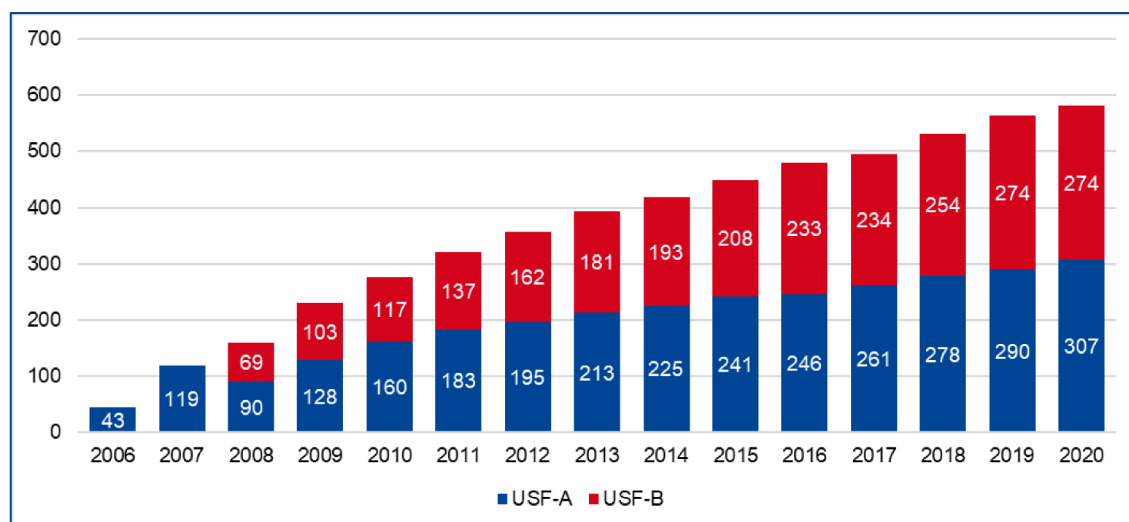
Physicians' salary is determined by their professional category (senior graduate assistant, graduate assistant or assistant)¹⁰² and duration of service, independent of any productivity measure. The different medical specialties all have the same salary.⁹⁴ There are three possible employment levels: full-time (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

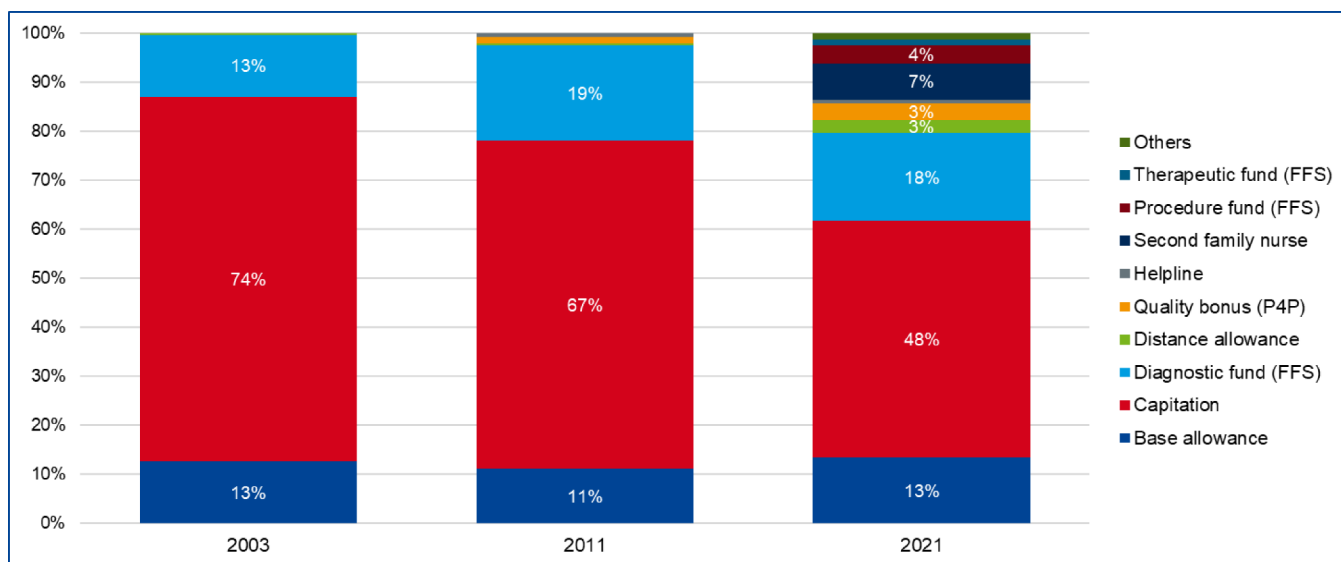
7.2 Remuneration system

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 pluri-professionnelles. 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. Nexø 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.