

Aan de voorzitter en de secretaris van de NCAZ

Geachte voorzitter,
Geachte secretaris,

Betreft: vragen van het Kartel (ASGB/GBO/MODES) over de New Deal

Het eindrapport van de New Deal is een goed uitgewerkt stuk en de auteurs ervan verdienen alle lof. Dit neemt niet weg dat er voor ons nog heel wat vragen/hinderpalen aanwezig zijn die moeten verduidelijkt, bijgeschaafd of weggewerkt worden om te komen tot een goede vertaling van theorie naar praktijk. Ze hebben betrekking op negen domeinen en u vindt ze hierna terug.

1. Conventieonnement

- Un MG déconventionné pourra-t-il s'inscrire à cette 3^e voie en restant déconventionné (total ou partiel) ?
- Comment le déconventionnement (partiel) sera-t-il géré (statut social, partie forfaitaire, etc) ?
- Quid dans ce nouveau système de la valorisation des consultations atypiques nécessitant plus de temps (tabacologie, alcoologie, psychothérapies, etc) et attirant des patients « hors patientèle » ? Comment ne pas pénaliser financièrement ces MG ayant des compétences particulières (nécessitant des formations spécifiques) s'ils doivent obligatoirement être conventionnés pour adhérer à cette 3^e voie ?
- Une fois engagé dans cette 3^e voie en tant que MG conventionné, sera-t-il possible de faire machine arrière ou de se déconventionner de manière partielle par la suite ?

2. Ticket modérateur

- Le ticket modérateur devra-t-il être perçu (ou non) dans ce nouveau modèle de financement (y compris lors des consultations à distance) ?

3. Gestion / coordination d'équipe, charge administrative et gestion du personnel :

- Un budget sera-t-il prévu pour l'administration d'une structure New Deal (administration, gestion et coordination d'équipe, gestion des ressources humaines, gestion interpersonnelle, etc) ?
- Les pratiques New Deal seront-elles soutenues pour assumer le risque de prendre du personnel salarié en charge ?
- Cette charge administrative supplémentaire a-t-elle été estimée ?
- Dans toutes les structures de 1^{re} ligne, transformer les MG en employeurs ne fait qu'alourdir leur temps consacré à des tâches administratives, en particulier la gestion des aléas en ressources humaines (raison pour laquelle les MG recourent fréquemment à des télésecrétariats).
- Quelles autres solutions seraient envisagées pour que les MG ne soient pas contraints d'y consacrer un temps précieux, au détriment du temps consacré aux patients, alors que les MG sont en pénurie, que les soins et pathologies sont de + en + complexes, que les durées d'hospitalisation sont raccourcies et que les délais pour les examens et avis spécialisés s'allongent, ... ?

- Quelles seront les **aides et/ou formations** pour faciliter le passage vers ce nouveau type de financement ? Formations ? Vade-mecum ? Conseils concrets ?
- Les médecins pratiquant au sein d'une même pratique New Deal devront-t-ils **faire partie d'une société médicale commune ou une association de fait** suffira-t-elle ?
- **La protection sociale des travailleurs indépendants sera-t-elle améliorée** au sein d'une pratique New Deal ? Notamment en cas de grossesse, maladie, etc.
- Er wordt in de New Deal beroep gedaan op heel wat praktijkondersteunende beroepsgroepen. **Waar gaan deze gevonden worden in tijden van penurie?** Gaat het aanbod afgestemd zijn op de vraag wanneer de New Deal wordt uitgerold?
- Ons lijkt het invoeren van zowel 'huisarts-verpleegkundigen' als 'praktijkassistenten' niet haalbaar en overbodig. De taken van de praktijk-assistent kunnen opgesplitst worden in taken die ofwel ook door het secretariaat kunnen uitgevoerd worden, ofwel ook door de verpleegkundige. Is het niet zinvoller om **1 opleidingskader** op poten te zetten voor 'de praktijkverpleegkundige' (het nodige opleidingsniveau ligt volgens ons ook veel lager dan dat van de ziekenhuisverpleegkundige) ?
-

4. Revenu moyen / patient :

- Une potentielle **équivalence du revenu moyen / patient** entre les différents types de pratiques (acte, forfait, New Deal) sera-t-elle envisagée ?
- Un médecin qui travaille dans une pratique New Deal dans une région X pourra-t-il travailler à l'acte dans une région Y située à xx km de distance ?

5. Financement :

- Les **actes intellectuels** seront-ils revalorisés via une augmentation du forfait (avec un prix de l'acte identique) ?
- Comment garantir que le financement de ce nouveau modèle ne diminuera pas le **soutien actuel et futur aux pratiques existantes** (acte et forfait) ?
- Les cabinets n'ont pas nécessairement la **place suffisante** pour accueillir un/des prestataire(s) supplémentaire(s) : un incitant financier sera-t-il prévu pour d'éventuels **travaux d'aménagement/agrandissement** ou devront-ils être pris en charge à 100 % par le MG ? Au risque que seuls les cabinets ayant déjà la surface nécessaire puissent (financièrement) se lancer dans cette 3^e voie (discriminant pour les autres !) ?
- Les **primes Impulseo I, II et III** (gérées par les régions) seront-elles maintenues ?
- Comment garantir aux MG qui s'engageraient dans cette 3^e voie que le **mode de rémunération** ne changerait pas progressivement au fil des ans ?
- **L'INAMI pourra-t-il décider seul** de ne pas accorder la partie forfaitaire si l'un ou l'autre critères ne sont pas respectés ? **Quelle est l'évaluation du respect des normes et de la sanction en cas de non-respect** de certaines normes ?
- **Quid gestion / coordination d'équipe et gestion du personnel** ? Cf. supra.
- **Quid de la valorisation et du financement de la prévention, du réseautage structurel local, de la participation active à la vie socio-sanitaire du quartier** ?
- **Sera-t-il possible de retourner à un autre type de pratique** après s'être engagé dans le système New Deal ? Si oui, quel est le délai à respecter ?
- Existe-t-il des études qui étayent le bénéfice d'une 3^e manière de financer les prestations de MG ?
- Ce nouveau système de financement hybride acte/forfait impliquera-t-il une **inscription obligatoire dans la pratique New Deal**, comme actuellement en maisons médicales ? Si oui, pour quelle durée ?
- Si le patient consulte un autre médecin ne faisant pas partie de la pratique New Deal dans laquelle il est inscrit, sera-t-il remboursé par la mutuelle ?

- De voorstellen rond premiefinanciering zijn voor ons nog onduidelijk. Er wordt onderscheid gemaakt tussen premiefinanciering voor ondersteuning, kwaliteit, beschikbaarheid en samenwerking. Voor ondersteuning en kwaliteit wordt de bestaande premiefinanciering uitgebreid en is beschikbaar voor alle praktijkvormen. Voor samenwerking komt een aparte premiefinanciering enkel voor New Deal praktijkvormen, maar ons lijkt dit ook te moeten gelden voor alle praktijkvormen. Premiefinanciering voor beschikbaarheid wordt vermeld maar niet verder uitgewerkt in de tekst.
- Het voorstel om in de New Deal met een hoger GMD en lager prestatair honorarium te werken gaat de facto leiden tot **2 types honoraria en 2 types GMD**. Ons lijkt dit een administratieve én dure soep te worden. Hoe gaat men dit praktisch en budgettair neutraal uitwerken?
- Gezien het GMD-bedrag in de New Deal hoger zal liggen per patiënt : Wordt er nagedacht over **kwaliteitscriteria** (wat betreft dossierbeheer, vroegtijdige zorgplanning, patiëntenoverleg etc ...) voor het verkrijgen van dit forfait.
- Er is een budgettaire massa van 23mio voorzien voor de New Deal. Anderzijds wordt in het rapport vermeld dat alle systemen **budgettair evenwaardig** zijn. Hoe valt dit te rijmen?
- Hoe wordt **dubbele financiering van de praktijkverpleegkundige via subsidie én eigen nomenclatuur** vermeden ?

6. Quantité et qualité des prestations cliniques réalisées :

- Quels sont les **garde-fous** qui seront mis en place (pas de sélection des risques, contrôle sur indicateurs de qualité,) pour garantir que ce nouveau modèle de financement n'incitera pas les MG à faire **moins de prestations cliniques** ?
- Cette 3^e voie ne risque-t-elle pas d'**appauvrir la qualité de l'approche généraliste** par la délégation des tâches impliquant une sélection des prestations faite en amont par les autres prestataires (ex : prise de tension permettant de constater un amaigrissement par la même occasion) ?
- Le temps passé en réunion d'équipes pour le **partage des informations / observations cliniques entre MG et autres prestataires** sera-t-il valorisé ?
- Comment se fera l'**extraction des données nécessaires pour mesurer la "charge des soins"**, les indicateurs de qualité, la participation à la veille épidémiologique et tout indicateur conditionnant le montant du forfait ? Une extraction automatique de nos DMI serait un risque majeur pour la protection de données privées hautement sensibles, même si "pseudonymisation".
- Quid des **populations non-normées** : comment une **médecine ouverte et flexible** sera-t-elle garantie ?

7. Taille de patientèle dans les pratiques New Deal :

- Y aura-t-il une contrainte de **taille minimum** de patientèle ?
- Sera-t-elle calculée sur base du **nombre de DMG ou de patients réguliers** ?
- Ce nombre sera-t-il **nuancé en fonction des aides reçues** ?
- Sera-t-elle calculée au **prorata du nombre d'ETP des MG** dans la pratique ?
- Un **délai** pour l'atteindre sera-t-il fixé pour les **nouvelles pratiques et les jeunes MG** en début de pratique ?
- Le système de prime envisagé sera-t-il lié à l'**obligation d'accueillir tout nouveau patient, sans limite de nombre minimum ou maximum** (ce qui risquerait bien évidemment de nuire à la qualité des soins) ?
- Comment éviter qu'une **sélection des risques** soit effectuée ?

- Quid en cas de surcharge hivernale et des zones en pénurie ?

8. Prestataires de soins au sein de la pratique New Deal (MG et autres prestataires) :

- **Libre choix du patient** : le patient pourra-t-il choisir d'être reçu « sans filtre » par SON médecin ? Pourra-t-il choisir librement son MG ?
- **Recrutement** : où va-t-on les trouver ces autres prestataires, en particulier les infirmier.ère.s dont le métier est en grande pénurie ? Et ce, sans déforcer les hôpitaux (horaires de jour et moindre pénibilité du travail pourraient les inciter à glisser vers l'ambulatoire) et les infirmier.ère.s à domicile (qui sont indépendant.e.s) ?
- **Statut et rémunération** : employé (quels barèmes applicables ?) ou indépendant (quelles prestations facturables ?) ?
- La rémunération, le statut et les conditions de travail (moins pénibles qu'en milieu hospitalier) seront-ils suffisamment **attractifs pour attirer ces profils** dans les pratique de MG ou inciter le personnel ayant quitté les soins de santé à y revenir ?
- **Rôle et missions** : le rôle d'un infirmier.ère dans une pratique New Deal devra être clairement défini, au-delà des prestations de soins elles-mêmes : actes délégués, démarches de prévention,...
- **Gestion et coordination** : la gestion/coordination d'équipe et la gestion du personnel est chronophage. Alors que les MG sont en pénurie, quelles solutions seront envisagées pour que les MG ne soient pas contraints d'y consacrer un temps précieux, au détriment du temps consacré aux patients ?
- Quid de la **réforme de la formation initiale et continue** des MG et autres professions concernées ? Quid de la rétribution des structures de formation ?

9. Questions générales

- Meer forfaitair vergoed worden betekent minder afhankelijkheid van volume. Dit is perfect inhoudelijk verdedigbaar, maar hoe zorg je ervoor dat dit geen incentive is om minder klinisch werk te leveren?
- Zijn er controlemechanismen voorzien rond de professionele invulling van het forfait en is een multifactoriële outputevaluatie tussen de verschillende praktijkvormen gepland?
- Hoe komt de New Deal tegemoet aan het toenemende huisartsentekort, groeiend aantal patiëntenstops en stijgend aantal regionale zones met weinig tot geen huisartsen? Er worden een aantal incentives opgesomd op het einde van het rapport, zoals meer artsen opleiden en meer awareness creëren bij patiënten, maar er wordt direct vermeld dat dit buiten de scope van de New Deal ligt. Nochtans wordt dit wel mee vermeld als reden voor het initiëren van de New Deal.
- Mogen we er vanuit gaan dat de insteek is dat praktijken, die nu een patiëntenstop hebben, die instappen in de New Deal deze patiëntenstop kunnen opheffen door te werken met dit derde model en dus meer patiënten zullen kunnen verzorgen?
- Er wordt gezegd dat de New Deal praktijkvorm gaat leiden tot meer kwaliteit. Hoe gaan we dat meten? Betekent dit dan dat de bestaande praktijkvormen kwalitatief inferieur zijn?

Namens het Kartel,
Voorzitter Dr. Thomas Gevaert