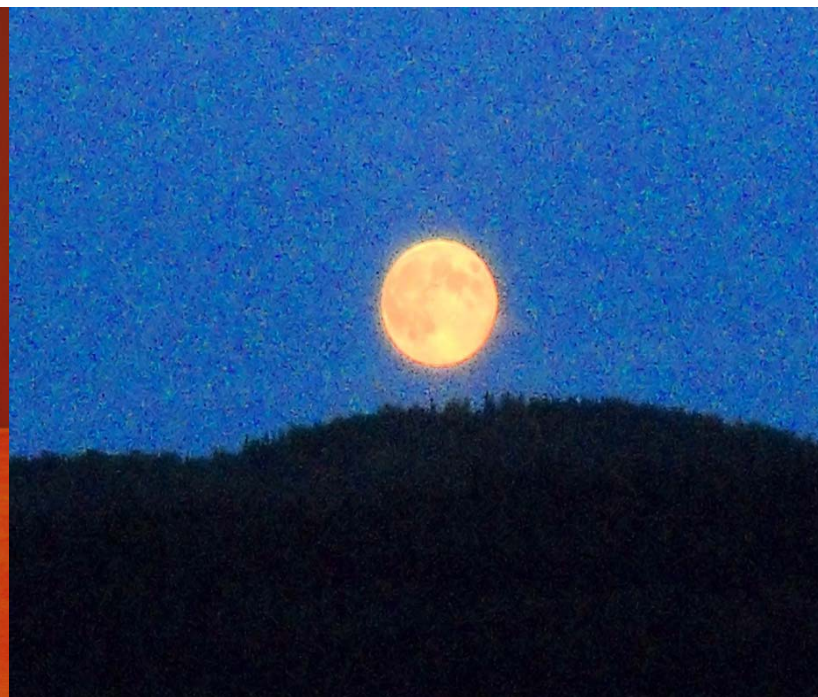


AFTER-HOURS IN PRIMARY CARE: WHICH SOLUTIONS?





Belgian Health Care Knowledge Centre

The Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE) is an organization of public interest, created on the 24th of December 2002 under the supervision of the Minister of Public Health and Social Affairs. KCE is in charge of conducting studies that support the political decision making on health care and health insurance

Executive Board

	<i>Actual Members</i>	<i>Substitute Members</i>
President	Pierre Gillet	
CEO - National Institute for Health and Disability Insurance (vice president)	Jo De Cock	Benoît Collin
President of the Federal Public Service Health, Food Chain Safety and Environment (vice president)	Dirk Cuypers	Chris Decoster
President of the Federal Public Service Social Security (vice president)	Frank Van Massenhove	Jan Bertels
General Administrator of the Federal Agency for Medicines and Health Products	Xavier De Cuyper	Greet Musch
Representatives of the Minister of Public Health	Bernard Lange	François Perl
	Marco Schetgen	Annick Poncé
Representatives of the Minister of Social Affairs	Oliver de Stexhe	Karel Vermeyen
	Ri De Ridder	Lambert Stamatakis
Representatives of the Council of Ministers	Jean-Noël Godin	Frédéric Lernoux
	Daniel Devos	Bart Ooghe
Intermutualistic Agency	Michiel Callens	Anne Remacle
	Patrick Verertbruggen	Yolande Husden
	Xavier Brenez	Geert Messiaen
Professional Organisations - representatives of physicians	Marc Moens	Roland Lemye
Professional Organisations - representatives of nurses	Jean-Pierre Baeyens	Rita Cuypers
	Michel Foulon	Ludo Meyers
Hospital Federations	Myriam Hubinon	Olivier Thonon
	Johan Pauwels	Katrien Kesteloot
	Jean-Claude Praet	Pierre Smiets
Social Partners	Rita Thys	Leo Neels
	Paul Palsterman	Celien Van Moerkerke



Control

House of Representatives

Maggie De Block

Government commissioner

Yves Roger

Management

Chief Executive Officer
Assistant Chief Executive Officer
Managers Program Management

Raf Mertens
Jean-Pierre Closon
Christian Léonard
Kristel De Gauquier

Contact

Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).
Doorbuilding (10th Floor)
Boulevard du Jardin Botanique, 55
B-1000 Brussels
Belgium

T +32 [0]2 287 33 88
F +32 [0]2 287 33 85
info@kce.fgov.be
<http://www.kce.fgov.be>

AFTER-HOURS IN PRIMARY CARE: WHICH SOLUTIONS?

PASCALE JONCKHEER, CÉCILE DUBOIS, LIESBETH BORGERMANS, ELS VERHOEVEN, EMILIE RINCHARD, ANNE-MARIE BAUDEWYNS, TOON HAEZAERT, IMGARD VINCK, MURIELLE LONA, DOMINIQUE PAULUS.



COLOPHON

Title :

Authors :

External Experts :

Acknowledgements:

After-hours in primary care : which solutions?

Pascale Jonckheer (KCE), Cécile Dubois (KCE), Liesbeth Borgermans (Medsat), Els Verhoeven (FPS Public Health), Emilie Rinchar (independent lawyer), Anne-Marie Baudewyns (FPS Public Health), Toon Haezaert (FPS Public Health), Imgard Vinck (KCE), Murielle Lona (KCE), Dominique Paulus (KCE).

Guy Delrée (Association des Médecins Généraliste Famenne-Ardenne), Jean-Paul Devries (Cercle Médical Meuse et Samson), Filip Dewallens (Dewallens & Partners advokatenkantoor), Tom Goffin (KULeuven), Wim Haenen (FPS Public Health), Jan Heyrman (K.U.Leuven), Guido Istas (administrator Domus Medica and GP circle, Sterrebeek), Luc Maroy (National Institute for Health and Disability Insurance), Guillaume Mathot (SSM-J, Jeunes généralistes de la Société Scientifique de Médecine Générale), Igne Parmentier (MG-action), Juliette Renard (FPS Public Health), Roger Renders (Huisartsenkring Deurne-Borgerhout), Yves Rosiers (Federal GP circles council), Jean-François Soupart (Forum des Associations de Généralistes de la Communauté Française de Belgique asbl), Johan Sterkendries (Société de Médecine de Waremm et Environs asbl), Alain Steyers (Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles), Didier Thillaye du Boullay (SOS Médecins), Marcel Van der Auwera (FPS Public Health), Roel Van Giel (Jong Domus), Michel Van Hoegarden (FPS Public Health), Bernard Vercruysse (Federal GP circles council), Els Verhoeven (FPS Public Health).

For complementary information about Belgian initiatives: Dimitri Gaethofs (general practitioner, Oudenaarde), D. Jonas (call centre 1733, Mons), G. Maraschiello (Fédération des Associations des Médecins Généralistes de la Région de Charleroi), Koen Steel (ODC Brugge), S. Stipulante (FPS Public Health)

For the data collection and analysis: Marguerite Betermiez (FPS Public Health), Mickael Daubie (National Institute for Health and Disability Insurance), M. Horn (FPS Public Health).

For their contribution to the draft of the legal part: Vincent Mahieu (FPS Public Health), Xavier Van Cauter (FPS Public Health).

For her comments on the legal and deontological part : A.S. Sturbois (National Council, Medical Order),

For the synthesis of the legal part in English : Bureau d'avocats Cairn Legal

For the validation of the information on their country : Emgan Querellou (Directeur SAMU29 pour le Centre 15 du Finistère, Brest), Isabelle Aubin-Auger (Collège National des Enseignants Généralistes), Linda Huibers (Universiteit Nijmegen), Jo Williams (Quality Care Commission), Cynthia Bower (Quality Care Commission), Sean Boyle (Commission for Social Care Inspection), Lone Flarup (University of Aarhus, Denmark), Christensen Morten Bondo (University of Aarhus, Denmark), Massimiliano Panelaa (Università degli del Piemonte Orientale « Amedeo Avogadro » Dipartimento di Medicina Clinica E Sperimentale, Italia)

For their valuable help and support : Anja Desomer (KCE), Stephan Devriese (KCE), Luc Hourlay (KCE), Christian Léonard (KCE), Stefaan Van De Sande (KCE)



External Validators : David Robert Dunt (University of Melbourne), Pascale Meeus (National Institute for Health and Disability Insurance), Hilde Philips (University of Antwerp)

Conflict of interest : None declared apart from a membership to GP organizations or institutions involved in the organization of after-hours services (cf. mentions above)

Layout : Sophie Vaes, Ine Verhulst

Disclaimer :

- **The external experts were consulted about a (preliminary) version of the scientific report. Their comments were discussed during meetings. They did not co-author the scientific report and did not necessarily agree with its content.**
- **Subsequently, a (final) version was submitted to the validators. The validation of the report results from a consensus or a voting process between the validators. The validators did not co-author the scientific report and did not necessarily all three agree with its content.**
- **Finally, this report has been approved by common assent by the Executive Board.**
- **Only the KCE is responsible for errors or omissions that could persist. The policy recommendations are also under the full responsibility of the KCE**

Publication date : January 6th 2012

Domain: Health Services Research (HSR)

MeSH : Family Practice ; After-Hours Care; Primary Healthcare

NLM Classification : W 84

Language : English

Format : Adobe® PDF™ (A4)

Legal depot : D/2011/10.273/88

Copyright : KCE reports are published under a “by/nc/nd” Creative Commons Licence
<http://kce.fgov.be/content/about-copyrights-for-kce-reports>.



How to refer to this document ? Jonckheer P, Borgermans L, Dubois C, Verhoeven E, Rinchard E, Baudewyns A, Haezaert T, Vinck I, Lona M, Paulus D. After-hours in primary care : which solutions ?. Health Services Research (HSR). Brussels. Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2011. KCE Reports 171C

This document is available on the website of the Belgian Health Care Knowledge Centre



■ FOREWORD

A couple of years ago, KCE issued a study report on the inappropriate utilization of hospital emergency services. The study was commissioned by the health authorities, and aimed at finding solutions for orienting patients towards services better matching their needs.

For the current study, the question came from the general practitioners (GPs) themselves, and, more specifically, from the 'circles' of GPs, in charge of the organization of night and weekend duty rounds. The question they ask is whether this task can continue to be fulfilled in all locations, in view of the heavy workload, the burden and sometime even the security threats associated with these duty rounds. The request did not stop them, though, to meanwhile develop alternative solutions and test them on the field in several locations. Hence, we could take advantage of their experience for the elaboration of realistic proposals for future solutions that would be satisfying the expectations of the population, the practitioners and the authorities. We wish to thank all persons who have shared their practical knowledge and experience with our researchers.

We hope that the analyses and the synthesis proposed by KCE will contribute to gather all potential approaches into a rational and effective organizational framework, proposing future developments that have until now never been explored in Belgium. Likewise, we hope that the patients, and especially the most vulnerable and destitute among them, whose problems often tend to lengthen the waiting queues in the emergency units, will find their ways in the future care landscape.

Jean-Pierre CLOSON
Assistant Managing Director

Raf MERTENS
Managing Director



■ SUMMARY

A current cause for concern in the Belgian health system is the efficient organisation of after-hours care in general practice. This after-hours service ensures continuity of care during evenings, nights, weekends and public holidays. Local responsibility for its organisation falls to the circles of GPs.

A source of concern for the profession and for the authorities

Certain circles do not have adequate human resources to provide a permanent after-hours service for all the periods required, in particular in rural areas. The doctors themselves encounter increasing difficulties relating to the impact on their quality of life, the hardness of work during the night and a feeling of insecurity. After-hours services also have a negative impact on the attraction of the profession, especially in rural areas. There is also the problem of after-hours services threatening the accessibility and quality of first-line care.

The health authorities currently finance a number of pilot initiatives on a temporary basis, including organised duty centres and the implementation of a unique call number. Extending these projects to the entire country would face budgetary problems.

Alternatives exist

This study reviews the main solutions implemented in other countries with some of them already tested in Belgium: unique call number with triage, alternative solutions during the quiet periods at night, organised duty centres, additional doctors during after-hours periods, consultations by specialised nurses and telephone consultations. Some of these solutions would require changes to the current legislation before they could be implemented in Belgium.

Legal obstacles

- Belgian legislation obliges doctors to give medical assistance to any patient that they perceive to be in danger. This provision is generally interpreted, even by the Medical Order, as an obligation to make home visits to any patient that requests one. This obligation raises problems of efficiency, in particular in rural zones.



- The law stipulates a doctor on stand-by for every 30 000 inhabitants. This provision is holding back mergers between adjacent territories. The current study analysed the frequency of calls for five circles of GPs and the results converge: there is a dip between 23:00 hours/midnight and 07:00 in the morning, with only 1 to 2 calls per 100 000 inhabitants.
- Finally, the doctors that perform mainly after-hours work do not satisfy the license conditions (e.g. medical records, continuity of care).

Greater workload in rural regions

More hours on call

The number of hours on call varies considerably depending on the type of zone: 630 hours a year in rural areas, 326 hours in semi-rural areas and 224 hours in urban areas (median values).

Doctors most often on call at night

There is a similar gradient for the number of nights on call (defined in this study as the hours between midnight and six in the morning). In rural areas two-thirds (66%) of GPs work more than 30 nights a year. This proportion falls to 22% in semi-rural areas and 9% in urban areas.

In concrete terms, a doctor working in a rural area works three to four nights a month (median value). His colleagues in semi-rural areas work two, and those in urban areas one to two a month.

First alternative: a unique call number with triage

A pilot project called “1733” has been in operation since 2009 in a few regions of the country. Specially trained staff handle calls using standardised decision-support procedures. Patients that require first-line care:

- are either transferred to the local GP circle;
- or they receive a response that varies depending on their problem (advised to defer the consultation, home visit, etc.).

Budgetary and legislative impact of extending the system throughout the country

The cost of extending the project to the entire country has been estimated at € 2 521 500 for the first year, with three-quarters of the budget devoted to payroll costs.

New legislation would be required to define the function of the call handlers: legal status, training and competencies, and the need for a protocol that underpins their decisions.

A system already in use abroad with quality procedures

The person who performs the triage by telephone is a GP in Denmark, and qualified staff in the Netherlands and Great Britain. The call handler then refers the patient to the most appropriate solution for the situation: urgent medical assistance, GP visit or consultation, deferral of care.

This process follows numerous quality assurance procedures: staff training and supervision by a doctor, directives to ensure that decisions are standardised, registration of calls, and the development of quality indicators (still little used except in Great Britain).

Positive impact for doctors, less clear for the patient

Some research suggests a reduction in the workload of doctors, in particular for home visits. Certain patients have expressed their dissatisfaction because of a lack of communication with the staff, longer waiting times or uncertainty regarding the delay before a doctor's visit. The few studies that have analysed the effect of triage by a non-doctor do not observe a greater risk of mortality, hospital admissions or subsequent contacts with a doctor.

Second alternative: a specific solution for the dead of night

Merging the territories covered by the after-hours service

Some circles have envisaged merging their territories in the dead of night to reduce the frequency of nights on call for doctors. This solution works in regions where the distances can be covered reasonably by the patient or the doctor (in the Netherlands a radius of 30 km).



This solution would require a change in Belgian legislation concerning the number of doctors required to cover a given population: in particular the number would have to be adjusted to reflect the low number of calls during the night.

Collaboration between the first line and hospitals

Other circles have concluded agreements with nearby hospitals to route night calls to them. An amendment to the legal framework would be necessary to define the triage modalities where this is not handled via a unique call number as described above.

Third alternative: financing organised duty centres

Organised duty centres are organisations set up by GPs in a specific region to provide consultations (and visits). Their functioning varies considerably in terms of personnel, opening hours and the services provided (home visits or not, with or without a driver). In Belgium a growing number of these centres receive financing (often temporary) and questions are being asked about extending these initiatives.

Some investment, but few data are available

In 2011, the National Institute for Health and Disability Insurance allocated a budget of € 10.3 million to the existing 29 organised duty centres. The size of the budget allocated to each centre is based on its activities and financing report. The data currently available do not allow the assessment of the cost-effectiveness of these centres: they are very different in terms of activities and expenditure. Expenditure varies between €17 and € 23 per contact, not taking into account medical fees. This investment represents a sum of € 0.15 to € 5.0 per inhabitant of the zone covered.

A solution adopted by other countries

In Denmark, GPs working in the organised duty centres are aided by administrative and nursing staff, but they carry out the triage and consultations themselves. In the Netherlands and the United Kingdom, triage and consultations can be provided by specially trained nursing staff (or assistants). In the Netherlands they work under the supervision of a doctor.

Impact: positive for doctors and patients, less clear for the health system

The literature concludes that doctors generally have a positive perception of organised duty centres in terms of the workload and the improvement in the quality of life. Patients are also largely satisfied. Accessibility to these centres is sometimes a problem, which is why a home visit system is generally set up. The existence of such centres also reduces the number of home visits. Quality indicators exist in the literature but few results have been published.

Fourth alternative: “voluntary” doctors during after-hours periods

Certain GP circles recruit doctors to work during after-hours periods. However, these doctors cannot be licensed if they have no patients of their own. To make the job of “after-hours doctor” more attractive would require offering them a specific status that also guarantees the quality of care for the population (qualification criteria, additional training).

Other alternatives not yet tested in Belgium

Consultations by qualified nursing staff

In other countries, nursing staff play a major role in dealing with patients outside normal working hours, often under the supervision of a doctor. In the “walk-in centres” in Great Britain, qualified nurses give consultations that take place without medical supervision for minor health problems.

These units appear to have little or no impact on consultations with doctors and at emergency units. If Belgium were to envisage such a solution, amendments to the law would be required to ensure that the qualifications and authorised acts were clearly defined.

Telephone consultations

Consultation by telephone (doctor or nurse) is a service that is recognised, and even encouraged, in other countries (e.g. Denmark). Standardised procedures guide decision-making.

What do patients think of this? Some are disappointed not to have face-to-face contact with a healthcare professional. Others appreciate the rapid service, which reassures them and causes less disruption to doctors.



If this solution were to be officially recognised in Belgium, no amendments to legislation would be required for doctors: it would however be necessary to insert some due diligence criteria for this type of practice. If consultations were to be conducted by nursing staff, the legal changes referred to in the previous point would be necessary.

In conclusion: what elements would be required for decision-making?

There are many alternatives that could provide a solution for circles of GPs confronted by a local problem. These have some advantages, some drawbacks, potential implications and can be combined with each other. In addition to these suggestions, improving the attraction of the profession of a general practitioner (see the report KCE 90) is key to obtaining human resources in these difficult periods.

The following elements will be taken into account when selecting an optimum alternative solution:

- The implications for the population: response to medical and psychosocial needs, waiting times, communication with a professional, continuity, accessibility, security and quality of care.
- The implications for doctors: workload, quality of life, security, possibility of adaptation to the local context, availability of medical information.
- The implications for the authorities: budget, changes to legislation, availability of human resources, quality assessment.



■ RECOMMENDATIONS^a

The KCE recommends the development of an action plan in collaboration with all stakeholders concerned to solve the problem of after-hours in general practice. This plan has to take into account the patients' needs, the doctors' desires, the possibilities to collaborate with other health professionals and structures, the capacity of the authorities to meet the expense, the required changes in legislation, the deontological sides and their uniform implementation. Different solutions have to be combined to reach the objective aforementioned, taking into account the current local situations.

For the patient call, KCE recommends bringing a unique call number into general use, which offers the advantages of simplicity for the patient, security for the doctor and the registration of calls for system assessment purposes.

- Define with local interested parties whether the 1733 call should be routed to the switchboard of the local circle for primary care problems or whether a solution should be provided by the 1733 telephone operator whatever the type of problem;
- Legislate on the subject of the legal status of call handlers, their training and competencies and the need for a protocol to underpin their decisions;
- Draw up these protocols (emergency mechanisms, referral to the first line, postponement of consultation, etc.);

KCE recommends the implementation of different solutions adapted to local situations to follow-up calls, in consultation with local circles. There are multiple possibilities, including:

- Merging territories during slack periods, in which case legislation will have to be amended in terms of the population covered by a doctor on call;
- Cooperation agreements with local hospitals during slack periods:
 - the triage modalities will have to be defined between the parties;
 - the existence of a triage system (if other than the 1733 system) will have to be included in the legislation;
 - In any case a contact with a general practitioner (telephone, visit) should be possible.

^a The KCE is the only responsible for the recommendations given to the public authorities



- **Creating organised duty centres:**
 - A geographic distribution based on the data currently available must ensure optimum accessibility for patients that can travel;
 - This distribution should favour areas that have no hospitals to facilitate access to first-line of care, capable of handling the majority of requests;
- **If a consultation by nursing staff is envisaged**
 - The qualifications of these staff would have to be regulated;
 - The list of acts that can be performed by them must be reviewed because consultations are currently the exclusive domain of doctors;
- **If telephone consultations are envisaged:**
 - Protocols defining the situations in which the service provider can (or cannot) carry out such a consultation would have to be drawn up (see France, Netherlands);
- **If they were to be carried out by nurses, the law and the regulations would have to be amended as explained in the previous point;**

For any type of organisation, the following elements must be taken into account:

- **For the patient:**
 - Information (media, folder) concerning the efficient use of after-hours services;
 - During after-hours periods, accurate information specifying the optimum service for the problem and what can be expected (including waiting times, accessibility);
 - Possibility of home visits for patients unable to travel (for medical reasons, retirement homes, social reasons). Triage protocols must stipulate as far as possible the circumstances relating to the inability to travel;
- **For GPs:**
 - General practice needs to be made more attractive according to the recommendations of the KCE report no. 90 (training and working conditions);
 - After-hours work needs to be made more attractive, especially in terms of working conditions: acceptable frequency, definition of limited working periods, adaptations during illness or pregnancy, measures to ensure the safety of doctors;
 - Definition of a status and the conditions of exercise (training, competencies) for “after-hours doctors” to offer an attractive status and to guarantee the quality of care for patients;



- Information for doctors concerning the absence of a legal obligation to make home visits during after-hours periods. The home visit option elaborated for the triage protocols should serve as a general guideline for doctors confronted with this issue;
- In terms of resources:
 - Adequate financing if the unique call number solution is extended to the entire country (in particular during the launch, for staff training);
 - During slack periods, efficient solutions should be set up to optimise the use of resources (collaboration and referrals between the first and second lines);
 - Possibility of telephone consultations: to be encouraged and financed where situations allow (50% of calls in Denmark);
 - Standardised financing of organised duty centres, taking into account both the activity and the density of the population;
- In terms of communication technologies, set up systems (or extend current experimental projects) in order to ensure:
 - The availability of patient medical record for first- or second-line service providers during after-hours;
 - Information for the usual GPs as soon as they return to work;
- Routine standardised data collection for each type of service (triage, organised duty centres, emergency services) in order to assess their quality and efficiency, using indicators available abroad (including activities, user satisfaction, financial data).



■ SYNTHESIS

1. AFTER-HOURS IN PRIMARY CARE: WHAT IS THE PROBLEM IN BELGIUM?

Today, any person who needs medical care anywhere in Belgium during after-hours periods (evenings, nights, week-ends and public holidays) has the opportunity to contact a general practitioner (GP). The organization of this after-hours care mainly relies on “rota groups” organized by local GP circles. Within rota groups, GPs from a geographical area are in turn on call for the patient population of that particular area. All GPs have in parallel the legal obligation to ensure the continuity of care to their patients.

However, an increasing number of GPs find it difficult to be available during long periods on call, as detailed in 1.1. The main problems identified by the authorities are described in 1.2. Finally, a data analysis and an overview of the current legislation complete the description of the current situation in 1.3.

The objective of the subsequent sections is to analyze alternative models for the organization of after-hours in general practice, the conditions for implementation, legal and organizational consequences.

1.1. GPs have increasing difficulties to perform the duty work

The topic of this report has been proposed to the KCE by the Federal Council of GPs Circles. Many problems concerning the GP after-hours services have been quoted by the profession:

- the decreasing number of GPs willing and available to be on call, in particular in rural and deprived areas, with an increasing pressure on the remaining work force;
- the negative impact of after-hours work on the attraction of the GP profession;
- the specific problem of duty in the dead of night when the GPs are on call for a limited number of patients (see definition in 1.3.2);
- the current legal framework that precludes from implementing some alternative solutions (see 1.3.3);



- other issues related to after-hours care as safety, outstanding bills and excessive patient demands (e.g. home visits during the night for futile reasons).

1.2. Budgetary and manpower concerns

The authorities were also concerned about the problem of after-hours for two main reasons.

First, the organization of after-hours care has budgetary consequences. The patients who consult emergency departments for little ailments generate unnecessary expenses. Moreover, the financing of alternative solutions requires growing budgets and their size is currently difficult to estimate.

Second, the possible future shortage of GPs puts in danger the organization of after-hours care in some areas.

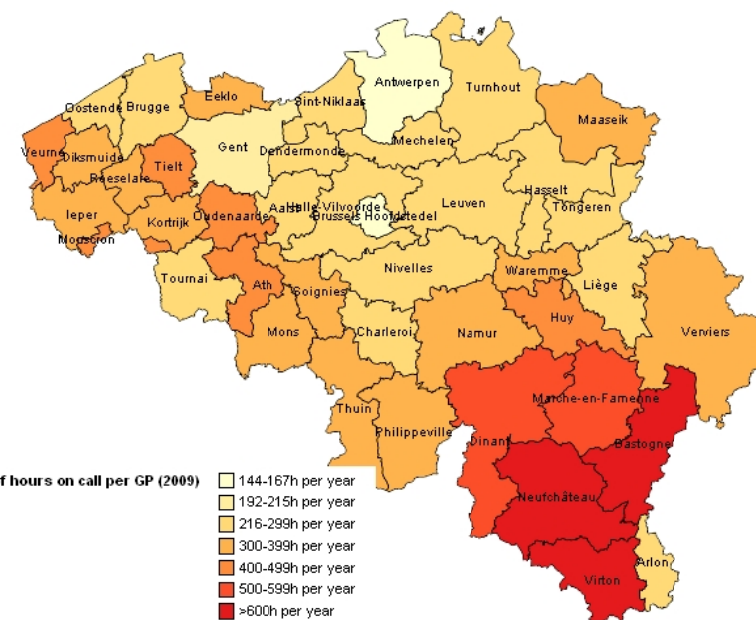
1.3. Actual current situation : workload and legislation

1.3.1. Differences in workload between areas

The MEDEGA database from the Ministry of Public Health provides for each GP the exact time of the period on call. Based on this information, the GP (or GP circle) perceives “availability fees” from the National Institute for Health and Disability Insurance (NIHDI).

Number of hours on call by month and by year

In 2009 the median number of hours on call per GP was 630 hours in rural areas, 326 hours in semi-rural areas and 224 hours in urban areas (see map).



Median number of nights on call

The number of nights on call has been defined in the analyses of the MEDEGA database as the number of periods including at least one hour on call between midnight and 6AM. The results for the year 2009 show a pattern similar to the differences noted in the previous paragraph:

- In rural areas, a GP is on average 3 to 4 nights on call per month. In semi-rural areas, the mean is 2 nights per month and in urban areas only 1 to 2 nights.
- two thirds of the GPs in rural areas were more than 30 nights on call for one year. In semi-rural areas, less than one in four had that many duties, while in urban areas, only 9% had 30 nights or more.

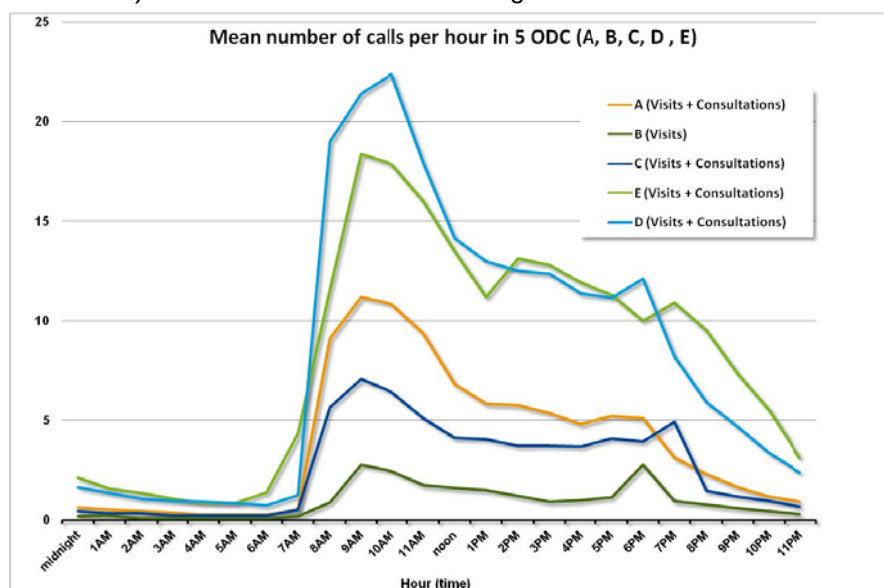


1.3.2. Differences in workload between day and night

GPs find it particularly hard to be on call at the dead of night for just a few and sometimes trivial cases. “Dead of night” stands for the period where the number of calls dramatically drops, but there is no universally accepted definition for the exact timing.

This study analyzed the number of calls per hour, to specify these “dead of night” periods. The detailed data on calls leading to a home visit or to a referral to a GP consultation were only available for 5 GP circles with unique call number (year 2010). All 5 circles showed similar patterns.

The number of calls leading to home visits or to a referral to a GP consultation decreases from 6-7 PM onwards (see the figure). The slack period with a very low number of calls (i.e. 1-2 calls per 100 000 inhabitants) is noted between 11 PM-midnight and 7 AM.



These data reflect the pattern of the patients' demands. However, in order to find acceptable solutions for duty in the dead of night, the analysis of the patients' calls should be combined with the GPs' actual perception of what is “night” work (e.g. 11 PM versus midnight).

1.3.3. Current legislation, interpretation and compatibility with alternative solutions

First, the article 422bis of the Penal Code states that a GP must provide medical assistance whenever he/she is aware that a patient is in serious danger. However, some of the new initiatives to optimize the delivery of after-hours care are hampered by a too restrictive interpretation of the legislation by many GPs. It is perceived as an obligation to visit the patient at home when requested, while art 422bis implies an interpretation of the circumstances to judge whether it is appropriate or not to visit the patient at home.

The perceived obligation of home visits generates two main problems.

- GPs feel unsafe in some circumstances with little means to identify situations at risk. There is currently no specific guidance to identify dangerous situations or to protect the GP in case of hazardous home visit.
- Home visits are much more time-consuming than consultations, in particular in rural areas: making unnecessary home visits raises questions of efficiency and quality of care (in case of concomitant urgent call).

The deontological code explicitly refers to art. 422bis Penal Code. The provincial councils of the Medical Order sometimes refer to the (too) restrictive interpretation of article 422bis Penal Code to condemn the GPs disciplinarily.

Second, the current legislation requires one GP on call per 30 000 inhabitants, whereas this GP can expect about one call per 100 000 inhabitants during the night (see 1.3.2);

Finally, the accreditation status requires conditions impossible to fulfill when working during after-hours only (i.e. medical records, continuity of care).



2. POSSIBLE SOLUTIONS AND CONSEQUENCES

Belgium is not the only country that faces problems with the organization of after-hours care. Other European countries are concerned about the accessibility, quality, safety and efficiency of after-hours care. In particular decreasing the use of emergency departments for minor ailments is a challenge but till now, no health care system has solved the problem.

This report includes a systematic literature review on the effect of new after-hours care models and a description of the new after-hours care models in 5 other European countries. Some models already exist in Belgium as experimental projects, sometimes on a large scale. Other ones could be considered in the medium term:

- Organized duty centres: cooperatives organized and medically staffed by the GPs of the area in which they operate;
- Telephone triage and advice system: a doctor or a medically trained staff member advises patients by phone or refers them to the most suitable professional;
- Specific solutions for periods in the dead of night i.e. one GP for larger areas and/or collaboration with local hospitals;
- Consultations by nurses, phone consultations (by nurse or by a physician): not yet on the Belgian agenda but both solutions could be considered in the medium term given the current GP demography.
- It is important to note that these solutions:
- Can possibly coexist in the same area;
- Might be considered as illusory in our current health care system (e.g. nurses) but could be considered for the future if the situation in Belgium would need more drastic solutions.

2.1. Organized duty centres (GP cooperatives)

2.1.1. *Different profiles between and within countries*

The model of (GP) cooperatives/organized duty centres (ODCs) is the most popular model in the Netherlands, Denmark and the UK: the organization differs between (and within) countries.

- In the Netherlands GP cooperatives are supervised by the GPs and staffed by nurses and practice assistants (medically trained personnel). This staff is responsible for triage and/or assistance with consultations.
- In the UK a large staff is also involved e.g. telephonists, duty managers, nurses, emergency care practitioners. The skill mix varies between organizations: some exclusively employ GPs while others also employ nurses.
- In Denmark the GPs themselves do the triage: nurses and administrative staff are employed as well, but not for triage.
- In France and Italy cooperatives are staffed with GPs or other physicians.

2.1.2. *Impact: positive for GPs' and patients' perception, unclear for the health care system*

The review did not identify any study to compare the quality of care between GP cooperatives and traditional rota group models.

The set up of cooperatives has usually a positive impact on the GPs' perception: less workload, better quality of life and job satisfaction. This perception depends on their previous situation (rota system, individual organization) and on their personal desire to adopt a new system.

Most studies conclude that patients are also satisfied. The literature draws attention to the accessibility of the cooperative: transport is a crucial problem for some users (e.g. parents with young ill children, elderly patients). Some countries set up systems to provide home visits when necessary.



The impact on the health care system is not clear: a possible decrease in the number of GP home visits, little impact on the use of emergency services. A study concluded that the costs for the health care system are higher than the usual GP consultations (without additional financing for the logistics and staff).

2.1.3. *Quality indicators*

Quality indicators for after-hours care have been developed in The Netherlands and in the UK. The UK developed a system for accreditation of cooperatives and a “National Quality Requirements” system includes many quality procedures e.g. complaints procedures, GP audits, mandatory reports of the GP on duty to the usual GP. Unfortunately the results of the measurements are only published in a few research papers.

2.1.4. *A solution for an increasing number of GP circles in Belgium*

2.1.4.1. *Financing of out-of-hours centres*

In Belgium also, the quest for new solutions led to the financing of a growing number of out-of-hours centres (ODCs). The first “experimental posts” were set up in small cities and rural areas (since 2003). They are financed by the National Institute for Health and Disability Insurance on an annual basis. Budgets are based on the ODC’s demand with details on their expenses (more than two thirds relate to personnel costs). “Urban posts” were later set up in big cities and their financing is more stable (defined in a Royal Decree).

The number of ODCs gradually increased to up to 29 in 2011. They now cover about one third of the Belgian population.

Till now the ODCs have been set up on the request of GPs seeking an response to their local problems. Yet, little is known about the needs at national level. The NIHDI therefore initiated a study to identify the optimal spots where to locate ODCs throughout the country. Another objective at the short-term is to develop new ways of financing to replace the current one based on short periods.

2.1.4.2. *Wide range of costs, poor standardization*

The budget allocated to an ODC currently relies on its motivated request with data on activities and financing. In 2011, the NIHDI allocated €10.3 million to the 29 ODCs.

- There is a large heterogeneity between ODCs’ expenses, even within similar areas, partly explained by different types of investments;
- There is a substantial difference between the number of contacts during days and nights (with a minimum of 1 patient per 10 hours): this finding in line with the statistics described above (see 1.3.2).

Comparisons between ODCs remain difficult because they widely differ in terms of opening times, other sources of financing, type and density of the population covered. The outcomes are in theory identical between ODCs but the available data do not allow any conclusion on the cost-effectiveness of the system.

The average cost per contact varies between €17 and €23 (without medical fees) i.e. a range of €0.15 to €5.08 per inhabitant. In The Netherlands and France the costs per inhabitant are estimated around €14 and €6 respectively. This estimation is €7 in the UK where the National Audit Office further showed that rurality is an important cost driver.

2.2. *Unique call number with triage*

2.2.1. *A widely used solution in other countries*

A regional or national unique call number with triage system is in use in Denmark, The Netherlands, the UK and France. The objective is to provide the most appropriate response, tailored to the patient’s need (and not request): emergency team, GP home visit, referral to a GP surgery, other information related to the care organization.

The organization of the triage system varies between countries. In Denmark a GP is responsible for the triage, in The Netherlands, it is usually a triage nurse (supervised by a GP) and in the UK a nurse or other trained personnel.

Success factors have been identified for the quality of the triage system: a training program for the personnel, guidelines to support their decision, use of computerized decision support, one unique triage system for the whole acute care chain (to standardize the answers to similar situations and to orient to the right care provider at the right time).

Other quality procedures include e.g. the supervision by a physician, peer review groups, the development of quality indicators (e.g. for waiting times and delay before optimal solution).



2.2.2. *Impact: positive on GPs, half-hearted by patients*

The introduction of triage systems led to a reduction in the GP workload in other countries, in particular, to less home visits.

Weak points are the poor communication skills of the personnel, the waiting times on the phone and the uncertainty about the delay before home visit.

The safety of triage by a non-physician is also discussed in the literature: the few available data show no change in mortality, hospital admissions and GP contacts during the day following the triage.

2.2.3. *Pilot experiences in Belgium*

2.2.3.1. *A standardized organization*

In Belgium a pilot project of unique call number (project 1733) has been launched in some regions since 2009. A professional dispatching sort out any medical call and follows standardized protocols set up in collaboration with GPs. The calls of the patients with primary care problems are:

- either transferred to the GP circle;
- or receive a direct answer according to the problem: advice to delay the contact, to go to the local ODC, home visit.

2.2.3.2. *Economic consequences: difficult to estimate*

The extension of the pilot project to all Belgian regions would cost around € 2 521 500 during the first year, with $\frac{3}{4}$ of the sum devoted to personnel costs. Too few data are available in the literature to estimate the running costs after a few years as well as the potential gains (e.g. in terms of reduced number of home visits, delayed demands, solved problems).

2.2.3.3. *Several legal issues to consider*

A unique call system with triage by non-medical personnel requires an adaptation of the current legislative framework. It is important to have a clear definition of the decision modalities following a patient's call in order to cover the telephonist's and GP's possible liability.

Moreover, the legal status of the telephonists needs clarification. If the assessment of the patient's problem is considered to be a kind of (preliminary) anamnesis, the profession of the telephonist and his/her legal competences need to be defined in the Royal Decree n° 78. If not, no amendments are necessary: a legal basis can be found in the existing legislation for the personnel of the 100/112 services for emergency aid. There is currently no uniform start or end time of after-hours: it would be opportune to harmonize at national level in case of unique call number.

2.3. *Specific solutions for the dead of night: larger areas and/or contracts with hospitals*

2.3.1. *Two alternatives implemented in a few Belgian areas*

Two main solutions have been set up by GP circles to alleviate the burden of duty periods during the dead of night.

The first solution is an agreement between adjoining GP circles to reduce the number of GPs on call during these quiet periods. The implementation of this solution has limitations:

- First, in territories near the border (often rural areas with a shortage of GPs), there is no adjoining GP circle to share the forces;
- Second, as mentioned above, the legislation requires one GP on call per 30 000 inhabitants, whereas this GP can expect about one call per 100 000 inhabitants during the night (see 1.3.2);
- Finally, distances in rural areas are a limit to merge large territories.

The second solution is an official agreement between the GP circle and local hospitals to send the patient to the emergency departments during the dead of night. In the currently running Belgian initiatives, the triage is performed either by a GP (from the GP circle) or by the personnel of the emergency department.

2.3.2. *Required legal adaptations for implementation in Belgium*

The first solution would require to align the legally required number of GPs on duty to the expected number of calls at night.

For the second solution, continuity of care is guaranteed and no legal amendments are needed. However, the use of an external triage system would require amendments in the legislation as stated in 2.2.2.



2.4. Consultation by specifically trained nurses

2.4.1. A solution abroad

In the Netherlands and in the UK, nurses supervised by GPs perform triage but also face-to-face consultations. Moreover, for minor injuries or illnesses, the UK has nurse-led centres, accessible without appointment.

2.4.2. What do patients think about nurse consultations?

The literature shows that patients might be dissatisfied when they expect a consultation with a physician. The authors suggest to provide clear information on the organization of after-hours services to all patients, prior to contact, in order to foster realistic expectations.

2.4.3. Required legal adaptations for implementation in Belgium

Today, the competences of nurses are limited by law. Some technical and medical acts are restricted to nurses with a specific qualification. Nurses are competent to assist diagnoses and treatments, but they are not entitled to diagnose or to decide on treatment themselves. Consultation by specifically trained nurses would require legal changes as to the definition of the qualification and the acts that they can perform.

2.5. Phone consultations

2.5.1. Solution into force in other countries

In the Netherlands and the UK, specially trained nurses (or practice assistants) can give telephone advice, always supported by (national) guidelines (on paper or computer-based).

In Denmark triage and telephone consultations are solely provided by trained GPs. Financial incentives foster this option and about half of the contacts end up with advice only.

2.5.2. What do patients think about telephone consultations?

Some studies show that telephone consultations may be a source of dissatisfaction for patients who prefer a face-to-face consultation. However, other studies and the Danish situation (with a GP on the phone) show that patients appreciate the ease of using the telephone, the speed of response, the advice and reassurance received, with a feeling that they do not waste the doctor's time.

2.5.3. Required legal adaptations for implementation in Belgium

Today, GPs can legally perform consultations by phone since they are free to choose the means needed for diagnosis or treatment. It would be useful, however, to elaborate guidelines or protocols setting criteria for the good practice of phone consultations.

If one would consider to give more competences to nurses in the practice of telephone consultations, the legislation on the practice of nursing needs to be adapted as well.

2.6. Recruiting supplementary workforce: who will volunteer ?

Finally, some GP circles also recruit physicians specifically for the after-hours service. This situation is paradoxical: if these "volunteer GPs" do not practice their job with their own patients they cannot benefit from the GP license and accreditation. This service is well appreciated by the GPs who seek help in rural areas but the solution needs an adaptation of the current health care system, to make it more attractive for potential GP candidates and to ensure that patients are cared by professionals with adequate training (either GP or other specific training).



3. POLICY MEASURES TO IMPLEMENT ALTERNATIVE SOLUTIONS

The table below summarizes the policy measures identified in other countries. They allow for ad hoc regional variations taking account of local needs and geographical factors.

POLICY MEASURES ON AFTER-HOURS CARE

STRUCTURE	• Development of standardized procedures at national level (budget, care models, protocols) to be adapted according to the local situation
	• One single regional/national phone number for after-hours care
	• Involvement of multidisciplinary staff in new models
	• Specific training of the staff, including communication skills
	• Support of GP cooperatives in areas upon request of GPs, based on regional planning for an optimal accessibility
	• Possible integration of GP after-hours services in the hospital, in collaboration with GPs
	• Evidence-based clinical guidelines for referring and prescribing in after-hours care
	• Information and communication technology including electronic patient files and online connection to the GP care for efficient information exchange between “office hours” and “after hours” care providers
	• Budget tailored to an efficient system with possible alternative (mixed) ways of financing: e.g. payment per hour on call of GPs, payment of phone consultations, financial incentives to consult the first line of care (versus emergency department)
PROCESS	• Implementation of triage systems (guideline-based and computer-based) for GP cooperatives, emergency departments and ambulance care, assessing the urgency of the patient's complaint
	• Supervision procedures if triage by assistants/nurses • Telephone consultations by doctors when suitable

- Registration of patient data: sociodemographic characteristics, problems, diagnosis, additional needs, response to the demand
- Education of patients on the most efficient use of after-hours services

QUALITY ASSURANCE PROCEDURES

- Definition and implementation of national quality requirements and indicators for after-hours services (see possible sources from Belgian research (8.1.2) and UK National requirements at <http://www.out-of-hours.info/documents.php>) e.g.:
 - standards for the time to answer calls, perform clinical assessments and home visits
 - systems for identifying life-threatening conditions
 - indicators for prescribing and referring
 - patient-centered indicators (satisfaction etc)
- Accreditation of organizations providing after-hours care
- Organization of audits

Authors and foreign experts further highlighted some issues to consider when opting for an alternative solution:

FURTHER ISSUES TO BE CONSIDERED

GENERAL ISSUES	• Support of new initiatives by the main stakeholders e.g. professional bodies, GPs, authorities
ORGANIZATION ISSUES	• Acceptable number of shifts and time schedule tailored to the GP on call
PATIENT SATISFACTION	• Information: optimal services according to their needs, components of the service they can expect
	• Waiting times: reduction and information
	• Accessibility of care for patients unable to travel



4. CONCLUSION

This report scrutinized the possible alternatives for the organization of after-hours in primary care. The starting point was the care providers' and authorities' point of view. The data have shown that rural areas face a specific problem of workload during after-hours periods. Moreover the current organization is not adapted to slack periods.

Some caveats should be mentioned:

- The perception of the users was out of scope of this research: this information has been summarized from Belgian and foreign studies. However not all points could be covered e.g. the specific problem of access for the minorities and for the users from low social class.
- The report focused on the circles that experience problems. Many GP circles still perfectly function to the great satisfaction of the GPs and their patients. There is perhaps nothing much to do now within these circles provided that:
 - o Their system is viable in the long term;
 - o The user's interests remain at the heart of their decisions.
- This report did not find the magic bullet to solve the problem according to the type of area but the Belgian data and the literature emphasize that solutions have to be adapted in rural and border areas.

The researchers analyzed the main models implemented in Belgium and elsewhere. Some of them would require legal amendments to be implemented in our country. The literature offers further information on their pros and cons, with respect to one or several specific dimensions at stake. These dimensions requiring an optimal solution are summarized in the table below: it illustrates the issues to be analyzed before implementing any of the models. The ultimate objective is to find a solution, or, more likely, a combination of solutions offering a balanced response for each of the dimensions of the left-hand column of the table.

		Unique call number with triage	Out-of-hours centre	Merge areas during slack periods	Collaboration with local hospital	Phone consultation	Nurse consultation	Volunteer MD
GPs	GP workload							
	Quality of life							
	Security							
	Continuity of medical information							
	Adaptation to the local situation							
Patients	Continuity of care (treatment & feed-back to the GP)							
	Answer to medical & psychosocial needs (e.g. home visits)							
	Waiting time							
	Communication with health professional							
	Accessibility & Security							
Authorities	Quality of medical care							
	Costs							
	Human resources							
	Legislation to amend							

The experience of other countries added further issues to consider, in particular the required standardization of the procedures and the planning of an evaluation based on indicators.

In all cases the future decisions should aim:

- To simplify the access to all patients for services;
- To offer services tailored to the needs,
- To increase the efficiency of the after-hours health care resources, in particular during slack periods.

Finally, one should bear in mind a parallel way to tackle the problem is to increase the attraction of the GP profession and of the after-hours work in particular. Recommendations have been proposed in the KCE report 90 and to prevent the burn-out in the report 165.



■ SCIENTIFIC REPORT

TABLE OF CONTENTS

1.	BACKGROUND AND OBJECTIVES OF THE STUDY	12
1.1.	SITUATION IN BELGIUM.....	12
1.1.1.	Issues addressed by the general practitioners	12
1.1.2.	Research - Statements from professional organizations	12
1.1.3.	Initial research proposal	13
1.2.	OBJECTIVE : ALTERNATIVE MODELS FOR AFTER-HOURS CARE.....	13
1.3.	PERCEPTION OF PATIENTS IN BELGIUM.....	13
1.4.	STRUCTURE OF THE REPORT	13
2.	INITIATIVES IN BELGIUM.....	14
2.1.	SERVICES 24H/24	14
2.2.	UNIQUE GP CALL NUMBER.....	14
2.3.	FINANCIAL INCENTIVES	14
2.4.	ORGANIZED DUTY CENTRES	14
2.4.1.	Description	14
2.4.2.	Summary of the reports from organized duty centres.....	14
2.4.3.	Strengths and weaknesses of the organized duty centres system.....	15
2.5.	OTHER SOLUTIONS IN RURAL AREAS	16
2.5.1.	Formal agreements with local emergency departments	16
2.5.2.	Supplementary GPs for duty periods	16
2.5.3.	Support of services by local authorities.....	16
2.6.	UNIQUE CALL NUMBER WITH TRIAGE SYSTEM	17
2.6.1.	Organization	17
2.6.2.	First results.....	17
2.6.3.	Strengths and weaknesses	17
3.	CURRENT LEGISLATION AND DEONTOLOGICAL ASPECTS	18



3.1.	SCENARIO 1 : UNIQUE CALL NUMBER WITH TRIAGE	18
3.1.1.	Legal and deontological frame	19
3.1.2.	Adaptation of the current legal framework	20
3.1.3.	Redefinition of the tasks of the involved institutions	21
3.1.4.	Issues to consider in case of implementation	21
3.2.	SCENARIO 2 : SOLUTIONS FOR DEEP NIGHTS (REFERENCE TO A HOSPITAL OR MERGE OF GP CIRCLE AREAS)	22
3.2.1.	Legal and deontological frame	22
3.2.2.	Responsibilities and liability of the involved actors	22
3.2.3.	Adaptation of the current legal framework	23
3.2.4.	Redefinition of the tasks of the involved institutions	23
3.2.5.	Issues to consider in case of implementation	23
3.3.	SCENARIO 3 : CONSULTATION BY NURSES.....	23
3.3.1.	Legal and deontological frame :	23
3.3.2.	Adaptation of the current legal framework	24
3.3.3.	Redefinition of the actual tasks of the involved actors	24
3.3.4.	Issues to consider in case of implementation	24
3.4.	SCENARIO 4 : PHONE CONSULTATIONS	24
3.4.1.	Phone consultations by a physician in a legal and deontological frame	24
3.4.2.	Phone consultations by a nurse in a legal and deontological frame	24
3.4.3.	Responsibilities and liabilities of the involved actors	25
3.4.4.	Adaptation of the current legal framework	25
3.4.5.	Issues to consider in case of implementation	25
4.	DATA ANALYSIS OF GP ACTIVITY DURING AFTER-HOURS PERIODS.....	26
4.1.	PATTERN OF WORKLOAD DURING AFTER-HOURS PERIODS (24 HOURS).....	26
4.1.1.	Objectives of the survey	26
4.1.2.	Methodology	26
4.1.3.	Results : variations of the number of contacts during 24 hour periods	27
4.1.4.	Results: work during “deep night” periods.....	29
4.1.5.	Summary: workload during 24 hours periods	30



4.2.	WORKLOAD AND NIGHTS ON CALL BY MONTH AND BY YEAR	30
4.2.1.	Objective	30
4.2.2.	Methodology	30
4.2.3.	Results: periods and nights on call (MEDEGA source)	31
4.2.4.	Results: contacts during after-hours periods based on billing codes.....	34
4.3.	DISCUSSION	34
4.3.1.	Different interpretations according to the databases	34
4.3.2.	Type of area: the major determinant for periods and nights on call.....	35
4.3.3.	What is a “deep night period” ?	35
5.	IDEAS FROM ABROAD: LITERATURE ANALYSIS.....	35
5.1.	SCOPE	35
5.2.	METHODOLOGY	36
5.2.1.	Search in the indexed literature	36
5.2.2.	Search in the grey literature	36
5.3.	RESULTS: INDEXED LITERATURE.....	37
5.3.1.	Overview of the results.....	37
5.3.2.	Impact of the models on four main outcomes	38
5.4.	ANALYSIS OF AFTER-HOURS ORGANIZATION IN FIVE COUNTRIES	44
5.4.1.	Types of reforms of after-hours care in the 5 countries	44
5.4.2.	Situation before the reform of after-hours care	44
5.4.3.	Drivers for system reform	44
5.4.4.	Financial incentives	45
5.4.5.	Characteristics of the model most frequently used in the 5 countries	45
5.4.6.	Critical success factors.....	47
5.4.7.	Guidelines in the UK, The Netherlands and Denmark	47
5.4.8.	Quality assessment and follow-up	48
5.4.9.	Suggestions for improvement of after-hours care	48
5.5.	LESSONS LEARNED FROM OTHER COUNTRIES: NEW MODELS FOR AFTER-HOURS CARE, THEIR IMPACT AND AVENUES FOR THE FUTURE.....	50
5.5.1.	Main features of the after-hours models	50



5.5.2.	Impact of the new models on GPs, patients and HC system use	51
5.5.3.	Suggestions to improve organization of after-hours care	52
6.	ECONOMIC ANALYSIS: DATA FROM BELGIUM AND OTHER COUNTRIES	53
6.1.	FINANCING OF AFTER-HOURS CARE IN OTHER COUNTRIES	53
6.1.1.	Information on costs of after-hours care	54
6.1.2.	Discussion	56
6.2.	ORGANIZED DUTY CENTRES IN BELGIUM	57
6.2.1.	Budget allocated to the organized duty centres	57
6.2.2.	Financing Process	57
6.2.3.	Economic description	58
6.2.4.	Expenses and revenues of the ODCs	58
6.2.5.	Activities of the ODCs	59
6.3.	UNIQUE CALL NUMBER WITH TRIAGE (PROJECT “1733”)	63
6.3.1.	Budget 2011 and planning budget 2012 to cover the country	63
6.3.2.	Activities of the 1733	63
6.4.	DISCUSSION	64
6.4.1.	What we have learnt from the Belgian experiences	64
6.4.2.	Limitations of the ODC description	65
6.4.3.	Ways for the future	65
7.	CONCLUSION	66
8.	APPENDICES	67
8.1.	RESEARCH ON AFTER-HOURS IN BELGIUM	67
8.1.1.	Who consult the GP or emergency departments during after-hours periods?	67
8.1.2.	Evaluation tools for activities during after-hours periods	68
8.1.3.	Study about security of self-employed professionals	69
8.1.4.	State and prospects of general practice organization in the province of Luxembourg	69
8.1.5.	Work during “deep nights”	69
8.1.6.	Perceptions of GPs of after-hours work	70
8.1.7.	Search for optimal solutions in two provinces (Instituut voor Mobiliteit)	71
8.1.8.	Summary of the research findings	71



8.2.	APPENDICES: STATEMENTS OF PROFESSIONAL ASSOCIATIONS.....	72
8.2.1.	Synthesis note of the working group “after-hours” (Federal GP Circles Council).....	72
8.2.2.	Statements from associations of young general practitioners (Jong Domus and SSM-J)....	73
8.2.3.	After-hours care: on the agenda of the unions.....	75
8.2.4.	After-hours in general practice : also an issue in the surroundings of Brussels	76
8.2.5.	Summary: statements of the associations	76
8.3.	APPENDICES: CASE REPORTS OF BELGIAN INITIATIVES.....	76
8.3.1.	SOS Médecins	76
8.3.2.	Unique call number and organized Duty Centre in Charleroi	78
8.3.3.	ODC post Meuse et Samson	83
8.3.4.	ODC post Deurne.....	86
8.3.5.	ODC Oudenaarde: future integration of an ODC in the hospital.....	88
8.3.6.	Agreement with local emergency departments: the case of Gouvvy.....	89
8.3.7.	Pilot projects 1733.....	90
8.4.	APPENDICES: MODELS IN FIVE OTHER COUNTRIES: DETAILS BY COUNTRY	96
8.4.1.	After-hours care in The Netherlands.....	96
8.4.2.	After-hours care in The United Kingdom.....	104
8.4.3.	After-hours care in Denmark	115
8.4.4.	After-hours care in France	120
8.4.5.	After-hours care in Italy	125
8.4.6.	Illustration of an indicator in different countries.....	128
8.5.	APPENDICES : BELGIAN LEGISLATION	128
8.5.1.	Methodology	128
8.5.2.	Description of the current legislation	128
8.5.3.	Four alternative scenarios for after-hours care : legal considerations	154
8.5.4.	Scenario 1: Project 1733.....	155
8.5.5.	Scenario 2: reference to a close hospital during the deep nights	163
8.5.6.	Scenario 3: Phone consultation	167
8.5.7.	Scenario 4: Consultation by specifically trained nurses.....	172
8.6.	APPENDICES: DATA ANALYSIS	174



8.6.1.	Eurostat – Definition of areas	174
8.6.2.	Billing codes used for the NIHDI data analysis	176
8.6.3.	Details of MEDEGA analyses	178
8.6.4.	Characteristics of the GPs included in the NIHDI database	182
8.7.	APPENDICES: ECONOMIC ANALYSIS	183
8.7.1.	Template for the collection of data from organized duty centres (NIHDI source)	183
8.7.2.	Statistics from the ODCs (2008): first, third and fourth years of activity (source: NIHDI) ...	184
9.	REFERENCES	187



LIST OF FIGURES

Figure 1: Mean number of contacts per day over a 24 hours period.....	27
Figure 2: Mean number of contacts per day and period.....	28
Figure 3: Median number of hours on call per GP per year – MEDEGA database (2009)	32
Figure 4: Percentage of GPs by type of area by number of hours on call – MEDEGA database (2009).....	32
Figure 5: Median Number of nights on call – MEDEGA database	33
Figure 6. Pattern of 1733 calls during the week	64
Figure 7. Pattern of 1733 calls during the week-end	64

LIST OF TABLES

Table 1. Characteristics of the organized duty centres.....	15
Table 2: Repartition of the number of contacts over 24 hours.....	28
Table 3: Number of contacts (per 24 hours) per 100,000 habitants and period	29
Table 4: Mean Number of Contacts: different “Deep night period” definitions	29
Table 5: Mean Number of Contacts (per day) per 100,000 habitants by different Night period definition	29
Table 6: Characteristics of the 8702 GPs registered in the MEDEGA database (2009)	31
Table 7: Number of Hours on call per GP by type of area - MEDEGA database (2009)	32
Table 8: Number (%) GPs with periods on call including night hours by type of area – MEDEGA database ...	33
Table 9: Number of billing codes that refer to after-hours periods per GP – NIHDI database (2009).....	34
Table 10: Total number of billing codes per GP (except 6PM to 9PM) – NIHDI database.....	34
Table 11: Overview of costs of after-hours care per country and type of after-hours service (€)	54
Table 12 : Fees earned by Danish GPs according to type of medical act and time of the day (€)	55
Table 13 : GP fees (€ by hour) in the UK (2006)	56
Table 14: GP fees in France ¹⁰⁶	56
Table 15 : Distribution of the expenses (NIHDI 2010)	58
Table 16 : Distribution of the expenses for the item « Service and various goods”	59
Table 17. Revenues of the ODC’s (2010).....	59
Table 18: Statistics for the second year of ODC activity (NIHDI data 2008)	60
Table 19: Costs per inhabitant (in €).....	62
Table 20: Forecast Budget 2012 - 1733 project (€)	63



Table 21 : Rapport financier Poste de garde des médecins généralistes	183
Table 22 : Financieel verslag huisartsen wachtpost.....	183
Table 23 : ODCs : First year of activity (2008).....	184
Table 24 : ODCs : Third year of activity	185
Table 25 : ODCs : Fourth year of activity.....	186



LIST OF ABBREVIATIONS

ABBREVIATION	DEFINITION
Accredited GP	licensed GP (003,004,007 and 008) who fulfils the accreditation criteria: medical records, ongoing training, continuity of care, peer review, number of contacts per year ≥ 1250 , no sanction
ACIOD	Abolition du Caractère Inconditionnel de l'Obligation de Déplacement – Abolition of the obligation to perform all home visits when requested
Act	medical service reimbursed in the NIHDI/INAMI/RIZIV frame (more than one act is possible during an encounter with the patient).
After-hours care – (synonym: Out of hours care - MESH)	Medical care provided after the regular practice schedule of the physicians. Usually it is designed to deliver 24-hour-a-day and 365-day-a-year patient care coverage for emergencies, triage, pediatric care, or hospice care
AHS	after-hours service
AMU	Aide Médical Urgente (emergency services, France)
BAMU	Belgian Association of Medical Unions – Association Belge des SYndicats Médicaux - Belgische Vereniging voor Medische Syndicaten
BUGP	Belgian Union of General Practitioners (BUGP): Groupement belge des Omnipraticiens – Belgische
CPP/CPVP/CBPL	Commission for the protection of privacy/Commission de la protection de la vie privée/Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer
Contacts	home visits, consultations or medical advice with delivery of attestations of the medical acts given during that contact.
CPAS/OCMW	Centre Public d'Aide Sociale / Openbare Centrum voor Maatschappelijk Welzijn (Public social services)
DMG/GMD	Dossier Médical Global/Globaal Medisch Dossier
Domus Medica	association of Flemish general practitioners
ED	Emergency Department
FAG	Forum des Associations de Médecins Généralistes
FCGPC/CFCMG/FRH	Council of GPs Circles/Conseil Fédéral des Cercles de médecins généralistes/Federale Raad voor de Huisartsenkringen Federal
AK	



FPS/SPF/FOD	Federal Public Service, Health, food Chain Safety and Environment/Service public fédéral, Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement/federale Overheidsdienst, Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu
GPs Circles/Cercle des médecins généralistes/Huisartsenkringen	organizations representative of the general practitioners or groups formed for that purpose that institute after-hours services
Insurance Committee	Comité de l'Assurance, Verzekeringscomité
Jong Domus	Association of young GPs (Dutch speaking)
Licensed general practitioner (GP)	Medical doctor specialized in general practice (INAMI/RIZIV code: 003, 004, 007, 008b)
MO/OM/OG	Medical Order/Ordre des Médecins/Orde van Geneesheren
NIHDI/INAM/RIZIV	National Institute for Health and Disability Insurance (NIHDI)/Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI)/ Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV)
National Commission of GP's and Sickness Funds	Commission Nationale Médecins/ Organismes Assureurs medico-mut, Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen, NCGZ
ODC/PG/HP	Organized duty centres/Postes de garde/Huisartsenposten
On call / on duty (GP on ...)	GP available to answer to the patients' demand during after-hours periods
"Organizations representatives of the practitioners or groups formed for that purpose that institute after-hours services":	these organizations and groups include the GPs Circles. The legislative framework does not make a direct reference to the GPs Circles because the GPs Circle do not cover the entire Belgian territory.
PC/CP/PR	Provincial councils/conseils provinciaux/provinciale raden
PMC/CMP/PGC	Provincial Medical commissions/commission médicales provinciales/provinciale geneeskundige commissies
PG/GP/PG	Province governors/gouverneurs de provinces/provincies gouverneurs
SSM-J	association of young GPs (French speaking)



"Social taxi"		transport to a GP office provided to patients at an affordable price
TASRE		Tri des Appels Sous la Responsabilité de l'Etat - Triage of calls under State's responsibility
Third Payer		Tiers payant, Derde Betaler
Triage [MESH]		the sorting out of patients [...] to determine priorities and proper place of treatment
Unlicensed practitioner	general	medical doctor without any formal specialization in general practice (INAMI/RIZIV code: 000, 001, 002,009a)



1. BACKGROUND AND OBJECTIVES OF THE STUDY

This report analyzes alternative models to answer efficiently to the patient's demands during after-hours periods in primary care. The report started from the GPs' demand and examines possible alternatives to the organization. The paragraphs below present the context, the objectives and the structure of the study,

1.1. Situation in Belgium

1.1.1. Issues addressed by the general practitioners

The general practitioners (GPs) have a legal obligation to ensure continuity of care for their patients¹. For decades GPs were permanently on call for their patients. During the last years they took part in rota systems organized by their local "GP circle" (official groups representative of the GPs from a specific geographical area²).

However, many problems concerning the GP after-hours services (AHS) have been quoted over the last years³⁻⁵ e.g.:

- the shortage of GPs in some rural and deprived areas with an increase in pressure on the remaining work force;
- the actual GP work force (in equivalent full-time) who takes part in duty systems: much lower than the number of registered GPs⁶;
- the negative impact of after-hours care on the attraction of the GP profession: the KCE report 90³ also highlighted other issues related to after-hours care as safety, outstanding bills and the patient's excessive demands (e.g. home visits during night for futile reasons);
- the current system that allows the patient to choose between care providers during after-hours periods^{7, 8}:
 - o Contacting the GP on call for a visit or consultation (direct payment of the fees, later reimbursement by the NHDI);
 - o Consultation in an emergency department; more expensive due to complementary tests^{9, 10};
 - o Call to the emergency medical assistance "100".

- the current payment system that induces a preference for emergency services as the patient receives the bill later.
- the patients do not know the best health service to consult during after-hours periods according to their need.

1.1.2. Research - Statements from professional organizations

Extensive research has been conducted in Belgium to analyze the problem and to formulate avenues for the future. These results are presented in appendix 8 (summary in 8.1.8). This research gives an insight into the following areas:

- The profile and motivations of patients to consult GPs and emergency departments during after-hours periods (see 8.1.1);
- The development of evaluation tools for activities during after-hours in general practice (see 8.1.2);
- The security of self-employed professionals (see 8.1.3);
- The organization of general practice in a rural area (see 8.1.4);
- The workload during the night in specific geographical areas (see 8.1.5);
- The opinion of GPs on after-hours work (see 8.1.6);
- Concrete proposals for optimal solutions in the provinces of Limburg and Luxembourg by the Mobility Institute (see 8.1.7).

In parallel the following professional organizations also issued statements to find optimal solutions:

- The working group 'after-hours' of the Federal GP circles council) (see 8.2.1);
- The associations of young GPs (see 8.2.2);
- The unions (see 8.2.3);
- GP associations (see 8.2.4).

The essence of their proposals is displayed in the summary (see 8.2.5).



1.1.3. Initial research proposal

The current organization of rota systems mainly relies on the local “GP circles”². Their national representative organization, the Federal Council of GP Circles (FCGPC), submitted to the KCE a research proposal with the following questions:

- What is the workload of general practitioners during after-hours periods in the different regions of Belgium?
- What are the existing models in Belgium and in the literature to answer to patients’ demands in general practice during after-hours periods?
- Which solutions could be proposed in Belgium to ensure the continuity of the GP care during after-hours periods: what are their legal (practitioners’ responsibility) and budget consequences?

However, the organization of after-hours rapidly moved during 2010-2011: the stakeholders (GPs, Ministry of public health, NIHDI) proposed, tested and implemented new initiatives. The second and third research questions consequently merged as these initiatives are a potential solution for the future.

1.2. Objective : alternative models for after-hours care

The objective of this research is to analyze the conditions for implementation and the possible consequences of alternative models to answer efficiently to the patient’s demands during after-hours periods in primary care.

“After-hours periods” (see glossary) refers to evenings, nights, week-ends and public holidays. In Belgium official definitions of the start and end of the periods currently depend on the billing codes (see 2.3).

This report defines the “patient’s demand” by the calls to the first line of care during after-hours. Consultations in hospitals and emergency calls are out of scope.

The report focuses on the situation from the providers’ and authorities’ points of view; The perception of the patient is not analysed in this report but data are available in the indexed literature (see satisfaction in 5.3.2.2) and in a Belgian PhD thesis (see summary in the next paragraph). The final synthesis and conclusion integrates those data.

1.3. Perception of patients in Belgium

A PhD thesis brings forward information on the patients’ perception of after-hours services in Belgium (see details in 8.1.1.3):

The results show that patients choose a service that they already consulted previously (emergency department or GP). The thesis outlines the need to provide information to the patients about the optimal service to consult during after-hours periods. In particular, minorities and young men with minor trauma consult easier emergency departments than the GP.

Another finding is that the GP is consulted when the patient has the perception that he is more accessible (home visits and short waiting time) and able to solve the problem. The patients who consult the ED appreciate the accessibility, immediate technical tests, explanations about the disease, competence of the staff and delayed payment. The supplementary fees asked by some hospitals are not a barrier for those ones who opt for this option.

1.4. Structure of the report

The report begins with an analysis of the Belgian situation:

- The initiatives to answer to the patient’s demands during after-hours (chapter 0),
- The legislation and deontological aspects related to after-hours care (chapter 3),
- An analysis of the GPs’ activity during after-hours periods (chapter 4),

The following chapters analyze the situation and solutions proposed in other European countries (chapter 5) and the economic aspects of the organization of after-hours care in Belgium and abroad (chapter 6).

A synthesis (see KCE website) summarizes the main scenarios and their potential consequences.



2. INITIATIVES IN BELGIUM

Many sources have been used to identify the initiatives in Belgium to answer to the patients' demands during after-hours periods: websites of the authorities, websites of GP associations, contacts with GP circles, contacts with associations of GP circles, medical press. Experts were consulted to validate the list.

The initiatives have been afterwards classified into groups (e.g. out-of hours centres, experiences in rural areas). The selection of one representative initiative in a group was based on the duration, experience or size.

The description of each initiative was first drafted based on the available documents and websites. A validation occurred afterwards by a responsible person of the project (see names in the expert group and in the acknowledgements). The aim was to understand in detail the operational issues, strengths, weaknesses and perspectives of each project (see 8.3).

2.1. Services 24H/24

An illustration is "SOS médecins" in Brussels (see 8.3.1). This well organized pool of GPs performs home visits on call, 24H/24. Doctors are often young GPs who opt for this work before starting their own practice. A similar system exists for GP consultations (e.g. "Centre Malou").

2.2. Unique GP call number

GPs in some areas have set up a call system with a single phone number for several areas. One illustration is Charleroi (see 8.3.2).

The patients call a unique phone number during WE, public holidays and nights. A telephonist answers with two possible options (according to the local arrangements) for primary care problems:

- either transfer to the GP circle;
- or direct answer according to the problem: advice to delay the contact, referral to the local GP/ODC, home visit.

Central call numbers have advantages for both the GP (security, time saving, organization) and the patient (accessibility, appropriate answer to the needs).

A more recent illustration is the financing of a central call number by the Ministry of Public Health (see 2.6 and legislation in 3.1).

2.3. Financial incentives

The GP works in a fee-for-service system: he receives a fixed amount according to the service (e.g. consultation, visit during the day, during the nights, added technical procedure). The patient pays and receives later a part of the amount, depending on his status (e.g. low social class).

A list of NIHDI billing codes mentions all possible acts in hospital and ambulatory care. Higher fees exist in this list for after-hours consultations and visits e.g. night visits (21:00 until 8:00), consultations/visits during week-ends or public holiday (8:00 until 21:00).¹¹ Additional measures have been proposed these last years by the health authorities to favor the continuity of care in general practice during after-hours¹¹⁻¹³:

- A financial support of the circles, with extra funding in case of unique call number or in case of a low population density;
- A lump sum for GPs on duty when the service is organized by the GP circle (evening from 7 to 9 pm, night, week-end, public holiday);
- A supplement of € 3 for GP consultations with patients registered with a GP ("general medical record"/DMG/GMD) between 6 and 9 pm.

2.4. Organized duty centres

2.4.1. Description

The organized duty centres (ODC) are well equipped practices set up by GPs in specific geographical areas. The ODCs exist in Belgium since 2003. Gradually, their number increased up to 29 in 2011. They now cover about one third of total Belgian population. Four illustrations of ODC are provided in appendices 8.3.2, 8.3.3, 8.3.4 and 8.3.5.

"Experimental posts" have been first created in small cities and rural areas (n=16). They are financed by the NIHDI on an annual basis. "Urban posts" were later set up in big cities (n=11) and their financing is defined in a Royal Decree¹⁴.

2.4.2. Summary of the reports from organized duty centres

The NIHDI data (2010) show a great variability between both types of ODC and even between ODC within the same group as illustrated by the table



below.¹⁵ The evaluation (see chapter 6.2) is difficult because all centres differ (e.g. accessibility, area, facilities, management plans).

Table 1. Characteristics of the organized duty centres

	Experimental centres : 16 ODC (14 survey participants)	Centres in large cities : 11 ODC (but 10 survey participants)
Opening: Week-ends	All open during the week-ends, daytime. Eight centres also open during the WE nights.	All open during week-ends, daytime. Sometimes till 11 or 12 p.m. (or even during nights).
Opening: public holidays	Open in public holidays: - either period during the day itself (period from 2h to 24h) - or begin the evening before (6 or 8 p.m.) until the next day (until 7 or 8 a.m.)	Open in public holiday: - either period during the day itself (period from 2h to 24h) - or begin the evening before until the next day
Opening: weekdays	2 centres open during the week's nights	Brussels: 4 centres open in the evening (until 11 or 12 p.m.) and 2 centres open during the weekdays as well.
Opening period	from 4h to 118h/week (mean = 48h/week)	from 57h to 98h/week (mean = 69h/week)
Number of GPs on duty	1 to 5 GPs in the centre and 1 to 10 GPs for home visits.	1 to 4 GPs in the centre and 1 to 6 GP for visits (if applicable because some urban ODC perform no visit)
Support	Clerical (secretary) and/or logistical (driver) support for all except 2 centres. From 0.33 to 6 ETP/post. No support by nurse	Clerical (secretary) and/or driver and/or nurse support for all. From 2 to 8.2 ETP/ centre.
Building	Renting building for all: local authorities, private lessors or hospital (public or private).	Renting building to private lessors for the majority (2 to local authorities and 2 to hospital)
Fees	Fees reception by the GP in most centres (8/13), by the centre for the other ones.	Fees perception either by the centre or by the GP.
Number of contacts	For 9 ODC (created before june 2008), 76 797 contacts in 2008 and 83 976 in 2009.	For 8 ODC (created before 2008), 63 398 contacts in 2008 and 89 417 in 2009.
Cost	For 10 ODC in 2009, total annual expenditure = € 3 268 149 and	For 10 ODC in 2009, total expenditure = € 2 701 308 and

Experimental centres : 16 ODC (14 survey participants)

Centres in large cities : 11 ODC (but 10 survey participants)

receipts = € 3 359 068.

receipts = € 2 649 248

Funding

NIHDI and variable additional sources, including a financing by the GPs themselves.

2.4.3. Strengths and weaknesses of the organized duty centres system

The person in charge of the ODCs raised many issues (see appendices 8.3.2, 8.3.3, 8.3.4 and 8.3.5) that are summarized in the following paragraphs. The advantages of ODCs underlined by the GP organizations (see 8.2.1) and by the associations of young GPs (see 8.2.2) have been added.

2.4.3.1. Strengths of the ODC system

- Logistics (premises, call centre);
- Centralised organization (merge of geographical areas, some ODCs share common IT infrastructure or telephonists);
- Comfort for the GPs (e.g. safety, workload, distinction between work and private life);
- Advantages for the patient (e.g. accessibility, unique number, short waiting time);
- Quality of the service (telephonists' training, calls' registration) ;
- Collegiality between GPs from the same area;
- Patient education (first line versus emergency departments, consultations versus home visits);
- Possible network with other partners (caregivers, hospitals, local authorities);
- Quality of care when working within a team, self-evaluation;
- Registration of all calls and further transmission of information to the patient's GP,



- ODC within a hospital: sharing of common staff and resources, visibility of the system.

2.4.3.2. Weaknesses of the ODC system

- Accessibility
 - Problem in the absence of parallel system for home visits (mentioned in 8.3.3);
 - Limited number of GPs in rural areas and impossibility to cover all duty periods.. This explains why the study from the Instituut voor Mobiliteit of Hasselt (see 8.1.7) analyzed the best places to set up ODCs according to the number of available GPs in the area.
 - What is the optimal location in other parts of the country ? The GPs themselves decided till now the best place to set up an ODC. For the future the NIHDI finance now a study to precise the optimal spots where to locate ODCs throughout the country in order to guarantee an optimal accessibility for all.
- Financing
 - Viability of the system: annual budget depending on the authorities, perceived as insufficient and threatening for the future;
 - In particular the financial contribution of the GPs to a public service raises questions, with the closely related problem of decreasing numbers of participating GPs in the future;
 - Delay before payment by the third-party payers. The GPs propose that a cash-flow fund to pay the GPs before the sickness funds reimbursement.
- Management: GPs do not have management competences and the collaboration of a manager facilitates the organization;
- Collaboration between first and second lines of care
 - ODC within a hospital: the stakeholders mention more difficulties linked to agreements between the hospital and the circle.
 - Many ODCs are located near hospitals : the advantage of sharing common resources is offset by a question of efficiency. In rural areas and/or during slack periods the NIHDI finances two parallel circuits a few patients from the same population.

2.5. Other solutions in rural areas

2.5.1. Formal agreements with local emergency departments

GPs in some rural areas have major difficulties to ensure all after-hours periods with a acceptable frequency of periods on call (concordance with a threshold defined by the GPs' organization, see 8.2.1). A particular case is the location near Belgian borders where merging areas is not possible.

Some GP circles concluded an official agreement with the hospitals as exemplified in appendix 8.3.6. This agreement states that during some nights, the patients are directed to the nearby emergency department. These agreements have been submitted to the Medical Order and to the medical provincial commission. However this situation requires legal considerations (see 3.2).

2.5.2. Supplementary GPs for duty periods

Some GP circles also recruit physicians to ensure the after-hours service.

This situation has two consequences. The first one is that these "volunteer GPs" do not fulfill the conditions for being licenced and cannot benefit from the advantages of the "accreditation" of they do not have their own surgery (the "accreditation" status requires e.g. medical records for the patients and continuity of care). The work of "volunteers" is therefore well appreciated in rural areas but attractive for potential GP candidates (e.g. young GPs). The second point is that the quality of care of the patients depends on the qualifications of the doctor who volunteers to give a hand.

2.5.3. Support of services by local authorities

Some local authorities provide a support to facilitate the GP practice during after-hours periods as for example:

- "Social taxi" : services for the transport of patients at an affordable price, organized e.g. by the municipality, by the local Public Centre for social help (Centre Public d'Aide Sociale/Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn).
- Premises for after-hours consultations: some provinces or local communities also put premises at GPs' disposal for the consultations during after-hours periods. One example is the recent ODC set up by the GP circle Meuse et Samson (appendix 8.3.3).



2.6. Unique call number with triage system

2.6.1. Organization

The triage is defined as “sorting out and classification of patients...to determine priority of need and proper place of treatment” [MESH]. The objective is to provide the most appropriate answer tailored to the patient’s need (and not request): emergency team, GP home visit, referral to a GP surgery, other information related to the care organization.

In 2009, a pilot-project, named “1733”, has been set up by the Ministry of Public Health. The 1733 is a unique call number (24H/24) with a professional dispatching to sort out any medical call, either medical emergencies or other medical requests. In 2010 the regions of Hainaut, Luxembourg, Brugge and Chimay joined the experiment (see 6.3 and 8.3.7).

The telephonists follow standardised protocols set up in collaboration with GPs. Two scenarios have been foreseen to ensure the follow-up of a call for a GP consultation or visit.

- The dispatching passes on the call to the GP circle;
- The dispatching itself refers the patient to a consultation (or ODC) or sends a GP at home (or advice the patient to report the consultation).

2.6.2. First results

The first evaluations by the persons in charge of the pilot-projects in Mons and Brugge (unpublished data, see see 8.3.7) show e.g. that:

- During after-hours periods 40% of 1733 calls are referred to the ODC and 2% required emergency services.
- 94% of the calls occur between 7 am and 9 pm (Brugge).
- Decreased number of home visits and in particular of “not justified” home visits (according to the perception of the GP): from 36% to 26% after the introduction of the triage system.

2.6.3. Strengths and weaknesses

The description and interviews highlighted some strengths (see 8.3.7):

- Complementarity with the emergency call number 100: common dispatching, appropriate patient referral;

- Direct transmission of medical information to the GP who holds the electronic medical record of the patient;
- Registration of all cases for quality assurance procedures;
- Safety e.g.:
 - o GP anonymity when the patient calls;
 - o Potential warning of the GP if safety problems with a patient (Brugge).

Some weaknesses are:

- Some GP circles did not agree to join in the initiative: in these areas the patients might call the 1733, whilst he/she is in a zone with another GP on duty;
- Telephonists experienced with emergency calls are less familiar with common complaints in general practice;
- The fact that the patient is still free to follow the advice (he might go to the ED instead of waiting till the next day),
- No information for the patient about the waiting time for a visit.

Key Points – Belgian situation

- **In Belgium, the organizational model for after-hours care rapidly evolved from a rota model to more innovative solutions that coexist now: unique GP call numbers, merge of areas during the night, organized duty centres and more recently a unique call number with triage system.**
- **These models were first set up by the GPs themselves (GP circles) to facilitate the organization of after-hours services.**
- **The respective advantages of the models become apparent (e.g. workload, safety) as well as the potential treats i.e. viability at long term, correct financing, necessary legislation changes.**
- **GPs, GP circles and the authorities play a major role to solve the problem of after-hours organization by creating, promoting and financing innovative solutions.**



- There is no data on their respective effect on quality of care; all of them should guarantee accessible care during after-hours for the patients with medical need.

3. CURRENT LEGISLATION AND DEONTOLOGICAL ASPECTS

The legal part has been written on the basis of classic legal methodology, which consists of the consultation and processing of legal texts, parliamentary documents, relevant jurisprudence and legal doctrine.

The legal part displayed in appendix 8.5.2 extensively elaborates the current legal framework in the field of after-hours services, in particular:

- the main actors who take part in the GPs' after-hours: definition, their missions in this context and the relations between them (see the summary in the scheme below);
- the responsibilities and potential liability of the different stakeholders involved in the organization of after-hours service in primary care;
- the deontological norms in this field.

<u>Actors that finance the GPs after-hours</u> [NIHD] = public federal institution of illness-disability insurance. The medico-mutualist agreement concluded for 2011 puts the emphasis on the GPs' after-hours.	<u>Actors that elaborate the rules and/or control the functioning of the GPs after-hours</u> [MC] = Order composed by the provincial councils, the appeal councils and the national council. MO elaborates the code of medical deontology that contains the obligation of continuity of health cares. [FG] = control that deontological rules are respected and sanction disciplinarily the faults of the doctors. [MCS] = entities that make suggestions concerning public health. MC make sure the medical art is exercised legally, define the needs of medical services, watch their functioning, resolve conflicts about after-hours services and act in case of non-well-functioning of the after-hours services. [FGS] = act when a malfunctioning of the GP's after-hours services: ask MC to collaborate with organizations and practitioners and may chair the MC.
<u>Actors that organise the GPs' after-hours</u> [FCGSP] = gives advice about the Circles' missions and organisation and determines the way the Circles can collaborate to the implementation and the follow-up of the unique phone number for the GPs' after-hours project. The strategic plan for 2010-2012 precise, reinforce and develop the role of the GPs circles in a coherent health policy. [GPs Circles] = association composed by all GPs that join it freely and that work in the GPs zone into which the GPs circle performs its activity. The Circle organises the GPs' after-hours service in the zone of GPs. [FPS Public Health, Security of the food Chain and Environment] = is working currently on the 1733 project with the objective of solving problems that arise out of the GPs' after-hours.	<u>Actors that perform the GPs' after-hours</u> [Individual GPs that perform after-hours] = holds a doctor degree and a document giving official recognition to a specific training in general medicine. In order to maintain their accreditation, the GPs have to participate to the after-hours organized by the GPs Circles. [GPs' after-hours service] = is organised by GPs Circles. [ODC] = consultations centres for general practice emergency.

The analysis of the Belgian initiatives (see chapter 0) and initiatives from other countries (see chapter 5) show possible alternative scenarios to be implemented in the future in collaboration with the stakeholders.

The paragraphs below detail four of these alternatives: the selection was based on the fact that their implementation in Belgium would require legal changes. The appendix 8.5.3 provides further details i.e. description of the current situation and legal framework.

3.1. Scenario 1 : unique call number with triage

The "pilot project 1733" tests the feasibility of a collaboration between the call services of the emergency medical aid and the services for the GP on call. This system can be used on a technical and operational level.

Technical level:

The call of the patient is automatically transferred from the unique number 1733 to the number of the local GP Circle. In this scenario there is no triage by telephonists. The sole difference with the current system is the use of a unique number comparable to the 100/112 number(s). The Federal Public Service Health (FPS) will act as a manager and services provider of the 1733 number and contractor in the chain between the patient and the GP on call.

Operational level :

Telephonists perform a triage of the calls. This case may render amendments to present legal framework necessary, as new actors will be involved.

By using the 1733 number and inserting the ZIP code number of the place where the patient is located, the patient has a contact with a telephonist of the 100 service. This telephonist takes one of the 6 decision options based on a triage protocol:

- Advising the patient to call the GP the next day ;
- Advising the patient to go to the surgery of the GP on duty to request medical care ;
- Advising the patient to wait for a GP at home and request the GP on duty to make the visit;
- Advising the patient to go to the Emergency Services ;



- Advising the patient to wait at home for the Emergency medical services and the ambulance / MUG (Mobile Emergency Goupe) / PIT (Paramedical Intervention Team) and requesting to these services ;
- Transfer of the call to the competent GP Circle : the patient will obtain answers from the GP on duty himself.

3.1.1. Legal and deontological frame

3.1.1.1. Legal frame

Technical level: no legal amendment necessary.

The organization of the duty is the responsibility of the GP Circle. These Circles have at present the possibility to organize duty systems but without the advantages of the triage system provided by the 1733 project.

However if the GP Circle works with a telephonist who is not a doctor this person does not have the competence and training to decide on the optimal action to be taken for a medical situation.

Operational level – Handling of the call by a telephonist :

At present there is no uniform national call centre: the system uses the central numbers of the GP Circles.

The Decision of the European Commission of 30th November 2009 states however that from 15th April 2010 Member States are required to make the number 116117 available to organizations that provide non-emergency medical on-call services in their territory.¹⁶

General problems:

- There is no strict definition of « time period » of the duty : the beginning and the end of the GP duty is not uniform in Belgium and can vary per circle. For the 1733 project, the on call period has been set from 6 pm to 7 am.
- There is no legal frame to determine the responsibility and liability of the telephonists within this new system. The use of « protocols » (guidance for the telephonist for the description of the patient's problem and decision options) limits the liability of the telephonist (as long he/she acts within the boundaries of the guidelines).
- The use of protocols limits the patients' freedom to choose the health service (choice that he/she has during office hours). This could be justified for a more efficient care provision.

- There is no link between the GP duty services and the emergency medical services, hampering integration of these services.

Particularities per decision option:

- Delay in medical care : who takes the responsibility?

The current protocols do not clearly foresee particular situations or circumstances when and how the medical care can be delayed.

Consideration must be made whether there is compliance with the articles 422bis and 422ter of the Penal Code (not rendering help in case of serious danger). Article 422bis of the Penal Code imposes the obligation to render assistance to a person in danger. If a GP is aware of the serious danger of a patient and omits to render medical help, he/she can be held liable if the GP was not in danger him or herself and/or if there was no danger for other persons. Today, many GPs perceive this article as implicitly imposing an absolute obligation to visit patients at home when a patient requests for it. It depends on the interpretation of the circumstances however if a GP can be held liable.

In case of delay of medical care, the question rises if the decision whether or not to provide medical care within a certain timeframe can be delegated to a non-doctor? In particular, is it possible to delegate the assessment of the 'serious danger' in the scope of art. 422bis Penal Code to a non-doctor? One can argue that continuity of the medical care and duty are assured by creating new responsibilities and registration of calls within the 1733 system and that participation to the system thus should cover possible liability resulting from art. 422bis Penal Code.

- The patient is requested to go to the GP on duty:

At present the telephonist cannot oblige the patient to go to the GP or check if the patient followed the instruction to go to the GP on duty.

Article 9 of the Royal Decree (RD) n° 78¹⁷ can cause interpretation difficulties on whether the GP is obliged to assure the duty at the hospital or at the patients' home and not at the GP surgery. Yet, there are several arguments sustaining the possibility to have the after-hours service at the GPs surgery.

- The GP on duty is requested to visit the patient :

At present this case is not common and will only be applicable if the MUG is not available or in case the capacity of the MUG cannot handle the



needs of the patient. The 1733 system will create the additional possibility that the telephonist can refer the patient immediately to the GP on duty .

- The patient is requested to go to the Emergency services :

This possibility is foreseen in case of emergency situation when the patient is able to go safely to the emergency services. In this case the GP is no longer responsible to manage this emergency care.

- The telephonist sends emergency services to the patient :

The protocols foresee this possibility in case of emergency when the patient is not able to go the emergency department. Accordingly, the GP is no longer responsible to manage this emergency care.

3.1.1.2. *Deontological frame*

The Medical Order is reluctant to go along with the 1733 project, mainly in the frame of article 422bis of the Penal Code :

- They state that it is the responsibility of the GP Circles to take on the responsibility for a triage system (instead of the Public Authorities) ;
- The GP on duty cannot leave the decision whether or not to provide medical care to a telephonist.
- A doctor can only withdraw from an after-hours call after reassuring himself that there is no danger or if he is busy with a case as urgent as the new call.

If a central dispatching is organized, strict deontological conditions are necessary. The physician who joins the system, cannot be sued individually.

3.1.1.3. *Responsibilities and liabilities of the actors*

IF the 1733 project enters into force, the system will influence the responsibilities and possible liability of the actors and new actors will be involved. This entails to create new contracts or collaboration agreements.

- The 1733 system

The triage system is the responsibility of the 1733 system itself with supervision by the Circles. The supervision is made possible by representation of the GP Circles within the Provincial Commissions for Emergency medical services.

- The 1733 employer

At present the 100-system staff is responsible to supply the telephonists, but their task definition and supervision are the responsibility of the Federal Public Service for Health care or its deputies.

The relation employer – telephonist (employee), must be regulated by a contract. The responsibility of the employer results from article 1384 of the Civil Code and the employees can only be held liable through article 18 of the Employment Agreement Act.

- The GP Circle

The GP Circle does not bear anymore the responsibility of the call dispatching, under responsibility of the 1733. The circle can only be held liable after having received a call from the 1733 telephonists. The strict local organization of the afterhours service rests however under the responsibility of the Circle.

An efficient collaboration with the 1733 system requires a contract of collaboration agreement between the Circles and the 1733 system, hereby included the triage and dispatching protocols.

- The GP on duty

GPs comply with their duty to continuity of medical care if they collaborate with the system organized by the GP circle.

- The telephonist

Their statute must be determined. They must follow a specific training including a standard list (to choose a specific action).

The training protocol must be included in the contract or collaboration agreement between the FPS and the 1733 employer.

The responsibility will be regulated by an employer-employee relationship.

3.1.2. *Adaptation of the current legal framework*

A legal frame is necessary to make the system operational and to determine the responsibilities of the telephonists and call centres.

- Legal statute of the telephonists: If the questioning of the patient based on protocols is considered as an (preliminary) anamnesis their profession needs to be defined in the scope of RD n° 78.¹⁷ If not, a legal base for the telephonists of the 100 / 112 services for non urgent medical aid can be found in the 112 Act or in the Law 8 July 1964



regarding the organization of a unique call system and urgent medical care.

- The scenario 1733 with the possible decisions that can be taken must be integrated in legislation;
- A bill has been submitted to develop a uniform call system for the GP on duty :
 - o for the extension of the legal frame for creating call centres,
 - o foreseeing an eventual triage of the medical care by a third party,
 - o foreseeing strict procedures for the triage.
- Protocols (validated by scientific organizations) will be set up between the 1733-employer and GP Circles. They are important to support telephonist's decision, to cover their liability and the physician on duty's one. The protocols must also form a bridge between the emergency services and the GPs.
- A protocol between the 1733 employer and the FPS must further determine the training / education of the telephonists.
- Article 9 of the Royal Decree n° 78 could be amended: in particular the notion of "provision of after-hours care in hospitals or at home" could be adapted ("in hospitals and ambulatory setting") so that the GP surgery would be mentioned instead of the patient's home.
- An amendment of the articles of the Penal Code regarding the culpable omission is not necessary as the continuity of medical care is assured if the physician joins the GP on duty service. The liability will be covered by the triage system.
- Although a uniform start and ending time of the duty period is not obligatory in Belgium, this could also be opportune.

3.1.3. *Redefinition of the tasks of the involved institutions*

In the current legislation the final responsibility is left to the GP Circles, with a supervising role for the Provincial Medical Commissions. This system is not feasible if the triage is performed by a telephonist that is out of the GP circle.

In a triage system, this system itself is responsible for the triage and its optimal functioning relies on a close collaboration with the circles. However

these circles remain responsible for the organization of the GP duty once the telephonist has transferred a demand for medical care.

3.1.4. *Issues to consider in case of implementation*

Some critical points need to be reflected on if one would consider implementation of this scenario.

- Telephonists do not systematically have a knowledge of the GP on duty's time schedule and workload: they cannot inform the patient about possible waiting times.
- How would the patient know when he/she can visit the GP or when the GP will visit the patient? 3 possibilities:
 - o definition of the waiting time and service level agreement with the physician to define this time period ;
 - o the telephonist can fix an appointment for the patient or transfer the patient to the secretary of the waiting post ;
 - o recording of the dispatching of the social taxi and the mobile physician to give the patient an estimation of the waiting time.
- Problematic technical aspects of 1733

What if the patient does not know his/her ZIPcode? There would be a problem to determine the competent circuit and the competent provincial 100 services. The caller ID could be used for mobile phone numbers but who will bear the costs ?

- Shortage of personnel

In the above mentioned bill, telephonists should have a bachelor nursing degree and should have followed additional 50 hours of specific education. These requirements tend to make the current shortage of nursing staff worse. Another option is to enlist paramedical personnel in the Royal Decree n° 78.



3.2. Scenario 2: solutions for deep nights (reference to a hospital or merge of GP circle areas)

A second alternative focuses on the 'deep night' period, which is the period at night where patient calls dramatically drop.

A first option is the merge of GP circles areas by an agreement between adjoining GP circles. The objective is to reduce the number of GPs on call during these quiet periods.

A second option is the transfer of calls to GP's to emergency services during the night. This can lead to the abrogation of the duty for physicians. Two illustrations are detailed in the appendix 8.5.5. In the first initiative (Waremmé), the GPs perform the triage and refer when possible to the hospitals. The project in Liège is a system where all night calls from the GP circle are referred to the call centre from the emergency department of a hospital close to the circle.

3.2.1. Legal and deontological frame

3.2.1.1. Legal frame

A GP must take all necessary measures to guarantee the continuity of care, even during the night, by a person who has the "same medical qualifications" (article 8 Royal Decree n° 78). GP Circles nowadays expand the organization of duty to week periods.

First option: merge areas during nights

According to the current legislation at least 1 GP per 30000 inhabitants has to be permanently available (art.5, 4° Koninklijk besluit 8 juli 2002 tot vaststelling van de opdrachten verleend aan huisartsenkringen). However merging areas might contradict this proportion, whilst this ratio overestimates the number of calls (and necessary medical force) at night (see 4.1.4)¹⁸

Second option: reference to hospitals during the nights

At present there is no specific legislation/provision that provides that the duty can be left integrally to the emergency services. However it could be justified by combining the articles 8 and 9 of the Royal Decree n° 78.¹⁷

A collaboration between GP Circles and hospitals is made possible by the decree that determines the tasks of the Circles, and Circles can conclude

collaboration agreements with hospitals to assure the continuity of patient care.

However the triage problem remains: who will handle the calls and eventually transfer them?

3.2.1.2. Deontological frame

The Medical Order is not keen on the second option if the triage is performed by a non-doctor. Within the framework of article 422bis of the Penal Code; the Order considers that it is irresponsible to leave the decision to whether or not provide medical care to a third party who is not a doctor

In case of a central dispatching, strict deontological conditions are necessary.

3.2.2. Responsibilities and liability of the involved actors

For the first option there are no particularities with regard to the responsibilities and liability of the involved actors.

The responsibilities and possible liability depend on the person who answers the calls. In case the calls are being transferred to the emergency services of a hospital, this hospital will be responsible from the moment they have been informed of the demand for care.

- The GP Circle

At present GP Circles cannot bear responsibility for emergency services. However a collaboration agreement can further determine the responsibilities.

In principle the GP Circle is responsible for the organization of duty and the emergency service for the aspects of medical care of the patient. If organizational aspects however have a negative impact on the medical care for the patient, GP Circle can possibly be held liable as well.

- The hospital

If the hospital controls the answering and triage of the calls, it will fall under the responsibility of the hospital. In case of work overload of the emergency services, the hospital can be held liable for a 'malfunctioning organization' of the emergency services.



- The GP

By joining the system of the GP Circle that transfers the duty to a hospital, the GP fulfills his continuity obligation.

- The emergency physician

Once an emergency physician treats a patient, the hospital is responsible for the respect of patients' rights by the physician. Regarding professional medical malpractice, civil liability depends on the legal relation between the hospital and the emergency physician. Some medical malpractice acts, can also be qualified as a criminal act, which is always personally imputable.

3.2.3. *Adaptation of the current legal framework*

For the first option, data show (cf. 4.1.4) that during deep night the number of calls is around 1 to 2 per 100 000 inhabitants, whereas the current legislation requires 1 permanently available GP per 30 000 inhabitants. Legislation should be adapted to align the required number of GPs on call to the expected number of calls.

For the second option: if the patients systematically consult the emergency services, the continuity of medical care is assured and an adaptation of the regulation is not necessary.

However the triage system must be included in the legislation. If this system is outsourced to the 1733 system, the legislation must be amended as foreseen in scenario 1..

3.2.4. *Redefinition of the tasks of the involved institutions*

Today the emergency services do not fall under the responsibility of the GP Circles. However collaboration agreements can be concluded to further determine the responsibilities.

3.2.5. *Issues to consider in case of implementation*

Some critical points need analyzed if one would consider the implementation of a collaboration between circle and ED:

- Outsourcing the duty to emergency services might lead to an overload of these services;
- Solutions (e.g. home visits) are needed for the patients who are not able to go to the emergency service (e.g. nursing homes);

- The costs and financial implications for the healthcare system (ED costs are higher but they are running during deep nights anyway).
- There is not yet a clear answer regarding the liability of the GP Circles and the hospital.

3.3. *Scenario 3: Consultation by nurses*

« Walk-In Centres » (WIC) in the UK offer a direct access to healthcare :

- generally open every day ;
- located on easily accessible places ;
- advice and treatment of minor illnesses and injuries ;
- generally managed by nurses

Would that solution be possible in Belgium ?

3.3.1. *Legal and deontological frame*

3.3.1.1. *Legal frame*

In Belgian Law, the competences of the nursing staff is limited by article 21^{quinquies} of the Royal Decree n° 78¹⁷ and are listed in the annexes of the Royal decree of 18 June 1990.¹⁹

Furthermore, these competences can only be performed by nurses who meet the certain qualifying conditions and execution modalities.

A list of specific technical services has been set up for nurses specialized in emergency medical services. An implementation of walk-in-centres is not (yet) possible in Belgium, as many medical acts are reserved to physicians.

3.3.1.2. *Deontological frame*

There is no Order of Nurses. Five professional organizations for nurses have drafted a code of ethics, but in the absence of controlling and sanctioning competences, this code is only considered as a « best practices guideline ».

3.3.1.3. *Competences and responsibility*

- Sanctions foreseen by the Royal Decree n° 78 in case of performing acts without the necessary competences or without fulfilling the conditions.



- General rules of responsibility (civil and criminal)

3.3.2. *Adaptation of the current legal framework*

A legislative adaptation as the competences of nurses would be necessary for this system.

3.3.3. *Redefinition of the actual tasks of the involved actors*

The nursing staff in the UK walk-in-centres have larger competences and more autonomy than the nursing staff in Belgium. New specific training must be foreseen for the nurses who would work in these centres.

3.3.4. *Issues to consider in case of implementation*

Some critical points need to be reflected on if one would consider implementation.

- the integration of nurses in consultations may increase the current nurses shortage;
- There might be an overlap with competences of physicians;
- Patients should be aware that nurses have the competences to perform some medical acts that are today reserved to physicians.
- Nurses should be integrated in a system that is -until today- managed and organized by GP circles.

3.4. **Scenario 4: Phone consultations**

Phone consultation can be defined as the consultation of a health practitioner, for medical purposes, by a patient or another health practitioner through telephone.

A health practitioner in the context of this text is a physician or a nurse.

3.4.1. *Phone consultations by a physician in a legal and deontological frame*

3.4.1.1. *Legal frame*

In Belgium, there is no specific regulation or legislation that regulates the aspects on phone consultation.²⁰

However, the Act of 21st August 2008 creating and organizing the e-Health platform, creates a legal framework enabling the provision of electronic services and information exchanges between all actors in the medical

sector. This Act is important for telemedicine services as it supports an integration of different types of medical services.

In order to perform legally an act of healthcare, the conditions of article 7 of the Royal Decree n° 78 must be fulfilled e.g.:

- obtaining a legal degree in medicine ;
- having a visum of this degree obtained from the Federal Ministry of Public Health ;
- Registry in the list of the Medical Order.

An illegal act of healthcare is considered to be a habitual crime and therefore it must be practiced more than once. The Royal Decree does not specify how an act of healthcare must be performed. Therefore it could also be performed by phone.

3.4.1.2. *Deontological frame*

Several advices of the National Board of the Order of Physicians answer to questions about phone consultations. Generally the Medical Order does not prohibit phone consultation. However a full consultation cannot be held by phone or other communication means. Caution is required and medical advices should only be given to known patients, under the full responsibility of the GP.

3.4.2. *Phone consultations by a nurse in a legal and deontological frame*

3.4.2.1. *Legal frame*

In Belgium there is no system that provides a 24/24 phone service in health advices, support for patient suffering chronic illnesses, ...as in the UK (see 5.4.5.4) for example.

The competences of the nursing staff are strictly defined in the articles 21^{quater}, 21^{quinquies} and 21^{sexies} of the Royal Decree n° 78. If the health practitioner is not a physician, this person cannot perform acts of healthcare. Even on the phone they can only perform acts that they are legally allowed to provide in.

3.4.2.2. *Deontological frame*

There is no Order of Nurses. Five professional organizations for nurses have drafted a code of ethics, but in the absence of controlling and



sanctioning competences, this code is only considered as a «best practices guideline» and does not foresee in provisions regarding teleconsultation.

3.4.3. *Responsibilities and liabilities of the involved actors*

- General liability rules

On the Criminal / Penal level: article 422bis of the Penal Code ;

On the Civil level : article 1382 of the Civil Code

- The Act of 31st March 2010 on no fault liability

In case the conditions of this act are fulfilled, the victim has the right to an indemnification by the Fund for Medical Accidents without the need to prove the physician's fault.

- Royal Decree n° 78

Only a competent person with the necessary qualifications can legally perform acts of healthcare. If this is not the case, these acts will be considered as illegal acts of healthcare.

- Act of 22nd august 2002 : The patients' rights act²¹

The patient seeking for telephonic contact with a health practitioner can also rely on this act.

3.4.4. *Adaptation of the current legal framework*

In accordance with article 11 of the Royal Decree n° 78 physicians have a therapeutic and diagnostic freedom and therefore it is possible for physicians to diagnose and to perform acts of healthcare by telephone. The legislation must not be adapted. However it is clear that some guidance on which medical interventions can be handled by the phone would be useful.

If nurses would perform teleconsultations legislation should be amended as to the definition of their competences.

3.4.5. *Issues to consider in case of implementation*

The issues mentioned for scenario 3 also apply here. Quality assurance up to a comparable level as live consultations should to be guaranteed. Therefore a technical support such as for instance the recording of the conversations should be considered.

It is not clear how phone consultations should be financed/reimbursed.

Keypoints – Legislation

Depending on the scenario, changes to the current legal framework are needed

- **Scenario 1 : unique call number with triage : in this case the 1733 system and its modalities should be integrated in legislation and in particular:**

- o The existence of protocols underpinning the decisions to be taken for the follow-up of the patient's call,
- o The definition of the legal status of the telephonists,
- o Their training and education,
- o Guidance should be provided on the interpretation of art. 9 RD n° 78 regarding the duty to visit patients at home during after-hours periods,
- o A definition of a uniform start and end time of the after-hours service would be opportune .

- **Scenario 2: systematic reference to a hospital nearby during the night or merge of GP circles**

- o If merging of GP circles areas: the legislation should be adapted to align the required number of GPs on call to the expected number of calls.
- o If systematic reference to hospital: The triage system should be included in the legislation and in case the emergency system is being outsourced to the 1733 system, legislation should be amended as foreseen in scenario 1

- **Scenario 3: Consultation by nurses:**

Additional qualifications and lists of acts (currently performed by physicians only) should be integrated in the existing list of nurses' competences.

- **Scenario 4: Phone consultations:**

If nurses would perform consultations by phone, the legislation should be amended as to the definition of their competences.



4. DATA ANALYSIS OF GP ACTIVITY DURING AFTER-HOURS PERIODS

The objective of this chapter is to analyze the available data to give an approximation of the workload during after-hours periods in different parts of Belgium. The analysis is based on two main data sources:

- Data collected from GP circles: to get an insight into the variation of workload during duty periods, in particular during “deep nights”;
- Data from the Ministry of Public Health (“MEDEGA”) coupled with NIHDI data: to present the workload of the GPs during their official periods on call by type of area.

In order to analyze the data by type of area (urban, semi-rural and rural), we used the concept described by Eurostat based on the typology of municipalities at 01.01.2008. (see Appendix 8.6.1).²²

4.1. Pattern of workload during after-hours periods (24 hours)

4.1.1. Objectives of the survey

The first objective of this section is to give an insight into the peak hours and slack periods during duty periods. Duty periods are defined as periods on nights, public holidays or week-end during which the GPs might be called for a home visit or is on consultation in an organized duty centre (ODC). This analysis is based on the number of “contacts” by hour during those duty periods i.e. calls considered as followed by a home visit and/or a consultation in organized duty centres.

The second objective is to define more accurately the “deep night period” by evaluating the number of contacts according to the different definitions of the periods used by the GPs themselves (from 11:00AM or Midnight to 6:00AM, 7:00AM or 8:00AM).

4.1.2. Methodology

4.1.2.1. Data collection and limitations

The Ministry of Public Health initially asked to the 72 GP circles with a unique call number to send the data they had to register concerning after-

hours periods (i.e. number of contacts per hour). Twenty-six (n=26) of these circles sent their available data for 2010.

The data from 6 GP circles were exploitable for the analyses per hour. The data from the 20 other circles could not be used, mainly given the lay-out (PDF document, synthesis) and the lack of details by hour (necessary for the “deep night periods” analysis). The information used for the analyses is therefore restricted to 6 GP circles that might not be representative for all types of regions (urban – rural – semi-rural). The limitations of the analyses are further due to the consistency and quality of the data available as for example:

- Information not recorded for the entire circle (e.g. only information for 2 of the 3 municipalities that the circle covers),
- Information available for the home visits but not for the consultations in the ODC,
- Missing data: GPs might be available for their own patients during after-hours periods: this activity is not recorded in the database of their circle. The analysis might therefore underestimate the number of contacts,
- Some circles recorded the information if the call led to an effective contact or not, other circles not.

4.1.2.2. Data analysis

The number of contacts per day and per hour was calculated based on the available data (2010) from 5 GP circles. The sixth circle gave the information per day and per timeframe (midnight to 8AM, 8AM to 7PM and 7PM to midnight). The data from this circle were included in all analyses except in the analyses specific to the definition of deep night period.

The total number of contacts over the year per timeframe was divided by the number of days (week-end, public holidays and night of the week) the call service was opened during this timeframe in order to have a mean per day.

First, the number of contacts is presented per day and by hour but also by period of time (daytime, evening and “dark” night periods). An analysis per hour was possible for 5 GP circles and by period of time for 6 GP circles.

Secondly, the analyses considered different “deep” night period definitions (see below) in order to evaluate the consequences in terms of number of

contacts and to suggest avenues for a future common definition (analyses based on the data per hour – 5 GP circles).

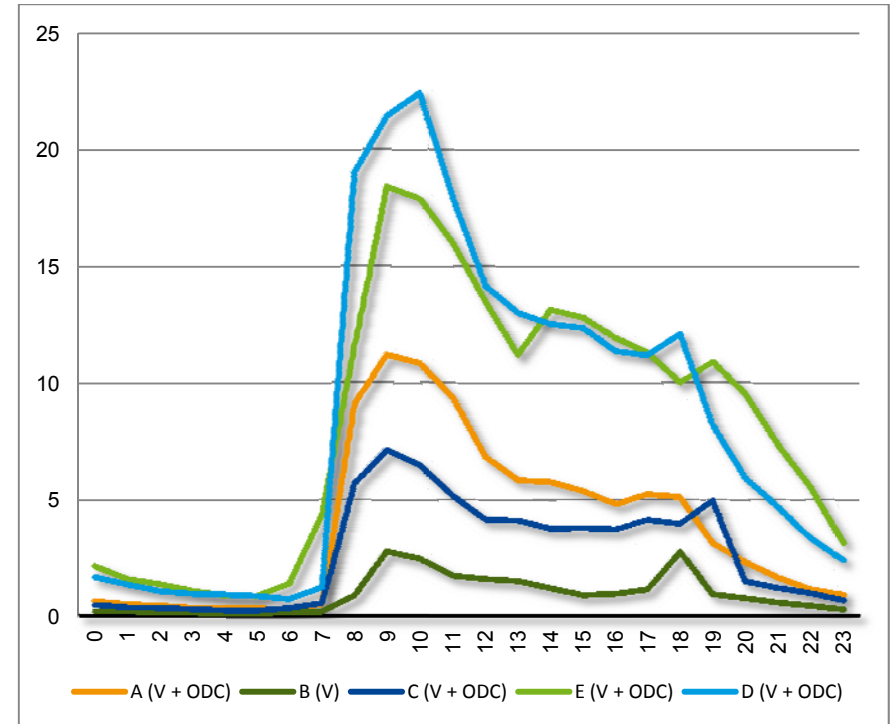
Possible definitions of the “dark” night periods (according to the GPs) were:

- 11:00PM – 6:00AM,
- 11:00PM – 7:00AM,
- 11:00PM – 8:00AM,
- 12 Midnight – 6:00AM,
- 12 Midnight – 7:00AM,
- 12 Midnight – 8:00AM.

For privacy concern, the names of the circles are not mentioned and are replaced by a capital letter for all analyses.

4.1.3. Results: variations of the number of contacts during 24 hour periods

Figure 1: Mean number of contacts per day over a 24 hours period



ODC = Organized Duty Centre ; V = Home visit

Source : Individual Circle Data, 2010

Figure 1 shows the number of contacts during a 24 hours period for the five GP circles (A, B, C, D, E) with data available per hour. The results show the peak hours and slack periods:

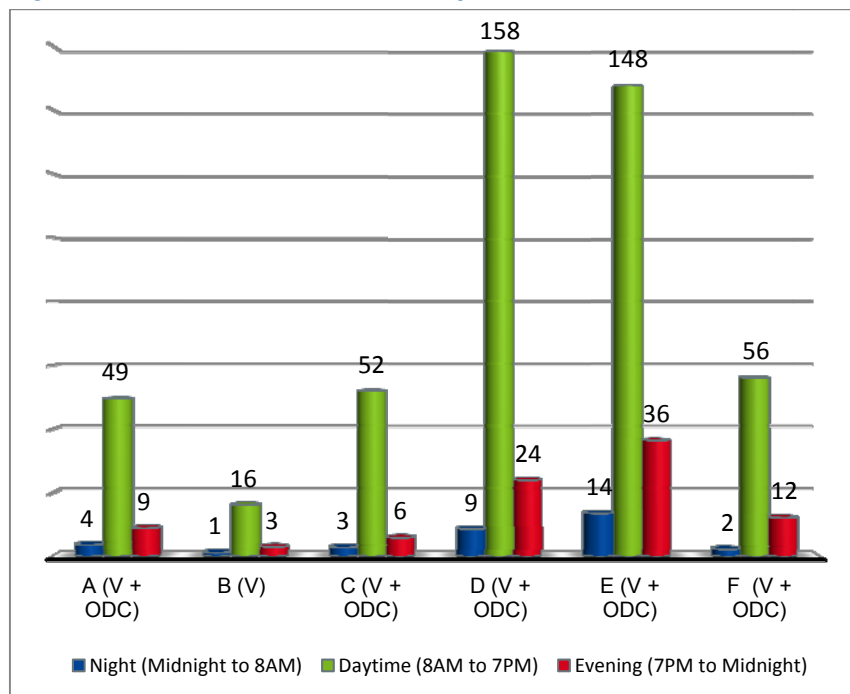
- From 8AM to 11AM: peak hours,
- From 6PM – 7PM: decrease in the number of contacts for most GP circles: this corresponds to the closure hours of the ODC and to the beginning of the evening time,



- From 11PM to 6AM: very low number of contacts, quite stable along the night hours.

Figure 2 presents the same data as figure 1 but by period i.e. mean number of contacts per day and period (night, daytime, evening) by circle.

Figure 2: Mean number of contacts per 24 hours



ODC = Organized Duty Centre ; V = Home visit

Source : Individual Circle Data, 2010

The repartition of the number of contacts in Table 2 below shows that:

- around 80% of the contacts occurred during the daytime (period of 11 consecutive hours),
- around 15% during the evening (period of 5 consecutive hours),
- around 5% during the night (period of 8 consecutive hours).

Table 2: Repartition of the number of contacts over 24 hours

	A (V + ODC)	B (V)	C(V + ODC)	D(V + ODC)	E(V + ODC)	F(V + ODC)
Night (Midnight to 8AM)	6%	6%	5%	4%	7%	3%
Daytime (8AM to 7PM)	80%	80%	86%	83%	75%	80%
Evening (7PM to Midnight)	14%	15%	10%	13%	18%	17%

ODC = Organized Duty Centre ; V = Home visit

Source : Individual Circle Data, 2010

It is interesting to see that, when reported to the number of contact per 100,000 habitants, the number of contact during the night only slightly varies between circles:

- During the daytime and evening the differences between circles might probably due to specific local factors (type of area (rural, urban or semi-rural), age of the population, presence an ODC or hospital...)
- During the nights the number is similar between circles i.e. 1-2 contacts per 100 000 inhabitants.


Table 3: Number of contacts (per 24 hours) per 100,000 habitants and period

	A (V + ODC)	B(V)	C (V + ODC)	D (V + ODC)	E (V + ODC)	F (V + ODC)
Night (Midnight to 8AM)	2	1	1	2	1	2
Daytime (8AM to 7PM)	24	11	22	36	13	39
Evening (7PM to Midnight)	4	2	3	5	3	8

ODC = Organized Duty Centre ; V = Home visit
Source : Individual Circle Data, 2010

4.1.4. Results: work during “deep night” periods

This section analyzes the number of contacts based on different “Deep night” definitions to suggest avenues for a future definition of night periods, with little or no contact. It has to be noted that only the 5 circles with available data by hour were taken into account for those analyses.

Table 4 and Figure 1 show that the pivotal period where the number of contacts decreases in the night is between 11PM and midnight. In the morning, the number of contacts does not differ between periods including 6 AM or 7 AM: it sharply rises between 7AM and 8AM.

Table 4: Mean Number of Contacts: different “Deep night period” definitions

Night Period	A (V + ODC)	B (V)	C (v + ODC)	D (V + ODC)	E (V + ODC)
11PM-6AM	3	1	3	9	11
11PM-7AM	4	1	3	10	12
11PM-8AM	4	1	3	11	17
12 Midnight-6AM	3	1	2	7	8
12 Midnight -7AM	3	1	2	7	9
12 Midnight -8AM	3	1	3	9	14

ODC = Organized Duty Centre ; V = Home visit - Source : Individual Circle Data, 2010

Table 5 displays the number of contacts per 100,000 habitants: this is quite stable between the different definitions of deep night as well as between the 5 GP circles under study: there is a mean of 1 to 2 contacts per 100,000 habitants during any deep night period (6, 7 or 8 hours).

Table 5: Mean Number of Contacts (per day) per 100,000 habitants by different Night period definition

Night Period	A (V + ODC)	B (V)	C (V + ODC)	D (V + ODC)	E (V + ODC)
11PM-6AM	2	1	1	2	1
11PM-7AM	2	1	1	2	1
11PM-8AM	2	1	1	2	1
12 Midnight-6AM	1	1	1	2	1
12 Midnight -7AM	1	1	1	2	1
12Midnight -8AM	2	1	1	2	1

ODC = Organized Duty Centre; V = Home visit - Source : Individual Circle Data, 2010



4.1.5. *Summary: workload during 24 hours periods*

The available few but consistent data show a pattern in the number of contacts during a 24 hours duty period:

- The peak of contacts occurs between 8 AM and 11 AM;
- The number of contacts during the evening and night (or deep night) rapidly decreases from 7 PM onwards;
- Considering different “deep night” periods shows that the limits are region specific. However:
 - o the number of contacts per 100,000 habitants is quite consistent from one circle to another i.e. a mean of 1 to 2 contacts per “deep night” for any definition of the “deep night”;
 - o a slack period can be identified from midnight to 7AM: the period between 11 PM and midnight seems to be still “active period”. In the morning, there is definitively an increase in activity from 7AM onwards.

4.2. *Workload and nights on call by month and by year*

4.2.1. *Objective*

The objective of this part is to present the workload of the GPs during their official after-hours periods as registered by the Ministry of Public health (MEDEGA). The number of consultations and visits during after-hours periods (NIHDI source) includes days (week-ends and public holidays) and nights.

4.2.2. *Methodology*

The analysis is based on the data sets available in 2 databases from 2009:

- NIHDI database (2009): per GP and month, the number of interventions considered as after-hours work per specific billing code (see the list in appendix 8.6.2). The attribution of the period was based on the billing code (see appendix) mainly day, evening (6-9 pm) and night (9pm-8 am).
- MEDEGA database (2009): GP circles record the date and timetable of after-hours work per GP and transfer the information to the Ministry of Public Health. The exact time of the beginning and end of the after-

hours period is reported. Based on this information the NIHDI pays hourly fees to the GP for the after-hours period²³.

- The coupling of those 2 databases was based on the GPs coded identifier.

There are differences between the 2 sources of data as regards the validity and usefulness of the data for this study. The NIHDI database is based on billing codes invoiced by the GPs. The MEDEGA database is based on the information reported by the GP circle for all GPs working during after-hours periods.

4.2.2.1. *Outcomes under study*

Periods on call by GP

The number of hours on call per GP are calculated based on the data available in the MEDEGA database (2009): it is the sum of all hours performed over the month or year (depending on the analysis).

Number of periods on call covering a night by GP

The number of periods on call including night hours (from midnight to 6:00AM) is the sum of all distinct periods covering a night over the month or year (depending on the analysis).

Number of contacts by GP

The actual number of “contact” – home visit or consultation – performed during after-hours duty time is based on a list of specific billing codes registered in the NIHDI database (see appendix 1.1.1).

4.2.2.2. *Attribution of a type of area (urban, semirural or rural)*

In order to analyze the data by type of area (urban, semi-rural and rural), we used the concept described by Eurostat based on the typology of municipalities at 01.01.2008. (see Appendix 8.6.1).²²

Nevertheless the circle usually covers several municipalities; a GP might perform after-hours in several circles: the association of the number of hours on call with a specific area (from the GP circle) is not straightforward. Therefore it was decided to take into account only the INS code of the GP’s contact address (not necessarily the home address) as reported in NIHDI database to determine the type of area during the duty period (urban, semi-rural, rural).



4.2.2.3. Limitations

This analysis has some limitations:

- GPs might have cared for their own patients without being recorded in the MEDEGA database, leading to an underestimation of the number of after-hours work per GP.
- The analysis of the NIHDI billing codes depend on the invoice by the GP whereas data from MEDEGA depend on the registration by the GP circle (as discussed in 4.3).
- The analyses are based on the contact address of the GPs: there might be over- or under-estimation of the hours on call for some areas when the GP works in an area different from his/her area of contact.

4.2.3. Results: periods and nights on call (MEDEGA source)

The MEDEGA database includes begin and end times of the after-hours periods recorded by the GP circles.

4.2.3.1. Characteristics of the GPs included in the analysis

The characteristics of the GPs included in the analyses are described in Table 6

Table 6: Characteristics of the 8702 GPs registered in the MEDEGA database (2009)

Characteristics		n (%)
Gender	Female	2 825 (32%)
	Male	5 877 (68%)
Age	30-40 y	1 645 (19%)
	40-50 y	2 051 (24%)
	50-60 y	3 484 (40%)
	60-70y	1 003 (12%)
	Others	518 (6%)
Accredited GPs	No	1 081 (12%)
	Yes	7 621 (88%)
Flanders	Urban	2 822 (53%)
	Semi-rural	2 481 (46.6%)
	Rural	28 (0.4%)
Wallonia	Urban	1 405 (43.2%)
	Semi-rural	1 415 (43.6%)
	Rural	429 (13.2%)

Source: NIHDI and MEDEGA database 2009

This table shows that around 40% of the GPs with work during after-hours periods (registered in the MEDEGA database) are aged from 50 to 60 years. Around one third (30%) are women and 88% have an accreditation (see glossary).

The difference between the percentages of GPs who work in rural areas is important: less than 1% (n = 28) in Flanders versus 13.2% (n=429) in Wallonia.

The appendix 8.6.3.1 shows that the other characteristics of the GPs are similar between the three types of areas.

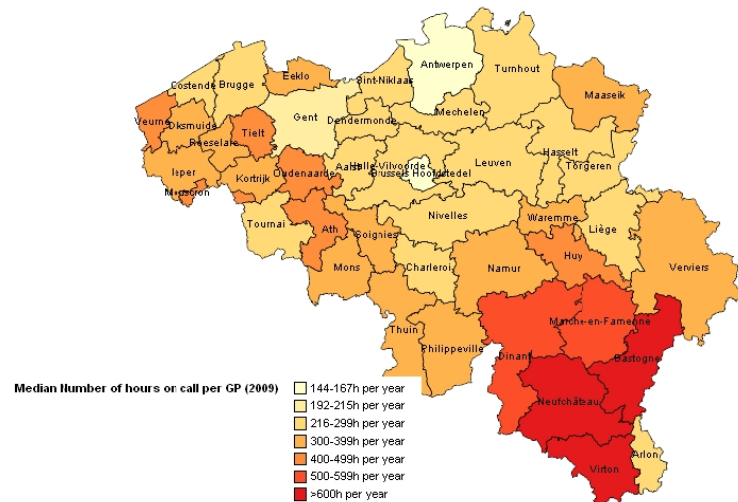
4.2.3.2. Median number of hours on call (per year)

The number of hours on call is the number of hours the GP might be called for a home visit or should be present in an ODC for consultations. This is the time referred to the circle and for which the NIHDI pays hourly fees to the GP for the after-hours period.

Figure 3 illustrates that the median number of hours on call per year (after-hours periods) per GP varies by district:

- More than 50% of the GPs with contact address in Neufchâteau, Bastogne and Virton were on call during after-hours periods more than 600 hours over the year 2009;
- In contrast, 50% of the GPs with a contact address in Antwerp and Brussels were on call less than 167 hours in 2009.

Figure 3: Median number of hours on call per GP per year – MEDEGA database (2009)



Source: MEDEGA database (2009).

Differences between areas in the number of hours on call per GP are detailed in Table 7.

Table 7: Number of Hours on call per GP by type of area - MEDEGA database (2009)

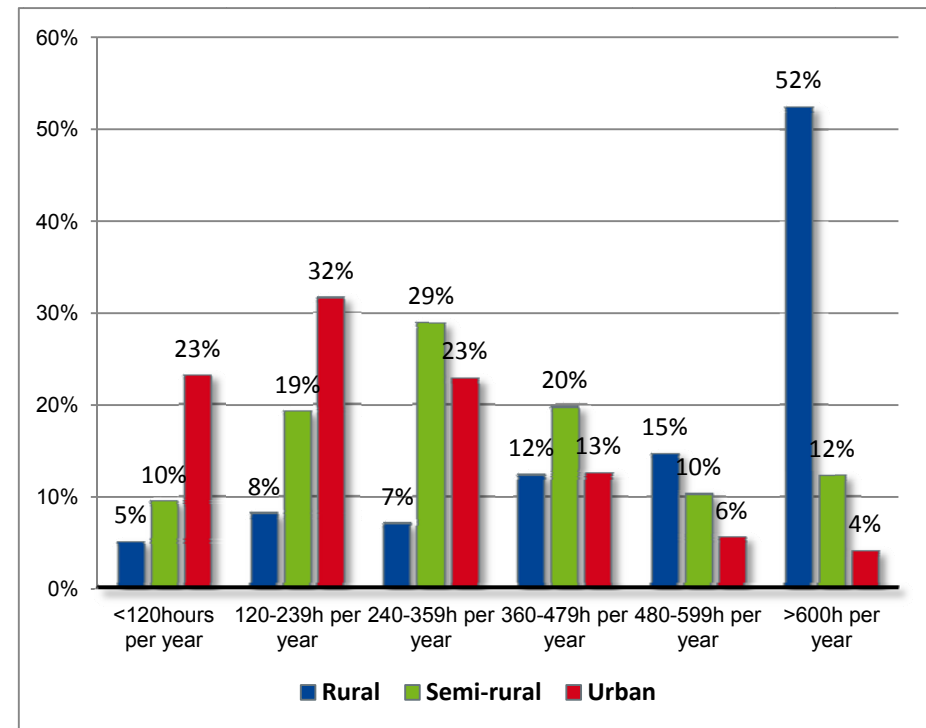
Descriptive statistics	Rural (Number of GPs = 450)	Semi-rural (Number of GPs = 3 896)	Urban (Number of GPs = 4 356)
Mean number of hours/GP (SD)	652.1 (362.2)	361.7 (220.6)	253.4 (186.0)
Median number of hours/GP (Q1 – Q3)	629.5 (406 – 839)	326 (226 – 458)	224 (124 – 339)
Min – Max	13 – 2 192	4 – 3 344	3 – 1 966

Source: MEDEGA database (2009).

The median number of hours on call is respectively 630, 326 and 224 in rural, semi-rural and urban areas.

Figure 4 presents for each area the percentage of GPs who are in the different groups of hours on call (for one year).

Figure 4: Percentage of GPs by type of area by number of hours on call – MEDEGA database (2009)



% are calculated by type of area.

Source: MEDEGA database (2009).

The bar chart above illustrate differences between types of area: 52% of the GPs in rural areas are on call more than 600 hours per year against 12% and 4% of the GPs in semi-rural and urban areas respectively (see the frequency table is in appendix 8.6.3.2).

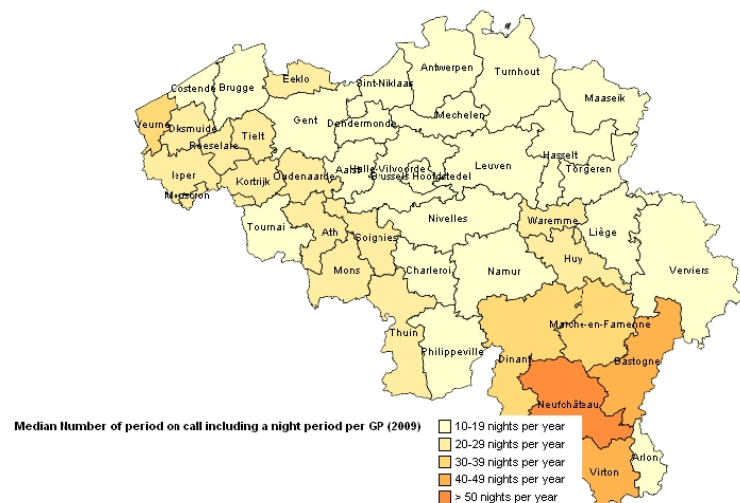
When looking at age categories, the differences between areas remain noticeable but the decrease from 60 years onwards is similar between the 3 areas (see appendix 8.6.3.3).

In each area, there is little difference between genders in the number of hours on call (see appendix 8.6.3.4).

4.2.3.3. Median number of nights on call

Figure 5 presents the median number of periods on call including “night” hours in 2009. A “night of duty” was defined for this analysis as a period of duty including hours from midnight to 6:00AM. This includes all nights (during weeks and week-end or public holidays).

Figure 5: Median Number of nights on call – MEDEGA database



Source: MEDEGA database (2009).

As displayed in Figure 5, more than 50% of the GPs with contact address in Neufchâteau, Bastogne and Virton had performed more than 40 periods on call including “night” hours (i.e. a mean of 3 to 4 per month). For most other areas, the number of periods on call including “night” hours was less than 20 (i.e. mean of 1 to 2 per month).

Table 8: Number (%) GPs with periods on call including night hours by type of area – MEDEGA database

Number of nights on call	Type of area		
	Rural (Number of GPs=450) n (%)	Semi-rural (Number of GPs =3 896) n (%)	Urban (Number of GPs =4 356) n (%)
0 night per year	0	22 (0.5%)	77 (1.8%)
1 - 2 nights per year	6 (1.3%)	102 (2.6%)	254 (5.8%)
3 - 10 nights per year	41 (9.1%)	465 (11.9%)	1157 (26.6%)
10-29 nights per year	106 (23.6%)	2 439 (62.6%)	2 461 (56.5%)
30-49 nights per year	172 (38.2%)	718 (18.4%)	334 (7.7%)
> 50 nights per year	125 (27.8%)	150 (3.8%)	73 (1.7%)

Source: MEDEGA database (2009).

Table 8 shows that:

- In rural areas, all GPs with registered duty periods have at least 1 period including night hours;
- 90%, 85% and 70% of the GPs with contact address in respectively rural, semi-rural and urban areas have more than 10 after-hours periods including night hours.
- >28% of the GPs in rural areas, 4% in semi-rural and 2% in urban areas have more than 50 periods on call including nights hours in 2009 (i.e. > 4 nights per month).

The appendix 8.6.3.5 shows:

- little differences between men and women GPs;
- a constant number of nights on call over the months for all types of area: around 3 to 4 nights/month for rural areas, 2 nights/month for semi-rural areas and 1 to 2 nights/month for urban areas.



4.2.4. Results: contacts during after-hours periods based on billing codes

The characteristics of the GPs who invoiced billing codes considered as work during after-hours periods are presented in appendix 8.6.4. They are similar to the characteristics of the GPs included in the MEDEGA database.

Table 9 describes the median number of consultations or visits per GP with a billing code that refers to after-hours periods (see appendix 8.6.2)

Table 9: Number of billing codes that refer to after-hours periods per GP – NIHDI database (2009)

Period of time	Descriptive statistics	Rural	Semi-rural	Urban
Between 6PM to 9PM (Consultation)	Number of GPs	281	3 156	3 399
	Median (Q1 - Q3)	10 (2 – 161)	417 (15 – 964)	261 (7 – 746)
Between 6PM to 9PM (Visit)	Number of GPs	461	3 949	5 008
	Median (Q1 - Q3)	8 (4 – 15)	8 (3 – 18)	6 (3 – 14)
Between 8AM to 9 PM (Consultation)	Number of GPs	482	3 927	4 744
	Median (Q1 - Q3)	46 (25 – 77)	32 (12 – 61)	23 (7 – 47)
Between 8AM to 9 PM (Visit)	Number of GPs	361	3 059	3 606
	Median (Q1 - Q3)	5 (2 – 9)	4 (2 – 8)	4 (2 – 7)
Between 9PM to 8AM (Consultation)	Number of GPs	400	2 943	2 809
	Median (Q1 - Q3)	4 (2 – 8)	4 (2 – 9)	3 (1 – 6)
Between 9PM to 8AM (Visit)	Number of GPs	482	4 110	5 037
	Median (Q1 - Q3)	10 (5 – 17)	10 (5 – 18)	7 (3 – 14)
Week-end/Public holiday (Visit) – Undefined period of time	Number of GPs	498	4 274	5 622
	Median (Q1 - Q3)	31 (18 – 47)	27 (14 – 46)	18 (7 – 35)

Source: NIHDI database (2009).

The table illustrates some differences in the use of billing codes between the types of areas. Supplementary evening fees are not frequently invoiced

in rural areas for the consultations between 6PM and to 9PM compared to the other areas.

The specific billing codes linked to the daytime period of after hours (8AM to 9PM) show that the GPs have recorded more consultations (median: 46, 32 and 23 consultations per GP respectively for the rural, semi-rural and urban areas) than home visits (median: 4 to 5 per GP for all areas).

During the nights on the opposite (from 9PM to 8AM as defined by the billing codes), home visits (median, around 10 contacts by GP) are more frequent than consultations (median: 4 to 5 contacts by GP).

Table 10 presents the total number of billing codes that refers to week-ends, public holiday and nights (after exclusion of the evening codes for the period 6PM to 9PM).

Table 10: Total number of billing codes per GP (except 6PM to 9PM) – NIHDI database

Descriptive statistics	Rural	Semi-rural	Urban
N (Number of GPs)	516	4 507	6 235
Mean (SD)	109 (79)	98 (101)	72 (95)
Median (Q1 – Q3)	98 (59 – 145)	81 (42 – 126)	50 (17 – 90)
Min - Max	1 - 570	1 – 2 363	1 – 1 402

Source: NIHDI database (2009).

4.3. Discussion

4.3.1. Different interpretations according to the databases

The validity and usefulness of the databases used for this study differ between MEDEGA and the NIHDI databases. The results from the NIHDI database are based on the invoicing by the GPs and should be interpreted with caution as illustrated by the use of the evening billing codes. A higher use of this code in Flanders was already found in a study from a Sickness Fund²⁴.

Moreover the billing codes record any activity of the GP. He/she might choose voluntarily to be on call for his/her own patients, a different concept from the obligation to be on call for all patients from the GP circle (as recorded in the MEDEGA database).



4.3.2. *Type of area: the major determinant for periods and nights on call*

These data illustrate clearly the higher workload in rural areas in terms of number of hours on call. A further comparison between Flanders and Wallonia is therefore not valid: there are differences in topology between the 2 regions and the type of area is a major confounding factor. Wallonia have a higher number of GPs working in rural areas compared to Flanders. The number of periods and nights on call are mainly determined by the type of area and therefore solutions should be specifically tailored to this variable.

4.3.3. *What is a “deep night” ?*

Solutions outlined in the description of Belgian initiatives include specific arrangements for deep nights periods (see 8.3.6 and the chapter 3 on legislation). The NIHDI billing codes consider a night period from 9 pm to 8 am but the activity varies greatly within this period. Pilot studies (see 8.1.5) already pointed out a specific slack period where GPs have a mean of less than one visit. This study confirms these findings. GPs have calls till 11PM - midnight: a slack period follows till 7 AM where the number of calls is around 1 to 2 per 100 000 inhabitants. Alternative solutions for deep night periods should target this time slot specifically.

Key Points – Data analysis

- **Possible prediction of the workload periods of GPs during after-hours in terms of number of contacts:**
 - o **Peak hours from 8AM to 11AM,**
 - o **decrease between 6PM and 7PM,**
 - o **slack period: from 11PM until 7AM**
- **Possible determination of the “dark” night period whereas the activity is really low: from 11PM-midnight to 7:00 AM.**
- **Non homogeneity of the use of billing codes for the after-hours duty between 6PM and 9PM,**
- **Big differences in the number of hours and number of nights under after-hours on call between GPs of different types of area, median for the year 2009 of:**

o	630h/GP and 38 nights/GP in rural area,
o	326h/GP and 20 nights/GP in semi-rural area,
o	224h/GP and 14 nights/GP in urban area.

5. IDEAS FROM ABROAD: LITERATURE ANALYSIS

5.1. Scope

Health policy makers are concerned about the accessibility, quality, safety and efficiency of after-hours care as a measure of the quality of the health care system. In particular, the overuse of emergency departments (ED) for minor ailments leads to an ‘inappropriate use’ including inefficient use of personnel, infrastructure and financial resources^{8, 25-28} (see also 8.1.1).

In many countries the organization of after-hours care changed recently²⁹. Since the 1990s, policy makers and physicians have tried to redirect patient with minor ailments to primary care³⁰. Western countries are shifting more and more towards large-scale primary-care organizations such as those in the United Kingdom (UK), Denmark, and the Netherlands. In most countries different organizational models for after-hours care coexist, varying from three to nine models²⁹.

This chapter summarises the literature on the organization of after-hours care in Western European countries. The analysis focuses on the organization of care during after-hours in primary care i.e. defined by the MESH thesaurus as “Care which provides integrated, accessible health care services by clinicians ... practicing in the context of family and community”. The specific organization set up to answer to medical emergencies is the topic of a specific work by the Ministry of Public Health.

The SPICE acronym has been used to delineate the scope of the search:

- Setting : Western European countries;
- Perspective : general population in ambulatory care - family practice;
- Intervention: After-hours care models - triage procedures (organization – evaluation);
- Comparison : existing models;



- Evaluation : quality of care (timeliness – effectiveness - safety – satisfaction – accessibility)- GP's perception - costs

5.2. Methodology

First a systematic literature review has been carried out in indexed literature. Second, complementary information for specific countries has been added from the grey literature. A common discussion summarizes and comments all findings.

5.2.1. Search in the indexed literature

The main MESH terms used in combination were after-hours care, primary health care and family practice. They were subsequently adapted in Emtree terms for the search in EMBASE. The search strategies are available upon request.

The search date limit was 1999. The reason is that initiatives were first launched in the early nineties in Denmark, mid nineties in the Netherlands. The first evaluations of these projects were published in the indexed literature a few years later.

The following databases were systematically searched to January 2011 for systematic reviews of studies in MDCR:

- OVID Medline;
- OVID EMBASE;
- Cochrane effective practice and organization care group.

Inclusion and exclusion criteria

The inclusion of papers was based on:

- the scope of the article (cf. SPICE description above);
- the design of the paper (research article);
- the language (English, French, Dutch);

Exclusion criteria were:

- Perspective :
 - o ED and hospitals
 - o Specific populations (palliative, psychiatric, indigent patients) and populations with specific health problems (e.g. asthma);

- Intervention: care during office hours – absence of model (for ex population survey on after-hours care);
- Design: other than research article (opinions, editorial);
- Setting : not in Western European countries;
- Other languages than English, French or Dutch.

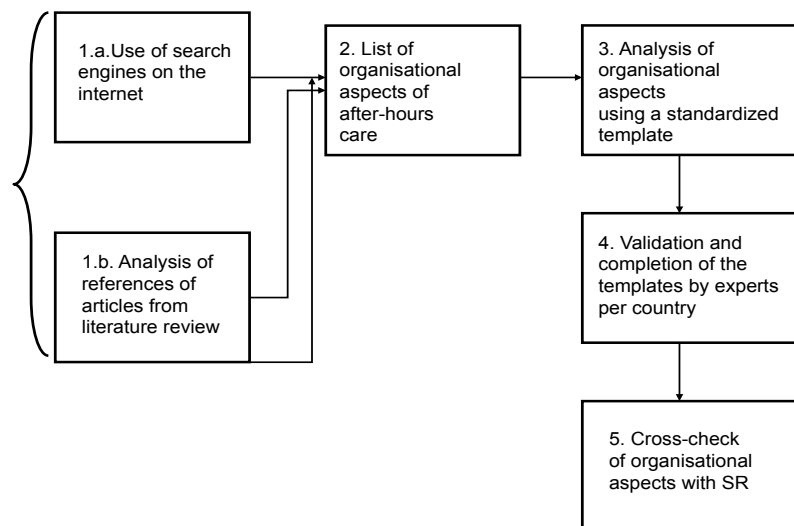
Quality appraisal

The quality appraisal of the systematic reviews has been assessed using the tool from the Dutch Cochrane collaboration. The results of this quality appraisal and the tables of evidence tables are available upon request.

5.2.2. Search in the grey literature

Information from the grey literature was added for The Netherlands, United Kingdom, and Denmark. This selection was based on the information available from the indexed literature and on the review previously published by Huibers et al.³¹ These 3 countries stand out as they have implemented a national reform since a few years to tackle the problem of continuity of care during after-hours periods. Italy and France were added afterwards given their similarity and therefore potential relevance to the Belgian health care system.

A five-step approach was used for the analysis of the 5 countries:



Step 1.a.

The web search engines (e.g. Google,.) were used to identify reports and articles on after-hours care that were not included in the literature review as they were mainly descriptive in nature. A detailed list of websites, reports and articles selected per country is available in annex 8.4.

Step 1.b.

Other references were found in the reference list from Huibers et al. and in the references from the systematic reviews found in the indexed literature.

Step 2:

For every country a template analyzed the following organizational items::

- Characteristics of the health care system;
- Reform: situation beforehand, drivers, date, type, financing system;
- Characteristics of the model most frequently used e.g. number of models, population, use of services, items on accessibility, staff;
- Quality: guidelines, indicators/quality requirements, outcomes;

- Critical success factors and suggestions for improvement.

Step 3:

A template including the aforementioned organizational aspects was developed for each country to provide a detailed description.

Step 4:

Each template was sent to two experts (except for Italy) from the country for completion and validation. The selection of experts (see names in 8.4.) was either based on their scientific publications on the topic in international peer reviewed journals (e.g. Giesen) and/or on their involvement with after-hours organization in their country (e.g. E. Querellou).

Step 5:

In a last step the results of the analysis were cross-checked and discussed together with the results of the SR.

5.3. Results: indexed literature

5.3.1. Overview of the results

The search identified 798 papers i.e. 527 in Medline, 268 in Embase and 3 Cochrane reviews. A first screen of the titles removed duplicates and papers on other topics than after-hours care. The 515 remaining papers were assessed by two authors (PJ and DP) on the basis of title and abstract. The researchers identified 78 potentially relevant papers that were reviewed in full. Six reviews and 62 other papers were selected for further analysis.

A majority of studies come from U.K (n= 35). The other ones describe a situation of Ireland, Netherland, Wales, Denmark or Belgium.

5.3.1.1. Models described in the literature

Several models of after-hours (AH) services are currently running in Western countries. Huibers et al. identified 9 organizational models in their review.³²:

**Nine models of after-hours services (according to Huibers et al)**

Individual general practice	The GP takes care of his/her patients 24 hours/day, 7 days/week
Rota groups	The GPs from a geographical area are in turn on call for the patient population of the area
GP Cooperative (organized duty centre)	These non-profit making organizations are entirely and equally owned by, and medically staffed by the GP principals of the area in which it operates (models are heterogenous, see descriptions further).
Primary care centres (PCC)	These centres (located far from hospitals ED) are staffed with a multidisciplinary team under supervision of a GP.
Deputizing services	These commercial agencies employ GPs to take over duties of other GPs.
Minor injury (Walk-in) centres	The patients can visit these nurse-led centres without appointment for minor injuries or illnesses (health information, advice and treatment). They are located in shopping centres, nearby emergency departments or in primary care centres. They are opened all day, 7d/7 ³³
Telephone triage and advice services	A medically trained staff advises patients by phone or refer them to the most suitable professional
Emergency departments	Care for all patients during after-hours periods
Primary after-hours care in the hospital	Primary after-hours care integrated in a hospital (e.g. GPs in emergency departments).

5.3.1.2. *Heterogeneous models and difficult transferability of results*

The evaluation of the after-hours (AH) services is a delicate issue for several reasons:

- Firstly, the different models of after-hour service described above are not mutually exclusive. By instance a GP cooperative that offers consultations can work with a triage call centre. It is sometimes difficult to define the scope of the assessment in the literature.
- Secondly, the structure and the procedures of the models broadly vary, even in the same country. For triage as an example, some models provide GPs triage, others use nurses triage. For home visits, some perform the visits, others refer to a deputising agency or another service. Each characteristic deserves a separate analysis to assess the real impact of specific components of the studied model. Unfortunately, details are seldom provided by the authors.

- Thirdly, the impact of a new after-hours service model depends on the pre-existing situation before the setting-up of this model. This situation differs according to the country, area or target population. The positive (“improvement”) or negative results are rarely “generalisable”.
- Finally, the outcomes vary and/or are measured differently in each study. Therefore it is difficult to carry out a comparison of the different models based on these outcomes even if they encompass four broad categories as detailed below.

5.3.2. *Impact of the models on four main outcomes*

In the light of these limitations, the analysis focuses on the impact of the models under study on 4 categories of outcomes as described by other authors³⁴:

- GPs satisfaction;
- Patient satisfaction;
- Use of health services;
- Clinical outcomes.

5.3.2.1. *GPs’ satisfaction with new models*

The pressure for change in the after-hours services mainly came from the GPs themselves. Their satisfaction is therefore a crucial criterion to assess the new services. This assessment always refers to a comparison with the former situation as rota-groups or availability for their own patients.

GP cooperatives: pros and cons

The after-hours cooperative is the most studied model in the literature. The GPs describe different benefits linked to the implementation of this new organization:

- improved quality of life and/or overall satisfaction³⁵⁻⁴¹;
- decrease of stress^{36, 41, 42};
- better health status³⁹;
- perception of a decreased workload³⁵;
- increased motivation^{35, 41}.

However some studies also point out dissatisfaction with:



- perceived workload³⁷ and organization of the after-hours services: some GPs still feel overburdened by taking on cooperative responsibilities.³⁶
- continuity of care: GPs complain about poor knowledge of the patient, lack of access to the patient's record, inadequacy of ancillary AH service (e.g. mental health, dental, social services or pharmacy).³⁶

Some GPs' suggestions for improvements in their cooperative concern³⁶: numbers of shifts after midnight or equitable allocation of shifts, increased role of nurses, decision-making processes of the organization, continuing medical education, preference for a flat rate of pay, improved purpose-built premises and need for public awareness that the cooperative is an emergency service, not an AH clinic.

GP users of cooperatives and deputising services: are they satisfied?

A comparison between cooperative and deputising service shows that the GPs users have a high satisfaction level with both services but a greater satisfaction with cooperative, particularly with the quality of prescribing and the reports of the duty doctors.⁴¹

GP cooperative: within or separate from emergency department ?

A comparison between GP cooperative integrated to an emergency department (ED) and GP cooperative separate from the ED shows a higher GPs' satisfaction with the organization separate from the ED, even if GPs appreciate the cooperation with specialists within ED.³⁷

Summary: perception of cooperatives by the GPs: usually positive

The new models of cooperatives are often positively assessed by the GPs in comparison with former systems as rota-group or own patients service. Nevertheless the increase of GPs satisfaction can be light and the degree of improvement remains moderate in certain studies^{39, 40}.

5.3.2.2. Patient satisfaction

When they are compared, none of the type of AH model appear to be producing different levels of patient satisfaction.⁴³⁻⁴⁶

Satisfaction in many studies, still a minority of dissatisfaction

Several authors observe a high level of patient satisfaction with AH care^{33, 47-50} even if this level decreases after the setting-up of a new model of AH service, as cooperative by instance.^{35, 50, 51}

However, about one fifth of the patients express some dissatisfaction⁵². The determinants of (dis)satisfaction are detailed in the following paragraphs.

Themes in relation with (dis)satisfaction:

- Meeting or failing to meet idealised expectation

Meeting the patient's expectations of care is an important determinant of patient satisfaction.^{35, 48, 52, 53, 46, 54} This concerns notably the unmet expectations for a home visit.^{55, 45, 56}

The unmet expectations are a particular issue for patients with no previous experience of particular illnesses, for mothers with young children <5 years old and for individuals who live alone.⁵² However dissatisfaction is reduced if the users know the type of care they have to expect before receiving it.⁵⁴

The authors suggest to provide clear information to all patients, prior to contact, on the organization of AH services in order to change the culture of expecting a home visit and to foster realistic expectations.^{48, 53, 55, 57, 58} Guidelines for GPs on when to undertake home visits that take into account factors other than purely the medical condition are also necessary.⁵⁵

- Telephone consultation

Telephone consultations may be sources of dissatisfaction^{46, 53}. Patients prefer face-to-face contact and a lower satisfaction is observed in patients receiving telephone advice only.^{45-48, 51}

However, some authors underline that telephone advice does not always trigger dissatisfaction.^{43, 49, 55} In a socially deprived area from U.K., where the average rate of GP telephone advice was 62%, Paynes showed that patients welcomed the ease of using the telephone, the relative speed of response, the advice and reassurance received. Patients were particularly satisfied when they felt that they did not waste the doctor's time.⁵⁵

- Waiting time: length and uncertainty

Waiting time is another determinant of patient satisfaction.^{43, 44, 46, 49, 51, 53, 59, 60}.

- Delay before call-back time^{53, 56}: in case of triage the patient sometimes waits a long time between the first contact with the triagist and the call-back by a nurse or a GP.



- Delay before home visit: dissatisfaction is frequent even when the delay seems reasonable (expect a faster response was unreasonable)³⁴. This expectation can explain a lower patient satisfaction level with the AH care provided by deputising service versus usual GP³⁴ or GP cooperative⁴⁶. This delay sometimes exceeds the target time of 6 hours for non-urgent visits in UK cooperatives.⁶⁰
- A U.K. study found that “excellent care” means for 50% of the users calls answered within 30 sec, call-back within 20 min, waiting time for home visits < 1 hour and treatment centre waiting times < 20 min.⁵⁹
- However delay before diagnosis is a common reason for claim or complaint reported to the provider of indemnity⁵⁶.

Solutions try to shorten the delay and/or increase the patient's satisfaction:

- Setting and communicating realistic targets in relation to healthcare delivery (e.g. information about waiting time) is important in this context.^{43, 59}
- In some countries, doctors use the bus lane, sirens and flashing lights to get to the patient immediately in life-threatening complaints.³⁵
- Accessibility of the consultation centre.

Patients who attended the primary care centre were generally satisfied^{46, 61} because of :

- Short waiting time (more convenient than being seen at the surgery during regular hours!)⁶¹
- Opportunity of having face-to-face consultations;⁶¹
- Less anxiety (because of less waiting time)⁶¹

However few patients accepted a consultation at the centre⁴⁶. The transport is a crucial issue for that model^{35, 51, 53, 62}. Patients quote notably:

- Feeling too ill to travel or children too ill to be easily managed;⁶¹
- Having other dependents to care for;⁶¹
- Difficulty to travel to an unknown area;⁶¹
- Lacking transportation/costs of travelling;⁶¹
- Travel distance;⁵³

- Length of time from first contact to end of care (pharmacist or hospital);⁶¹
- Security or safety in the car parks.⁵³

The accessibility of the consultation centre is an equity concern. A study shows a geographical variation in AH service use, with lower call rates by patients who live at a great distance from the primary care centre (>5km) and in rural areas versus higher call rates from patients living in deprived areas.⁶³ Another study also found a decrease likelihood of a face-to-face consultation at the GP centre with an increased distance to the centre and with female gender.⁶⁴

- Communication

Communication issues are sources of satisfaction or dissatisfaction :

- Satisfaction about the attitude of health professionals is quoted by several authors.^{35, 48, 52, 55, 60, 62}
- Dissatisfaction is related to several issues : difficulties for the patient to describe symptoms accurately over the phone (mainly not native speaking people, parents of children, elders...)⁵⁵; feeling that they waste the doctor's time, doctor in a hurry or disinterested⁵⁵; rudeness and attitude of the doctor⁵⁶; information provision during consultation^{44, 53}; uncertainties about respect of confidentiality.⁴⁹
- Telephone triage is a very complex procedure that requires specific skills to create a friendly and reassuring climate.⁵³ Triagists need training in patient-centred communication with active listening, active advising and structuring call.⁶⁵ More attention should be paid to issues like reassurance, care expectancy, delay of care or the possibility to talk to a doctor.^{55, 66} Moreover, they need sufficient time for telephone consultation. In 17 AH centres in the Netherlands, the mean duration of all calls was 201 sec (157 – 267 sec) and there was a significantly positive correlation between the length of the telephone consultation and the quality of communication.⁶⁵

Good communication skills are recommended: acknowledging the patients' expectations, concerns and knowledge of their condition, techniques of active listening, summarising and checking.^{47, 55}

- Continuity of care



Continuity of care is an important point for most models. At least three aspects are quoted.

- The number of steps involved in accessing service: the triage process may irritate the patient who has to tell all his/her history (and repeat it in case of triage).^{52, 53}
- The patient with a chronic disease may be frustrated because the details of this disease or usual treatment are not known.⁶²
- The accessibility of pharmacists or other health professionals might be also a crucial issue during after-hours periods.^{35, 44, 52}

Some tools can improve the continuity of care: back-up system in the event of failure of the telephone network⁵⁶; integrated ICT systems to provide medical records access for doctors on call⁵⁶; feedback to the patient's GP by 8 am the following morning⁵⁶; motorcycle courier to deliver medication at home⁶⁷; involving other members of the primary care team such as community nurses and home help service.⁴⁹

- Few results about quality of care
- The literature review did not reveal any study to compare the quality of care between ODCs and traditional rota group models.

Quality of care is not often studied whilst it is an object of claims or complaints⁵⁶ but also a source of great satisfaction, notably among cooperative patients.⁴⁷ Rules and tools can improve the quality of care. For example, computer assisted tools^{35, 66, 68, 69}; ability to deal with minor trauma and wound-care by being well-equipped and accessible (central, fixed and recognizable location of the GPC)⁵⁸.

Summary and caveats in the interpretation of the results

In conclusion, a significant minority of patients are dissatisfied with after-hours care. Several key points of the analysis deserve attention.

However the patients' satisfaction is a relative complex outcome to assess:

- First, the number of validated questionnaires is limited and few studies have a strong design.⁷⁰
- Then, results might be subject to answer biases if the patient does not want to give a negative evaluation of the service (relative dependency, need to maintain constructive working relationship and preference for holding a positive outlook).⁶² On the other hand he/she might express

his/her dissatisfaction to put a brake on the implementation of new AH services;

- Finally, many steps are followed by a patient's in demand of AH care: each step can be a source of dissatisfaction.

5.3.2.3. Health system use/Efficiency: effects on workload and emergency department use

Two outcomes are particularly considered to assess the impact of a new AH service on the healthcare system use : the GP workload and the ED use. However results are often mixed and confirmed trends are scarce.

Positive effect of the cooperatives on GP and ED workload

Cooperatives might (or not) decrease the GP perception of workload (see paragraph on GP satisfaction). A Belgian study found an objective decrease of home visits compared to the consultations and to a Belgian region without a cooperative.⁵⁸

The effect of cooperatives on ED attendance is less clear:

- Some studies concluded to trivial or no changes in the number and profile of patients in the ED^{38, 58, 71, 72};
- Other studies in The Netherlands showed a lower ED utilisation, with a cooperative located in or near the ED or collaborated with this ED^{73, 74};
- If the cooperative does offer home visits, a study noted an increased workload on the ambulance and accident and emergency services.⁶⁰

Positive effects of the nurse/doctors' assistant telephone consultations on health system use.

Nurse or doctor's assistant consultations added in GP cooperative or in primary care centres have several positive effects:

- Decrease in GP workload because some calls (even 50% or more) are handled by nurses alone^{69, 75-79};
- Less home visits^{75, 77, 79};
- Less GPs telephone advice^{75, 77, 79};
- Less consultation at the GP centre⁷⁷;
- More or less calls for ambulance services and equivalent or less demand in emergency department⁷⁷;



- Less demand for emergency hospital admissions.⁸⁰;

However, a nurse telephone consultation service at cooperative level might not be cost-effective at night because of the low number of calls (4 times less than at the evening and WE). In that case, the economies of scale offered by larger groups of practices, or by NHS Direct, are considered beneficial.⁷⁹

Effect of triage on calls, GP workload and emergency services use

The central triage in NHS Direct appears to have a limited impact, at least in the first year :

- No real increase in after-hours call volumes⁸¹ (although expected by some);
- Decrease of after-hours calls to GP cooperatives (but may be impact on in-hours calls)^{82, 83};
- Fewer calls managed by telephone advice in NHS Direct than by locally organized nurse telephone consultation⁸⁴;
- Increase in the proportion of after-hours calls resulting in GP advice⁸¹;
- Decrease in the proportion of after-hours calls resulting in primary care centre visits, referral to GP, home visits⁸¹;
- Negligible change in overall demand for ambulance services or ED⁸¹⁻⁸³; only Lattimer et al. described an increased ambulance use.⁸⁴

The large geographical triage by GPs as in Denmark led to a reduction of GP workload. Researchers noted a decrease of home visits particularly in frequent attenders (4 or more GP contacts/year during after-hours). Slight increases have been recorded for telephone consultations⁸⁵ and ED contacts.⁸⁶

Conflicting results for primary care centres

The evidence about the impact of primary care centres on ambulance and ED services use is inconclusive. Some authors show an increase in ED attendance, notably for non traumatic presentations⁸⁷. Other studies did not detect any change in the numbers of patients consulting the ED.⁸⁸

Few studies on deputizing services

Few studies focus on deputising services. This service appear to provide less GP telephone advice than practice doctors⁸⁹ or cooperative⁹⁰ and more home visits than cooperatives.⁹⁰

Little or no impact of walking centres

The impact of Walk-in Centres is small if any (despite patients satisfaction is high).³³ One UK time series analysis reports a slight reduction in GP consultations and in ED demands (mainly in the centres located close to an ED) but the impact is not statistically significant.⁹¹ Another study shows no change in the workload of local GP (emergency GP consultations, routine appointment and daily attendances at AH services) and no change in NHS Direct calls but less non-ambulance attendances at ED.⁹²

Integrated after-hours services in emergency departments

An after-hours service integrated in an emergency department appears to decrease the ED attendance and to increase the number of GP contacts.⁹³ A reluctance of GPs towards integrated ED models (versus separated models) has been mentioned in the chapter on GP satisfaction: the GPs worry about loosing their identity and autonomy.⁹⁴

In addition, an after-hours service integrated in an emergency department would have little effect on ED costs (fewer patients seen at the same costs).⁹⁴

Summary: limited evidence for an effect on health services efficiency/use

In conclusion, there is limited evidence on the effect of new models on health system use/efficiency. A positive effect on GPs workload is observed in the GP cooperatives, mainly when triage and telephone advice are provided. A positive effect on emergency department use is noted when the GP service is integrated in this department.

5.3.2.4. Clinical outcome

There are few data and little evidence about the impact of the new models on clinical outcomes.

- One study did not observe any difference in health status or subsequent use of the health service for deputising service versus usual GP.³⁴ Another study shows that in comparison with deputizing doctors, other GPs give more telephone advice (20.2% versus 0.7%), visit in a shorter delay (35 versus 52 minutes) and prescribe with more discrimination (e.g. antibiotics, generic drugs).⁸⁹



- The safety of triage by non-physicians is broadly discussed. The limited available data show no change in mortality, hospital admissions and daytime GP contacts⁷⁷⁻⁷⁹
 - o A multicentre study suggested a trend to underestimate urgent complaints by non-physician triagists. Among 352 telephone contacts, 69% had an urgency estimation in perfect concordance with the gold standard, the urgency degree was underestimated for 19% of the calls and overestimated for 12.5%.⁶⁸. A significant correlation was found between the accurate estimation of the urgency and specific training on the use of telephone guidelines. Unfortunately, there is no research comparing doctors and nurses performing triage.
 - o A pilot study concluded that the triage decision is not often changed by the GP.⁷⁸

Safety rules have been suggested for triage: not being too restrictive in arranging face-to-face contacts, the provision of educational certified programs for triage nurses, the use of computerised decision support, analysis of medical (near)calamities in peer group meetings and supervision of the triage process by a trained physician.^{35, 66, 68, 69}

Keypoints – Systematic review

- **New models of after-hours services have usually :**
 - o a positive impact on GPs satisfaction, even if limited in some studies;
 - o a limited impact on the satisfaction of the patients, in particular for triage and telephone consultations. Waiting times and accessibility are topics of possible dissatisfaction. A correct information of the patient would decrease unrealistic expectations.
 - o a limited impact on the health system use/efficiency. The exception is a positive impact on the GP workload for cooperatives with triage and telephone advice.
- **There is a lack of studies on the impact on clinical outcomes: in particular no study has been found that compared the quality of care between models..**
- **The authors suggest to pay attention to :**
 - o the discrepancy between expectations of the users and the functioning of the service, source of dissatisfaction;
 - o the importance of waiting times;
 - o the accessibility : keep the possibility of home visits, mainly in socially deprived or remote areas; take into account the geographical barriers and the difficulties for patient to travel to the consultation centre;
 - o the communication skills of after-hours professionals: need of training, protocol use and supervision of after-hours professionals;
 - o the continuity of care: improvement by information management and technology: a corner stone is the information of the patient's usual GP;
 - o the data collection for evaluation and quality improvement.



5.4. Analysis of after-hours organization in five countries

This part analyzes country specific situations: the description of each country and all sources of information from national websites and published papers are displayed in appendix 8.4.

5.4.1. *Types of reforms of after-hours care in the 5 countries*

The reform in Denmark, The Netherlands and the UK focused on the creation of large scale general practitioner cooperatives. Denmark started its reform in 1992. In The Netherlands and the UK the reform took place around 2000.

France implemented the after-hours reform between 2003 and 2005. For Italy there is no formal date of national reform available, as the 20 different regions have implemented changes in after-hours care at different moments in time. France and Italy set a focus on the implementation of primary care centres, serving as regional ambulatory contact points. The difference between the latter and GP cooperatives in the Netherlands, Denmark, the UK is that these primary care centres also employ specialists, who are independently working or are related to a hospital. For this reason a different terminology is chosen (GP cooperative vs primary care centre) in the context of this study.

5.4.2. *Situation before the reform of after-hours care*

In the Netherlands, GPs provided care in small-call rotations (generally 5 to 10 GPs): they provided after-hours care for each other's patients during evenings, nights and weekends.

In the UK, the situation before the reform was heterogeneous: some GPs provided themselves after-hours care and others joined a practice rota or area cooperative. In addition some GPs were employed by or referred their patients to a commercial deputizing service.

Before the reform, Danish GPs were responsible for their own patients 24/7/365. In rural areas, three to ten doctors co-operated to provide after-hours care in a rota system. In large towns, a locally organized rota system provided after-hours care for registered patients of 20 to 100 GPs. In some of the largest towns some rota groups contracted with a central service where receptionists handled the patients' calls, but in most cases doctors themselves answered the phone. There were emergency consultation centres, rarely used; 90–95% of patients received home visits.

In France, after-hours care was organized by the local physicians association which scheduled on-call rounds.

In Italy, patients contacted their GP or consulted a local hospital. In some regions rota systems were organized by small groups of GPs.

5.4.3. *Drivers for system reform*

5.4.3.1. *Main drivers from the practitioners' perspective*

In the Netherlands, UK and Denmark the initiative for re-organising after-hours care mainly came from the GP profession. Their main drivers were dissatisfaction with the organization of rotation groups in after-hours primary care e.g. high perceived workload, lack of separation between work and private life, many non-urgent interventions during after-hours periods, a growing demand for services by the public, aggressive behavior of patients, low financial remuneration, lack of personnel, material and logistic support. In particular in rural areas from UK, GP complained about the disproportionately low remuneration in comparison with urban areas.

In France, the main drivers for system reform were the elements explained above but also the workload perceived by emergency departments. This overload had been related to a lack of access to primary care ambulatory services as well as to a lack of available hospital beds for emergency admissions.

5.4.3.2. *Main drivers from the authorities perspective*

Drivers for after-hours care reform furthermore came from the governments. For example The Netherlands and the UK observed increasing demands from the public for after-hours care, a shortage of GPs, safety issues i.e. inadequate standards of care (failure to investigate, act upon and learn from serious incidents), accessibility problems and rising costs. The efficiency of care organization was the main driver from the Danish authorities' perspective.

In Italy, no major driver has been identified: the reform of after-hours care had mainly to do with who is organizing after-hours care rather than with the way after-hours care is organized and delivered.



5.4.4. Financial incentives

Data on economic analysis are summarized in the chapter 6. This part only mentions the financial incentives set up to attract health professionals in the new after-hours care model.

In The Netherlands and in the UK GPs are paid per hour on call: there is no financial incentive to influence the patient's choice (GP cooperative versus emergency department).

In Denmark, GPs are paid a fee per consultation according to a fee schedule. The fees are graded: doctors are encouraged to give telephone consultations rather than face-to-face consultations or home visits. In France and Italy, after-hours care is paid on a fee for service basis, but generally with a fixed remuneration.

5.4.5. Characteristics of the model most frequently used in the 5 countries

The model of cooperatives is the most common one in The Netherlands, UK and Denmark and the GPs were the main initiators.

In France and Italy primary care centres are organized and regulated by regional authorities comprising independent bodies of GPs.

5.4.5.1. Facilities

Number of centres in the country

The Netherlands and the UK count more than 130 and 152 GP cooperatives respectively. In Denmark there are 16 county-based after-hours organizations with five regional based services. For France and Italy no data are available.

Population covered by the after-hours organization

In The Netherlands 50 to 250 GPs take care of populations ranging from 100,000 to 500,000. In Denmark the population served by the different cooperatives is equal to the number of people living in the five regions (ranging from 580,515 citizens to 1,7 million). In Italy, the physician/population ratio is one after-hours care doctor per 5,000 inhabitants. There are no data available for France and the UK.

Location

In the Netherlands, UK, Denmark and France facilities for after-hours care are often situated near or within a hospital, but there is no formally regulated patient flow with the hospital or its emergency department.

The trend in the Netherlands, Denmark and the UK is to co-locate the GP cooperative and the emergency department (ED), often with one entrance and desk with a triage nurse.

In Italy after-hours primary care centres work independently from hospitals.

5.4.5.2. Human resources

General practitioners

- Proportion of GPs or practices taking part in after-hours care

In the Netherlands and in the UK respectively 98% and 90% of the GPs take part in after-hours care. In Denmark GPs have a legal obligation to take part in after-hours care, but in practice this is often delegated to younger doctors. In France 78% of the primary care practices offer after-hours arrangements. For Italy, there are no official data available on the number of physicians taking part in after-hours care, neither on an independent basis nor within a primary care centre.

- Workload of GPs

In the Netherlands GPs are 4 hours on call per week, and GP shifts last 6 to 8 hours. GPs have different roles including home visits, centre consultations, and telephone triage consultation (larger cooperatives have a specific telephone GP who only provides telephone consultations, supervises the nurses and authorize the triage nurse contacts).

In Denmark the workload varies according to GPs and regions: some GPs are 8-16 hours on call per month but other GPs have a more important workload (up to 48 hours per month).

In Italy after-hours doctors' duty shifts lasts 12 hours.

For the UK and France there is no official information available.

**Staff involved in after-hours services**

In the Netherlands GP cooperatives are staffed with triage nurses (80% GP nurses and 20% hospital nurses) who assist or do also consultations. The triage nurse is supervised by a GP, who is consulted in case of doubt and who checks all calls handled by the triage nurses.

In the UK telephonists, duty managers, nurses, emergency care practitioners are involved with GPs to organize after-hours care. Some services also have a clinical lead (usually a GP or nurse) covering a particular area who can be contacted in case of problem. The specific skill mix of UK clinicians varies between organizations: some exclusively employ GPs while others have a greater proportion of nurses and ECPs.

In Denmark GPs are involved in the organization of after-hours care. Nurses and administrative staff are employed as well, but not for triage.

In France and Italy only doctors (GPs and specialists) provide after-hours care. In Italy doctors often perform after-hours duties for five to eight years before setting up their own practice. No information is available for France and Italy on whether or not they are supported by other health care professionals during after-hours care.

Drivers for home visits

In the Netherlands GPs perform home visits with medically trained drivers. The vehicles are equipped with oxygen, infusion drips and automatic heart defibrillation equipment. The UK and Denmark systems also employ drivers for home visits who may also have responsibilities for the equipment and the medications in the cars. Overnight between visits, drivers often take the role of the receptionist.

5.4.5.3. Accessibility**First contact by phone**

In the Netherlands and Denmark a unique regional phone number gives access to the GP cooperative. In the Netherlands most (95%) GP cooperatives ask the patients to phone before attending while some cooperatives allow patients to attend the facility without prior contact.

In the UK a patient can either call the service directly or be diverted after having called a GP or NHS Direct.

In France and Italy there is a single local phone number used for after-hours services.

Distance

Cooperatives operate within a radius of 30 kilometer (The Netherlands), 50 kilometer (Denmark) and 20 to 30 kilometer (Italy). The Dutch population (98.2%) can reach a GP cooperative within 30 minutes by car.

Opening times

GP cooperatives operate during week-ends, bank holidays and during the nights of the weekdays i.e. usually:

- From: 5 p.m. (NL); 6.30 p.m. (UK); 4 p.m. (Denmark); 8 pm (France and Italy);
- To 8 am for all countries.

Time for answering to calls

- Specific times have been defined in The Netherlands, Denmark and UK for answering to after-hours calls (data not available for France and Italy):
- In The Netherlands, urgent calls have to be answered within 30 seconds and other calls within 2 minutes.

For the UK the national quality requirements are defined as follows:

- o All calls must be answered within 60 seconds of the end of the introductory message (30 seconds in the absence of introductory message);
- o The standard for emergency calls is 3 minutes (from the time they are identified as an emergency to the transfer to the emergency services).

The five Danish regions have also defined quality standards e.g., waiting times, time from arrival to the consultation room until doctor consultation, waiting time before home visit.

Waiting times for urgent and non urgent visits

A comparison between the times used in the different countries is provided in appendix 2.

In the UK providers have a system for identifying all immediate life threatening conditions. Once identified, those calls must be transferred to



the ambulance service within 3 minutes. National minimum standards for time from definitive clinical assessment to face-to-face consultation are broken down into three levels of priority: emergency (within one hour), urgent (within two hours) and less urgent (within six hours) calls.

In the Netherlands times before giving an answer are 30 seconds for urgent calls and 2 minutes for regular calls respectively.

In Denmark 90% of all patients should be seen by a doctor within 1 hour after referral to the consultation room and 90% of the home visits should be provided within 3 hours after referral. In emergency cases they refer patients directly to a hospital.

For France regular calls are answered between 1 and 15 minutes.

5.4.5.4. *Triage and services*

Cooperatives in The Netherlands, UK and Denmark couple the use of triage with three types of services after this procedure: telephone consultation, consultations and home visits.

Triage in the Netherlands and the UK is performed by specially trained assistants, most often nurses. They assess the urgency of the patient's complaint, give telephone advice or arrange a consultation or home visit. Their decision is supported by (national) triage guidelines (on paper or computer-based).

In Denmark triage and telephone consultations are solely provided by trained GPs. Consultations and home visits are also provided. The different regions have their own guidelines for after-hours care, especially for what concerns the organization of after-hours care. About half of the contacts end up with advice only (including prescriptions or referral to the usual GP the following day).

In France telephone service, home visits and consultations in primary care centres are provided by after-hours doctors.

5.4.5.5. *Use of the services : number and nature of contacts per year*

In the Netherlands about 250 per 1000 citizens contact a GP cooperative each year. Health problems (top-5) include acute infections (26%), musculo-skeletal problems (12.8%), digestive problems (10.1%), trauma (6.8%) and respiratory problems (4.8%). 6% of the patients who contact a

GP cooperative are referred to accident and emergency departments. In the other countries no (validated) data could be identified on the number of people who use after-hours care.

5.4.5.6. *Information and communication technology*

In the Netherlands and the UK, information and communication technology (ICT) support include electronic patient files and online connection to the GPs office.

In Denmark ICT includes a patient record and electronic connection to all pharmacies of the region. There is no electronic connection neither to the hospitals records nor to records from GPs clinics. During home visits the doctors have a computer in the car: they send the information concerning the encounters to the patient's GP electronically .

For France and Italy, no (validated) information is available on ICT.

5.4.6. *Critical success factors*

Critical success factors for the Dutch and Danish systems have been identified in the literature and by experts from these countries.

For The Netherlands a first group of success factors relates to the GPs: their motivation to develop successful after-hours care and to initiate the reform, a strong primary care system, their role of gatekeeping.

A second group of success factors has a connection with triage: a national training program for professionals involved in triage, guidelines for triage, a national triage system for the whole acute care chain (standardization of the answers to the calls and best chance of having the right care provider at the right time).

Finally, adequate remuneration, prevention of work overload, a performing ICT system and a medical culture open to collaboration and insurance regulations are mentioned.

The Danish system would present the following critical success factors: the provision of a high level of medical service, an attention to the patient satisfaction, a restricted number of duty periods and reasonable costs from the government perspective.

5.4.7. *Guidelines in the UK, The Netherlands and Denmark*

First organizational guidelines guide the triage and the referral of patients to GP cooperatives. Second, clinical guidelines exist on medication



prescribing. In Denmark those guidelines differ between regions. In the UK the National Quality Requirements for after-hours services serve as guidelines to high quality after-hours care.

For France and Italy no validated information could be obtained whether or not guidelines are used in the context of after-hours care.

5.4.8. Quality assessment and follow-up

5.4.8.1. Quality measurement

The UK has National Quality Requirements for after-hours services and a system for accreditation. Three organizations are involved in the measurement of after-hours quality indicators: the Department of Health (responsible for accreditation), the Care Quality Commission (responsible for the monitoring of compliance against essential standards of quality and safety) and the Local health Authorities (responsible for regional monitoring of quality of after-hours services). There has also been a Department of Health's 2009 project to assess after-hours care. The system that is running since 2005 is detailed in the next paragraph.

In the Netherlands there is no official outcomes measurement: measurements are so far conducted in the context of research programmes. The measurement of the quality of clinical care in GP cooperatives is based on evidence-based clinical guidelines. There is a set of 24 indicators developed by IQHealthcare (Nijmegen) for prescribing and referring in after-hours primary care.

In Denmark the National Board of Health is responsible for the quality monitoring based on existing indicators. From 2013 onwards these indicators will become mandatory as part of an accreditation process but the final selection of indicators is not yet ready.

These three countries published studies on positive outcomes related to the implementation of after-hours care (see chapter 5.3.2: GPs satisfaction, patient satisfaction, use of health services and clinical outcomes).

In France, the national regulatory body for social services ("Inspection Générale des Affaires Sociales") is involved in quality monitoring. Information on specific indicators or results of measurements could not be obtained within the scope of this research.

There is no after-hours outcomes measurement in Italy.

5.4.8.2. National Quality Requirements for after-hours services in the UK: illustration of an ongoing QI measurement

A detailed overview of the National Quality Requirements is provided in the template on after-hours in the UK. This system includes:

- regular and mandatory reporting of the GP cooperatives on their compliance with the quality requirements to the Primary Care Trust,
- reports of GPs on duty for all after-hours consultations to the practice where the patient is registered (by 8 a.m the next working day),
- the set up of systems to support and encourage the regular exchange of up-to-date and comprehensive information between GPs and all health professionals who may provide care to patients with predefined needs,
- regular audits by GPs of a random sample of patient contacts and appropriate action based on the results. Reports of the results of these audits will be made available to the contracting PCT,
- regular audits by GPs of a random sample of patients' experiences with the service with appropriate action based on the results,
- existence of a complaints procedure that is consistent with the principles of the NHS complaints procedure. All complaints must be audited in relation to individual staff so that, where necessary, appropriate action can be taken,
- ability to match the capacity with the predictable fluctuations in demands for services, especially at peak hours (Saturday and Sunday mornings, the third day of a Bank Holiday weekend). GPs must also have robust contingency policies for those circumstances in which they may be unable to meet unexpected demand,
- GPs must ensure that patients are treated by the clinician best equipped to meet their needs, (especially during peak hours), in the most appropriate facility.

5.4.9. Suggestions for improvement of after-hours care

Suggestions for improvement of after-hours care could be obtained for The Netherlands, UK, Denmark and France (experts and grey literature).



5.4.9.1. *The Netherlands: central role of GP, efficient and safe use of after-hours services*

In the Netherlands the following suggestions were formulated in the literature to improve after-hours care:

- To improve the GPs' grip on patients attending emergency departments without a GP referral (i.e. self-referrals) for non-urgent medical complaints.
- To join primary and hospital emergency care (and ambulances) in one after-hours care facility with a triage system.
- To improve the effectiveness and safety of telephone triage services (e.g. implementation and evaluation of computerised decision support systems as the NTS and telephone GPs).
- To educate patients about the use of after-hours care.
- To minimise the use of unnecessary tests and prescriptions.
- To introduce financial incentives for patients who consult the GP.
- To complete the existing clinical guidelines with subsections addressing the care in after-hours settings.
- To improve patient safety by the supervision of the triage by a GP.
- To improve access and extension of surgery opening times (evening).

5.4.9.2. *UK: focus on cost-effectiveness, benchmarking, ICT equipment and information sharing*

In the UK The National Audit Office Report suggested that the Department of Health should encourage PCTs:

- To improve cost-effectiveness: through benchmarking of costs, improvements to local commissioning, and making training and best practice available.
- To perform benchmarking for Primary Care Trusts (PCTs) (of their costs against those of other geographically comparable PCTs).
- To invest in software systems: ICT applications should be able to meet basic requirements with regard to input, transfer and secure storage of confidential patient information, prioritization and 'time stamping', search, retrieval and reporting of information held within the

database whilst being compatible with other telephone systems and mobile devices.

5.4.9.3. *Denmark: on the way to centralisation*

The Regions plan to merge the after-hours care function into hospitals' acute function i.e. to have GPs working as hired staff within the hospital management structure. That plan needs further discussion because the GPs and the politicians did not yet agree on the organizational details.

A single national telephone number should give access to health care personnel to refer a patient to the relevant service like a GP cooperative, an acute hospital service, an acute local clinic or home nursing.

5.4.9.4. *France*

Two key recommendations for France deal with patient education: correct use of after-hours care and prevention of misuse of the hospital emergency department by self-referral.

Keypoints – After-hours care in five countries

- **Main drivers for system reform mainly came from GPs (workload, patients' demands) but authorities had also reasons to support changes in the care during after-hours periods (e.g. lack of human resources, accessibility and costs).**
- **The cooperative is the most prevalent model in the selected countries: usually run by GPs, supported by nurses/ancillary staff.**
- **The participation of GPs in after-hours care is high (from 78% to more than 90%) and sometimes an obligatory.**
- **Triage is a critical point: some countries employ nurses or assistants, other countries only GPs.**
- **Three types of after-hours services may be provided after triage: telephone consultation, consultations and home visits.**
- **Different GP payment systems are applied (by duty period/ call).**
- **Guidelines are used for triage/referral and for prescribing.**



- The use of quality indicators and outcomes measurement is still in a premature stage. Only the UK applies a system of National Quality Requirements.
- Critical success factors for after-hours care are e.g. the strong involvement of the GPs, adequate remuneration, team work, patient information, the presence of a national triage system for the whole acute care chain, prevention of work overload, information and communication technology.
- Suggestions for improvement of after-hours care are e.g. to take actions against self-referrals to emergency departments, to join primary and hospital emergency care in one after-hours care facility with a triage system, to improve the effectiveness and safety of telephone triage services, to educate patients about the appropriate use of after-hours care, to encourage the use of clinical guidelines in after-hours care settings.

5.5. Lessons learned from other countries: new models for after-hours care, their impact and avenues for the future

The countries under study developed a system mainly based on (large) scale GP cooperatives to replace the former rotation systems. They have either national/regional uniform after-hours systems (Denmark, The Netherlands) or systems where different models coexist (UK in particular). The next paragraphs summarize the main features of the new after-hours models in terms of organization, impact on GPs, on patients and on the health care system.

5.5.1. Main features of the after-hours models

5.5.1.1. Asset : a centrally organized primary care system

The reforms of after-hours services are linked to the institutional architecture of the health system. In countries with a centrally organized primary care system (The Netherlands, UK and Denmark), the reform of after-hours services is implemented since more than one decade. The drivers were GP professional organizations: their early initiatives moved to the current situation, nowadays organized and supported by the national health authorities in collaboration with them. In countries where primary

care is less centrally organized, as in France and Italy, the after-hours services depend on the local or regional features.

All countries under study struggle to restrict the unwarranted patients' access to emergency care but no miracle solution has been found till now.

5.5.1.2. Reasons to think about new models

The reasons to implement changes are similar to the Belgian situation^{41, 95-98}. GPs were dissatisfied with the system, usually rotation groups and in particular the perceived workload, the patients' demands, the poor quality of life and the safety conditions. A previous KCE report also identified after-hours care as a factor against the attraction of the profession³.

Furthermore, key issues for the authorities were the demand for services by the public, the shortage of GPs, issues of accessibility and costs.

5.5.1.3. Continuity of care: a concern that calls for solutions

One complaint from GPs and patients is the poor knowledge of the patient's situation, in particular in the absence of medical record. This remark is however applicable to any care provided by another professional than the usual GP (e.g. hospitalization, rotation systems). This criticism highlights more generally the lack of communication within the first line of care (pharmacists, GPs, nurses) and between outpatient and inpatient care.

A lack of coordination between after-hours care providers can lead to medical errors, to poor communication with the patient, to frustration of the doctors (who do not know what happened during after-hours), to the fragmentation of care and to unnecessary service provision.

Concrete proposals have been outlined in a previous KCE report on seamless care⁹⁹. This report proposes solutions as for example integrated ICT systems to allow the GP on duty to consult the medical record, fax to the patient's GP before 8 a.m., special delivery of medication at home.

5.5.1.4. Triage systems with quality procedures

Belgium now launched pilot projects to have a unique regional number with triage for all after-hours calls. The Netherlands, The UK, Denmark have an experience of triage during after-hours services whilst this system is under development in other countries (e.g. "15" in France). The launching of triage systems aimed to offer the most appropriate solution according to



the patient's needs and to use more efficiently the health care resources (in particular health care professionals according to their specific competencies). The evaluations show indeed an impact on GP home visits but no clear effect on the other aspects of health care system use.

The triage by a non-physician is an important issue. The few available evaluations suggest that this triage has no effect on mortality, hospital admissions and GP workload. However the Danish GPs opted to perform this task themselves, arguing that this is the most sensitive step in after-hours process of care.

The safety and quality of the triage depend on the quality procedures: tools (e.g. guidelines) have been developed in all countries under study to standardize the decision process and to facilitate quality assurance initiatives (e.g. incident analysis, supervision schemes).

5.5.1.5. *Health professionals with different profiles*

The analysis of the Belgian situation highlighted the local problems of GP shortage: one current solution is the call for "duty GPs" to give a hand for duty periods (see 2.5.2). In some countries (as in Italy) a fully recognized status exists for those doctors specializing in after-hours services.

Duty periods are usually covered by experienced licensed GPs: it might even be a condition to keep their official recognition (cf. The Netherlands). However the profile of after-hours service doctors varies between countries. In France for example GPs and specialists may stand for each other. In Italy young doctors sometimes begin their GP experience with after-hours care. In these cases, doctors might either be too specialised or insufficiently experienced, with possible consequences in terms of excessive hospital referrals or quality of care.

Not only doctors but also specialised nurses/assistants sometimes care for minor health problems. They act as "gatekeeper's gatekeeper" and work either as stand alone or supervised by doctors. They perform face-to-face consultations and telephone consultations. These models show a positive impact on the workload of GPs and emergency departments. They are however one source of dissatisfaction among the patients and little is known about the quality of care.

5.5.1.6. *Payment of doctors and incentives for after-hours services*

In Belgium the financing of after-hours services combines a payment for specific duty periods with a fee-for-service system. All countries have also set up a system to reward the GPs who take part in the after-hours system: either a fixed sum for duty periods on call (NL, UK) or a fee-for service system (Denmark, France).

5.5.2. *Impact of the new models on GPs, patients and HC system use*

5.5.2.1. *Answer to the GPs' expectations*

As stated above, new models have usually a positive impact on the perceived workload of GPs. The literature also concludes on a global positive perception of GPs with regard to quality of life and job satisfaction. This perception depends on the previous situation (rotation or individual organization) and on their personal desire to adopt a new system.

5.5.2.2. *Patient satisfied but some concerns*

Patients are usually satisfied with current system but one fifth of them express their dissatisfaction. Their frustration mainly arises from the discrepancy between their expectations and the reality, in particular when there is a contact with another health professional than a doctor. Other points that warrants attention are the waiting times, the accessibility of the cooperative and the continuity of care as explained above.

5.5.2.3. *Impact at health care system level: few data on quality, some effects on the use of services*

Few available data about the effect on the quality of care

Few data are available on the quality of the after-hours services. In all countries different systems coexist (at hospital and primary care level) making a global assessment of all structures difficult. Moreover, the new models have been set up providing more attention to organizational aspects than to qualitative aspects of care.

The UK is the only country applying official quality standards. They take into account a number of quantitative dimensions (e.g. waiting time, costs, productivity, number of referrals) and qualitative surveys among doctors



and/or patients. In Denmark a quality monitoring system is foreseen in 2013.

Still little evidence exists in terms of clinical outcomes. This lack of data prevents from drawing firm conclusions on the effectiveness of the new models (e.g. quality of care of consultations performed by nurses and patient outcomes after a telephone consultation).

Positive effects of some models with regard to service use

One objective of the development of new models at the health care system level was a more efficient use of health care services e.g. less self-referral to emergency department services for little ailments and less GP home visits when possible. New models seem to produce an effect on the use of services. Some examples are:

- The triage system by a GP (Denmark) where half of the calls are solved by phone only.
- The consultations by other health professionals than doctors that decrease the GP workload in terms of consultations, advice and visits.
- The integration of a GP consultation in an emergency department that decreases the number of ED consultations.

The effect of cooperatives seems more inconsistent: they decrease the number of GP home visits but have little impact on the use of other emergency services. A possible hypothesis is the poor collaboration between the existing structures at GP and hospital levels: authors notice a recurrent absence of liaison structures between cooperatives and ambulance services (at management or operational levels)¹⁰⁰. Another hypothesis is the lack of patient's information and incentives, so that he/she attends the service of his/her choice⁵⁸.

5.5.3. Suggestions to improve organization of after-hours care

The authors and experts from the different countries formulated suggestions to improve the current national after-hours systems.

5.5.3.1. Training and scientific support of health professionals

- Guidelines for health professionals (e.g. to indicate when to perform home visits, taking into account non-medical conditions);
- Supervision of the triage process by a doctor;

- Communication training (e.g. training of triagists for patient-centred communication: active listening, active advising and structured calls);
- Tools for quality improvement: implementation and evaluation of computerised decision support systems for triage.

5.5.3.2. Possible avenues to improve the patient's satisfaction

- To provide information on the most accurate service according to the needs, use of after-hours services and waiting times;
- To reduce the waiting times (definition of maximal values are now criteria for the evaluation of the services in Denmark and in the UK);
- To enable an access of the medical record for the doctor on duty (cf. paragraph 5.5.1.3);
- To pay attention to the accessibility of the AH services (cf. a Belgian study that analyzed the best possible implementations of GP cooperatives in two provinces, see 8.1.7): most models offer the possibility of home visits for patients who are unable to travel but this review did not identify any system of patient transport in other countries (implemented at a national/regional level).

5.5.3.3. Improvements at health system care level: communication, quality assurance, human resources, financing

- To join primary and hospital after-hours care services (including ambulances) in one after-hours care facility with a triage system;
- To develop ICT equipment (efficient sharing of information);
- An acceptable number of shifts during midnight;
- New roles and competences of health nurses to offset the lack of GPs;
- To think about incentives within the system to avoid the inappropriate use of services, source of costs and of possible delay in case of emergency;
- To set up quality systems that register the quality of after-hours care in the different settings: accessibility, reactivity and safety of the services, efficiency and impact on other services;



- To assess the cost-effectiveness of after-hours services (especially the co-existence of parallel systems between midnight and 8 a.m.) and foresee innovative solutions.

6. ECONOMIC ANALYSIS: DATA FROM BELGIUM AND OTHER COUNTRIES

This chapter has two aims:

- to provide financial information on after-hours services in the five countries described in 5.4;
- to analyze the two main Belgian initiatives financed by the authorities in collaboration with GP associations:
 - o the organized duty centres (ODC) (see 2.4);
 - o the pilot project 1733 set up by the Ministry of Public Health (see 2.6).

6.1. Financing of after-hours care in other countries

Five countries are described in detail in chapter 5.4. and in appendix 8.4. The choice of these countries has been explained above: Denmark (see 8.4.3) and the Netherlands (see 8.4.1) have respectively a regional and a national uniform after-hours system. The UK (see 0) has a system where different models coexist. France (see 0) (and Italy) have a health system quite similar to the Belgian one. This chapter adds a descriptive cost study from Zurich¹⁰¹. The literature search in economic databases shows a lack of cost-effectiveness studies in this field.



6.1.1. Information on costs of after-hours care

The Table 11 below summarizes the information available for the 5 countries.

Table 11: Overview of costs of after-hours care per country and type of after-hours service (€)

Country	Total amount spend on AH care (Million)	Cost per consultation (The Netherlands)	Cost per phone consultation (The Netherlands)	GP fee for home visit	Fee per hour	Cost per inhabitant
		GP Fee per consultation (Denmark)	GP fee for telephone contact (Denmark)			
The Netherlands (2009)	225	68	25		---	14
Denmark (2011)	---	27*	13*	37*	---	
UK (2005-2006)	369	---	---	---	89*	7
France (2006)	370	---	---	---	---	6

Sources : cf. information described in the appendix 8.4 and estimation of the population for The Netherlands : 16 Million inhabitants, UK : 50.7 Million inhabitants (2006) and France : 63.7 Million inhabitants (2008)

* Mean value

6.1.1.1. The Netherlands

Two Dutch studies/sources have been identified for the cost analysis: the bulletin from the Vereniging Huisartsenposten Nederland¹⁰² and a master thesis study written by Giesbers¹⁰³.

The 'Vereniging Huisartsenposten Nederland is a powerful organization of all (approx 130) after-hours posts, covering the Dutch population of 16 Million inhabitants. It publishes a yearly bulletin about the costs of the posts, based on a survey among its members. In 2009, the total costs of all GP cooperatives (125) were € 225 Million. The cost per after-hours consultation in GP cooperatives is € 63, i.e. about € 14 per inhabitant.

Giesbers¹⁰³ (2009) analyzed the medical and financial data's of 203 patients belonging to one ODC ("het Weeshuis" in Nijmegen) who consulted an emergency department (ED) without referral by a GP. The author assumed that those patients would have had to consult the ODC for their medical problem. His study, based on hypotheses and a calculation model, estimates that ED care (estimated around € 256) is 5 times more expensive compared to care provided by the usual GP (around € 48) and 3 times more expensive compared to care provided by ODC (around € 92).

6.1.1.2. Denmark

The Research Unit for GP at the Aarhus University provided detailed financial data, but the total amount spend on after-hours care is missing.

The fee per patient contact is paid by the regions but the costs for running the GP cooperative are paid by the GP organization. All GPs pay a yearly sum of € 268.25 to the GP organization. This sum covers the work related to the planning of shifts, IT-support, transportation during shifts, etc.

Table 12 : Fees earned by Danish GPs according to type of medical act and time of the day (€)

Contact type:	Mon-Fri from 4 -10 p.m. Sat from 8 a.m. to 10 p.m.	Mon-Fri 10-12 p.m. and 00-8 a.m. Sat 8-12 p.m. and 00-8 a.m. Sundays and holidays 8-12 p.m. and 00-8 a.m.
Telephone consultation	11.67	14.89
Telephone contact (with referral to consultation in the clinic)	5.1	6.3
Consultation in clinic (face-to-face contact)	24.01	29.91
Home visits	33.4	40.91

Source: Research Unit for General Practice of the University of Aarhus

6.1.1.3. United Kingdom

In UK, the National Audit Office scrutinizes public expenditures on behalf of the British Parliament. Its 2006 report gives global information on the provision of after-hours care and some useful cost datas¹⁰⁴.

After-hours services are funded by a combination of GP contributions and central development funds. Since April 2004, GPs may opt out of the responsibility of organizing after-hours services but they give up yearly an average of € 6.880 and pass on responsibility to their Primary Care Trust (PCT). The system lays on contract and tendering: PCT expenditures are directly influenced by the pay rate that the GP asks to the PCT.

A total amount of € 369 Million was available for the provision of after-hours services in 2005-2006, allocated by the Department of Health. This amount is underestimated: a survey by The National Audit Office among PCTs reported that the contractual cost of providing after-hours services was € 423 Million and the actual cost was € 436 Million. These results also indicate that the costs of after-hours are higher in PCTs from rural areas. The National Audit Office concludes that a model which works well in an urban area cannot be transferred to a rural area¹⁰⁴.

The survey also shows a wide distribution of pay rates for GPs. Rurality and other factors play a role: the average weekday evening rate (€ 67) can be nearly doubled during a bank holiday, when the average rises to €119.

**Table 13 : GP fees (€ by hour) in the UK (2006)**

GP pay rates per hour	Weekday evening	Weekday overnight	Week-end	Week-end overnight	Public holidays
Average rate	67	84	80	92	119
Maximum	124	132	163	163	191
Minimum	47	22	57	22	57

Source: The National audit Office, The provision of After-hours Care in England.

6.1.1.4. France

A report¹⁰⁵ commissioned by the Ministry of Health presents the organization and future of after-hours care in France. After-hours services organized by the French GPs are official since 2003 and named "Permanence des soins ambulatoires". Their global cost was estimated to be € 370 Million in 2006 (excluding costs of transport).

No further information on fees per hour could be obtained, except the official GP fees displayed in the table below, found on the website of "Ameli"¹⁰⁶ ("Assurance-Maladie en ligne").

There is a difference between the official tariffs and the reimbursements from the French health care insurance. For the justified home visits (like the visit for an elderly patient or someone who can not move), the supplement is reimbursed ; the supplement for the not justified visits are not reimbursed.

Table 14: GP fees in France¹⁰⁶

	GP fees (2011, in €)
GP consult	23
Home visit	23
Supplement for justified home visit : 20 PM to 0 AM and 6 AM to 8 AM	38.5
Supplement for justified home visit : 0 AM to 6 AM	43.5
Supplement for justified home visit Sunday and Public Holiday	22.6
Supplement for not justified home visit : 20 PM to 0 AM and 6 AM to 8 AM	35
Supplement for not justified home visit : 0 AM to 6 AM	40
Supplement for not justified home visit Sunday and Public Holiday*	19.06

A supplement is also applicable for the consultations of the GP on duty during week-ends and public holidays.

6.1.1.5. Switzerland

A recent cost description study conducted in Zurich (data from 2009) is based on the perspective of the Swiss health care insurance companies (payers). The conclusions point out that the mode of contact is an important determinant of the costs¹⁰¹. Based on a sample of 685 patient contacts, the mean total cost^a for one patient contact is estimated at € 144. However, costs are respectively € 158, € 90 and € 48 for home visit, practice contact and telephone contact. Home visit, the most expensive mode of contact, is also the most common (61%), compared to practice contacts (25%) and telephone contacts (14%).

One interesting result is that the medical problem – according to the International Classification of Primary Care - has no relevant influence on the cost pattern. This finding shows the importance of the quality of the GP triage: the patients who call the emergency aid service are connected to a GP on duty and an ambulance is sent in case of serious emergency. The high proportion of home visits is explained by the usual preference of the patients who are dissatisfied when they receive telephone advice only.

The authors conclude that GPs manage most emergency demands in after-hours service with little diagnostic testing^b and basic care.

6.1.2. Discussion

The after-hours systems differ between the five countries but show common patterns.

First, the cost is lower in countries with a unique call number, triage and referral to the most appropriate solution (including phone consultation).

Second, putting the reform of after-hours care on the political agenda implies a release of financial means to implement the services. The global amount spent by three countries (The Netherlands, UK and France) on after-hours services gives information on the cost per inhabitant. It varies

^a Total cost: basic cost + individual cost. Basic cost : charges for time units and emergency surcharge. Individual cost: counseling, travelling (if applicable), diagnostic, treatment procedures.

^b Diagnostics : laboratory tests, X-ray, ECG, Ultrasound, Other diagnostics



between € 14 in the Netherlands, € 7 in UK and € 6 in France. This statistic is dependent on the sum allocated by the country to implement after- hours services.

Third, the available data from different countries (Switzerland, Denmark, Belgium) illustrate that the mode of contact greatly influence the costs: home visits are more expensive than consultations. Phone advice is the least expensive .

Last but not least, the report from the National Audit Office indicates that rurality is an important cost driver and that the organization/financing of ODCs need to be tailored to the type of area. This result is interesting for the Belgian context characterized by urban and “experimental” posts.

6.2. Organized duty centres in Belgium

The initiative financed by the National Institute for Health and Disability Insurance (NIHDI) is extensively described in chapter 2.4.

6.2.1. Budget allocated to the organized duty centres

Since 2003, the subventions allocated by the NIHDI increased from a maximum available budget of € 1.232 Million (2 ODCs) to € 4.2 Million in 2008 (20 ODCs) ¹⁰⁷. The last figures released by the NIHDI for 2011 are estimated at € 10.3 Million for 29 ODCs :

- € 3.6 Million for the experimental ODCs,
- € 3.7 Million for the urban ODCs,
- € 3 Million for the extension of the project.

The global budget is a mix of 2 elements: :

- A budget approved for the ODCs within the experimental projects inscribed in article 56 (budget released by NIHDI for the implementation of pilot projects),
- A percentage of the annual GP budget proposed yearly by the National Commission of GP's and Sickness Funds. (article 56: € 7.3 Million and GP budget : € 3 Million).

Recent NIHDI estimations for 2012 are € 11 Million for 30 ODCs.

6.2.2. Financing Process

6.2.2.1. Principle

In 2010, the National Commission of GP's and Sickness Funds put an end to this experimental project. From that moment, a part of the GP budget is allocated yearly to the ODCs, next to the financial means from article 56. With this new measure, the budget increased from € 6 Million to € 10 Million.

At the beginning, the budget was allocated for a period of three years. In 2011, this period was reduced to six months, except for the new initiatives which can count on a two years budget. The existing ODCs have to introduce a renewal, examined by the Health care Department of the NIHDI and approved by the Members of the Insurance Committee. The year 2011 marks a new impulsion in this project with an expected implication of the National Commission of GP's and Sickness Funds. It explains why the budget for existing project was reduced to six months. For 2012, the period applicable to the contracts is still unknown.

6.2.2.2. Budget of an ODC

In order to benefit from a financing, each ODC has to introduce a motivated request with information on its activities (mentioning the opening and closing hours) and a detailed financial report. This request is examined by the Health care Department of the NIHDI which can ask complementary information. Each project is presented for approbation to the Members of the Insurance Committee.

At the beginning of the project, the budget was allocated for three years. During the year 2011, the existing projects could count on a six months budget with renewals and the new ODCs received a first financing period of two years.

6.2.2.3. Calculation of the global budget allocated to organized duty centres by the National Institute for Health and Disability Insurance

The financial means allocated each year to this project are based on the last budget approved by the Members of Insurance Committee. It is increased by the estimation of the financial means coming from different



after-hours initiatives (existing and new ones) and from theoretical hypotheses:

- ODCs with a contract that will ask for a higher budget;
- Budget asked by new ODCs;
- For new ODCs which have not yet introduced a motivated request but announced they will apply in the next months, a theoretical fee of € 3 per inhabitant is applied;
- Moreover a financial margin is foreseen for unexpected projects.

The proposal introduced by each ODC is carefully examined. If the conditions are accepted, 90% of the amount is paid to the centre within 10 days following the signature of the contract and the remaining 10% is paid with the approval of the financial report sent the year after. In some cases, a part of the subvention is reimbursed to the National Institute for Health and Disability Insurance if the centre has not used correctly the amount allocated to its project. In this case, its budget will be reduced the next year.

An example of the financial report is presented in appendix 8.7.

6.2.3. *Economic description*

The description below is based on the reports from the ODCs to the NIHDI.

- The first global evaluation of the ODC project has been performed in August and September 2008 by the NIHDI¹⁰⁷. The economic part of the report gives information on the costs of the ODC, based on two sources: the data reported by the ODCs and a further survey conducted among 20 ODCs. Two elements were particularly interesting in the first report from 2008:
 - the details about expenses and revenues;
 - the evaluation of the activities.
- The focus of the 2010 NIHDI report¹⁵ is mainly organizational: the economical point of view is not mentioned anymore, due to reactions after the publication of the first report. The second official report is limited to a survey among the 27 ODCs. Financial data for 2010 displayed in this report are based on unpublished data from the Health Care Department.

6.2.4. *Expenses and revenues of the ODCs*

6.2.4.1. *Expenses of the ODCs*

Overview of 2010 data

Table 15 describes the distribution of the expenses, for the experimental ODCs and the urban ODCs, based on the NIHDI data (first semester 2010). The pattern is quite similar between both groups of ODCs:

- “Services and various goods” (“Services et Biens divers”) represents the most important part of the expenses, respectively 73% and 64% for experimental and urban ODCs;
- followed by “Remuneration – medical and non medical staff” (respectively 21% and 31%).

Table 15 : Distribution of the expenses (NIHDI 2010)

Account	Experimental (€)	Urban (€)	Experimental (%)	Urban (%)
Supplies/Commodities	90 432	40 654	2.6	1.7
Services/various goods	2 507 274	1 527 940	73.3	63.6
Remuneration, social security/pension schemes	70 6307	750 076	20.6	31.2
Provision depreciation	50 565	77 754	1.5	3.2
Other expenses	64 914	4 580	1.9	0.2
Financial charges	1 560	1 467	0.0	0.1
Total	3 421 051	2 402 470	100.0	100.0

Table 16 shows differences between the types of ODCs for the components of the item “services and various goods”, the most important part of the expenses e.g.:

- the medical fees represent respectively 51% of the expenses in experimental ODCs and 66% of the expenses in urban ODCs;
- the travel expenditures counts for 12% (367.133 €) of the expenses in experimental ODCs.

**Table 16 : Distribution of the expenses for the item « Service and various goods »**

Account	Experimental (€)	Urban (€)	Experimental (%)	Urban (%)
Supplies and commodities	195 671	0	6.5	0.0
Renting costs	144 601	116 040	4.8	6.8
Maintenance and "reparation"	56 707	29 235	1.9	1.7
Supplying to the company (water, electricity, gas, phone, internet,...)	110 168	61 044	3.6	3.6
Medical fees	1 533 341	1 129 982	50.8	65.9
Insurance	13 932	3 196	0.5	0.2
Communication expenses	36 241	17 447	1.2	1.0
Travel expenditures	367 133	71 412	12.2	4.2
Others	49 479	99 583	1.6	5.8
Total	2 507 274	1 527 940	100.0	100.0

Source: National Institute for Health and Disability Insurance, 2010

6.2.4.2. Revenues of the ODCs

Table 17 shows the sources of the revenues of the ODCs, for the first semester of 2010 (unpublished data from NIHDI). "Turnover" refers to the fees paid to GP for their availability for the after-hours services). The most important post is the budget allocated by the NIHDI.

Table 17. Revenues of the ODC's (2010)

	Experimental (€)	Urban (€)	Experimental (%)	Urban (%)
Turnover	1 487 184	759 491	44.3	31.5
Different subventions	1 859 004	1 621 691	55.3	67.2
Financial income	2 835	19 420	0.1	0.8
Other revenues	10 044	13 386	0.3	0.6
Total	3 359 068	2 413 988	100.0	100.0

The results of the 2010 survey from the NIHDI show a difference between experimental and urban posts that might explain differences in financial income: in experimental ODCs, the fees are more often paid by the patient to the GP. In urban ODCs, the post often centralises the patient payments and pays back the GP afterwards (with a commission of 2% to 3%, to cover the administrative costs).

With the concurrence of the hospitals in the urban areas, there is a move towards a policy promoting the system of the third payer within the ODCs. Indeed, it makes a difference for the patient if he has to pay the full price or only the co-payment.

6.2.5. Activities of the ODCs

The first NIHDI report (data 2008) provides information on contacts, patient numbers and expenses by patient for the first, second, third and fourth years of the ODCs (see table 19 and appendix 8.7.2). The primary data sources of these summary tables are the reports drafted by the ODCs for the NIHDI.

6.2.5.1. Costs by contact: evolution over years of activity

Table 18 indicates, for the second year of activity, the duration, the number of day contacts, night contacts, the number of patients during the day, the number of patients during the night. Based on these data the NIHDI expenses per contact have been extrapolated.

The tables appendix 8.7.2 show similar data for the first, third and fourth years of activity. The launching of a new ODC requires An important investment for few patients and the data for the first year are not comparable to the following periods.



Table 18: Statistics for the second year of ODC activity (NIHDI data 2008)

Type	Name	From	TO	Month	Contact_day	Contact_night	YEAR 2		EXP/N contacts(€)
							N. Patients/ Hour_day	N Patients/ Hour_Night	
Exp	Huisartsenkring Brugge en omgeving vzw (HABO)	01/01/2007	31/12/2007	12	5 589	4 000	5.8	Not open between 21 PM and 8 AM	20.47
Exp	Huisartsenkring Herkenrode HAK VZW	01/01/2007	31/12/2007	12	6 653	1 021	5.3	10.6	17.62
Exp	Rassemblement des généralistes Namurois ASBL	01/01/2006	31/12/2006	12	2 038	330	5.3	Not open between 21 PM and 8 AM	20.00
Exp	SMAV Verviers	01/01/2005	31/12/2005	12	2 330	-	8.1	Not open between 21 PM and 8 AM	1.47
Exp	Huisartsenkring Borsbeek-Wommelgem VZW	01/01/2006	31/12/2006	12	1 202	-	0.7	-	16.71
Exp	Huisartsenkring Herentals	01/01/2007	31/12/2007	12	8 415	1 135	6.5	0.7	18.99
Exp	Huisartsenkring Turnhout	01/01/2007	21/12/2007	12	13 080	1 685	10.1	1.1	21.60
Exp	Cercles des Médecins généralistes d'Aywaille et de Sprimont	01/01/2008	30/06/2008	6	1 435	319	2.1	0.2	43.81
Exp	CEGES Seraing								
GS	FAMG Charleroi	01/01/2008	30/06/2008	6	7 100	1 198	10.6	1.6	23.46
GS	GLAMO Liège								
GS	Poste médical de garde ATHENA								
GS	MEDINUIT ASBL	01/01/2006	31/12/2006	12	1 000	702	0.6	0.7	204.70
GS	CMGU Bruxelles	01/01/2007	31/12/2007	12	6 363	573	1.6	0.9	51.36
GS	Huisartsenkring TERRANOVA VZW	01/01/2008	30/06/2008	6	586	94	0.9	0.1	251.89
GS	huisartsenkring VZW Gent	01/01/2008	30/06/2008	12	9 518	1 981	3.5	0.6	20.84
GS	Huisartsenkring Deurne-Borgerhout	01/01/2004	31/12/2004	12	6 701	1 284	5	0.8	46.57
GS	Huisartsenkring Antwerpen Centrum VZW								
GS	VZW Huisartsenwachtpost Antwerpen Noord								

Source: National Institute for Health and Disability Insurance, 2010



The NIHDI tables calculated an amount of € per contact. The calculation is based on the amount allocated, each year, by the NIHDI to the ODC for its working costs, without taking into account the fees paid to the GP (variable costs). For the majority of the ODCs, the costs vary between € 17 and € 23 per contact.

The higher average costs in the urban areas, like Brussels, might be explained by two factors:

- the higher sum allocated by the NIHDI to urban areas (versus experimental ODCs),
- the lower number of patients using the services (probably due to the proximity of a hospital or to the restricted opening hours of the ODC, like Medinuit).

The cost per contact progressively decreases at years 3 and 4 (Table 24 and Table 25, appendix 8.7), except in the urban areas.

6.2.5.2. *Day versus night activities*

The number of contacts by hour presents a large heterogeneity between ODCs. Data from the third year of activity in appendix 8.7 show that the ODCs report a number of contacts that vary from less than one to 19.

The number of patients during the night is less than one contact per hour for all ODCs: two of them even report less than one contact per 10 hours.

6.2.5.3. *Costs per inhabitant*

Based on the last figures released by the NIHDI for the year 2010, the fixed expenses per inhabitant have been calculated (medical fees excluded). It varies between € 0,15 per inhabitant in Borsbeek-Wommelgem and € 5,08 per inhabitant for the Post AMGCA in Bastogne which started the 31/12/2009.

This estimation has serious limitations due to the approximation of the population covered, in particular in urban areas, as the figures are reported by the ODCs themselves. Brussels is the best example with 4 ODCs that report each one Million inhabitants.



Table 19: Costs per inhabitant (in €)

Type	Name	Start of the project	Expenses 2010 (€)	90% of the amount	Population 2010	Expenses 2010/Inhabitant (€)
Exp_1	SMAV Verviers	1/05/2004	12 348.00	*	67 000	0.18
Exp_2	RGN Namur	2/07/2005	47 363.10	*	120 000	0.39
Exp_3	Borsbeek-Wommelgem	1/10/2005	3 307.50	*	22 459	0.15
Exp_4	Herentals	1/04/2006	163 245.00	*	77 585	2.10
Exp_5	HABO Brugge en omgeving	1/06/2006	265.066.67		117 479	2.26
Exp_6	Herkenrode Hasselt	2/09/2006	223 143.46		100 000	2.23
Exp_7	Turnhout	1/11/2006	430 129.80	*	174 000	2.47
Exp_8	Aywaille-Sprimont	24/12/2007	117 768.60	*	25 074	4.70
Exp_9	UMGB Borinage	31/05/2008	73 809.67	*	150 000	0.49
Exp_10	AMGM Mons	14/06/2008	90 000.00	*	104 000	0.87
Exp_11	FMGCB Centre & Binche	1/10/2009	132 899.83		207 000	0.64
Exp_12	AMGCA Bastogne	31/12/2009	211 217.93		41 589	5.08
Exp_13	N16 Kl. Brabant	5/03/2010	332 333.00		150 000	2.22
Exp_14	CMMS Meuse et Samson	6/03/2010	76 939.69		35 000	2.20
GS_1	Deurne-Borgerhout	27/06/2003	305 997.73		120 000	2.55
GS_2	MEDINUIT	1/12/2004	160 955.10		461 905	0.35
GS_3	CMGU Bruxelles	1/10/2006	248 637.60	*	1 000 000	0.25
GS_4	Gent	1/01/2007	760 000.00	*	250 000	3.04
GS_5	FAMG Charleroi	27/04/2007	450.000.00		220 000	2.05
GS_6	Athens	23/06/2007	270 134.10		1 089 538	0.25
GS_7	GLAMO Liège	1/10/2007	260 634.60	*	180 000	1.45
GS_8	TERRANOVA	1/11/2007	306 576.00	*	1 204 346	0.25
GS_9	Antwerpen Centrum	1/12/2008	235 260.00	*	127 777	1.84
GS_10	Antwerpen Noord	1/01/2010	260 268.62	*	102 346	2.54

Source: NIHDI, 2010

* 90% of the budget for the post. De other 10% are paid after the reception of a report (with financial and organizational aspects).



Some demographic characteristics might give a (limited) explanation of the variation of cost per inhabitant (population density, sociodemographic characteristics) but the local organization undoubtedly plays a major role (home visits, opening times). :

6.3. Unique call number with triage (project “1733”)

In some pilot areas, patients with health problems during after-hours periods can call a unique number. A telephonist with a specific training appraises the situation and offers the most appropriate solution or refers to the GP circle (see 2.6). Since the start of this project (2008), the following areas have been progressively involved: Hainaut (Charleroi, Binche, Mons), Brugge, the province of Luxembourg and Chimay.

6.3.1. Budget 2011 and planning budget 2012 to cover the country

In 2011 a budget has been allocated by the Ministry of Public Health for the implementation of the project 1733 in the regions mentioned above:

- € 209 000 for the implementation of the system;
- € 224 345 for the further set up of a central triage system in the province of Hainaut (the set up of the central triage system will be expanded in the other regions from 2012 onwards).

The table below shows the forecast 2012 to develop the project over the country: 35 FTE (full time equivalent) would cover the territory, with an estimated staff cost around € 1 715 000 (¾ of the budget are allocated to personnel costs). The telephone system is operational between 6 PM and 8 AM.

The interpretation of these costs has to take account of the difference between launching costs and the future costs when the system will be running.

Table 20: Forecast Budget 2012 - 1733 project (€)

Human resources	
Staff 1733	
35 FE , € 45 000 Full Time Equivalent	1 715 000
Coordination	
3 Full Time Equivalents	130 000
Operational expenditures	
Overtime	171 500
Phone and ICT	200 000
Logistic Personnel Furniture	70 000
Building	35 000
Other expenses	
Follow-up protocols and quality assurance procedures	200 000
TOTAL	2 521 500

Source: Ministry of Public Health (unpublished data)

6.3.2. Activities of the 1733

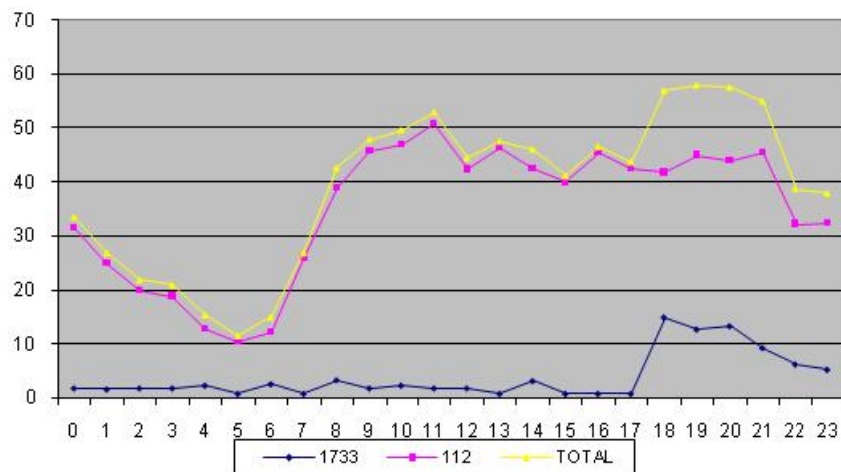
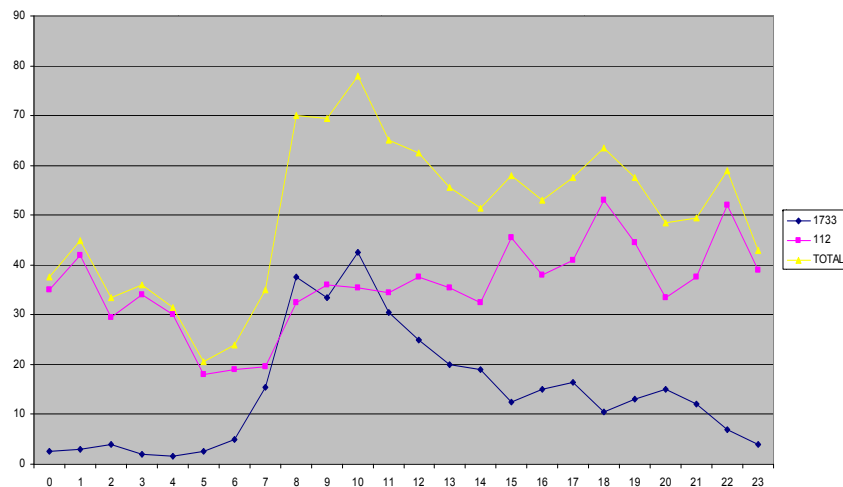
The population covered by the project is estimated around 1.349.064 inhabitants :

- Hainaut : 735 167
- Chimay : 67 318
- Brugge: 546. 579
- Luxembourg : 337 198 (operational in 2012).

The Ministry of Public Health analyzed the activities of the “1733” based on the data collected for Mons, during the first semester of 2011 (1 106 calls). The results show the peaks in calls (see figures below):

- during the week: evening between 7 PM and 10 PM;
- during the week-end : mornings between 8 AM and 12 AM.

These patterns are similar to the results of the 6 GP circles (see 4.1.2.2): a peak occurred between 8 AM and 11 AM and the number of calls decreased from 7 PM onward with a slack period between 11PM and 7 AM.

**Figure 6. Pattern of 1733 calls during the week****Figure 7. Pattern of 1733 calls during the week-end**

Source : Ministry of Public Health

6.4. Discussion

6.4.1. What we have learnt from the Belgian experiences

6.4.1.1. Few data available on costs

The Belgian system collects financial data on ODCs, at an aggregate level, and the available figures are based on self-reports. The utilization for policy recommendations is limited, due to the lack of transparency. The financial data available at the NIHDI could still be used to evaluate the pertinence of the expenses, with regard to the activities of the post, in term of contacts during the day and the night and type of area (population density in rural versus urban areas).

The situation in other countries also shows that few data are available for an economic analysis. In the Netherlands, the costs are well-documented as the 'Vereniging Huisartsenposten Nederland publishes a yearly bulletin with information on the cost of the posts, based on a survey among its members. For the other countries, the information is scarce.

6.4.1.2. Heterogeneous use, few contacts during nights

There is a substantial difference between ODCs and between day and night periods. Some ODCs report up to 19 patients per hour during the day, while in other ones, the number of patients is less than one per hour.

During the night, all centres report less than one patient per hour. This slack period is similar the one recorded by the GP circles (see 4.1.4) and by the 1733. This low activity raises questions about the ODCs' efficiency during deep nights, as previously mentioned for the cooperatives in a UK study.⁷⁹

6.4.1.3. Variations in costs by inhabitant

Converted to the number of inhabitants covered by the ODC, the amount spent varies between € 0.15 and € 5.08 per inhabitant.

The study from Zurich¹⁰¹ concluded that the mode of contact is an important determinant of the costs. In Denmark, the GP fees for a telephone contact are between € 5.1 and € 6.3 (depending on the time of the day), while the fees for home visits is officially set at € 33.4 or € 40.91. Data on costs by type of contact would also be highly interesting for Belgium in the future.



In the same way, an assessment of the economic impact of the after-hours services makes sense if ambulatory services provided by the GP are compared with hospital emergency services. As stated in the study of UCL-KULeuven (see 8.1.1.1) hospital emergency wards are often used for non-serious health problems whilst the cost per patient is higher. It is expected that reallocating patients from hospital emergency care to primary care facilities may have effects on costs.

6.4.2. *Limitations of the ODC description*

The economic description of ODCs has limitations:

- The first one is that the initial objective of the financing of the first ODCs projects was to solve local organizational problems, with little attention to economic consequences at a larger scale. The availability of economic data is therefore limited.
- The data have been gathered by the ODCs themselves: the accuracy and standardization (e.g. items classification) are unknown. There is no data to calculate the real costs of the ODCs and perform their economic evaluation.
- The differences in the ODC's running periods (the first one has been financed in 2003) make economic comparisons and synthesis complicated.
- Some ODCs benefit from other sources of financing and/or facilities e.g. Cercles/Kringen, local Authorities, private organizations.
- Many factors influence the real costs of the ODCs: urban versus rural area, the population coverage, opening times, day versus night activities, the proximity of an hospital, the security problems faced by the GP.
- The approximation of the covered population makes matters worse for the estimate per inhabitant.

6.4.3. *Ways for the future*

This analysis shows the variations between the budgets allocated to the ODCs, based on their self-report. In England, a survey has pointed out a gap between the theoretical means allocated to the ODCs and the real needs measured by the actual costs. A sound evaluation should be necessary in Belgium to estimate the real cost to implement an ODC and during the years afterwards.

There are currently no criteria to evaluate the pertinence of the financial means necessary to implement the after-hours care. In the future, a list of criteria should be used in order to estimate the ODC budget.

Keypoints – Analysis of available economic data

- **Financial information on out of hours was available in 4 countries : The Netherlands, Denmark, UK, France and Switzerland (Zurich). Common results show:**
 - o **Different costs according to the mode of contact: visits are more expensive than consultations and telephone calls;**
 - o **That consultations are much more expensive in emergency departments than in ODCs and GP offices (the less expensive solution);**
 - o **That rurality is a specific factor that determines higher costs.**
- **For the year 2011, the total budget allocated by the NIHDI was € 10.3 Million.**
- **There is a lack of information on economic aspects of the ODCs. More than two thirds of expenses are related to personnel. The major source of revenues is the subventions allocated by the NIHDI. The current system relies on requests from the ODCs but does not consider differences between (and homogeneity within) rural and urban areas.**
- **In the future, there is a need for a sound evaluation of the after-hours system with an evaluation of the activities and expenses to make accurate previsions for the following years.**



7. CONCLUSION

This report scrutinized the possible alternatives for the organization of after-hours in primary care. The starting point was the care providers' and authorities' point of view. The data have shown that rural areas face a specific problem of workload during after-hours periods. Moreover the current organization is not adapted to slack periods.

Some caveats should be mentioned:

- The perception of the users was out of scope of this research: this information has been summarized from other Belgian researches and from foreign experiences. However not all points could be covered e.g. the specific problem of access for the minorities and for the users from low social class.
- The report focused on the circles that experience problems. Many GP circles still perfectly function to the great satisfaction of the GPs and their patients. There is perhaps nothing much to do now within these circles provided that:
 - Their system is viable in the long term;
 - The user's interests remain at the heart of their decisions.
- This report did not find the magic bullet to solve the problem according to the type of area but the Belgian data and the literature emphasize that solutions have to be adapted in rural and border areas.

The researchers analyzed the main models implemented in Belgium and elsewhere. Some of them would require legal amendments to be implemented in our country. The literature offers further information on their pros and cons, with respect to one or several specific dimensions at stake. These dimensions requiring an optimal solution are summarized in the table below: it illustrates the issues to be analyzed before implementing any of the models. The ultimate objective is to find a solution, or, more likely, a combination of solutions offering a balanced response for each of the dimensions of the left-hand column of the table.

		Unique call number with triage	Out-of-hours centre	Merge areas during slack periods	Collaboration with local hospital	Phone consultation	Nurse consultation	Volunteer MD
GPs	GP workload							
	Quality of life							
	Security							
	Continuity of medical information							
Patients	Adaptation to the local situation							
	Continuity of care (treatment & feed-back to the GP)							
	Answer to medical & psychosocial needs (e.g. home visits)							
	Waiting time							
	Communication with health professional							
	Accessibility & Security							
Authorities	Quality of medical care							
	Costs							
	Human resources							
	Legislation to amend							

The experience of other countries added further issues to consider, in particular the required standardization of the procedures and the planning of an evaluation based on indicators.

In all cases the future decisions should aim:

- To simplify the access to all patients for services;
- To offer services tailored to the needs,
- To increase the efficiency of the after-hours health care resources, in particular during slack periods.
- Finally, one should bear in mind a parallel way to tackle the problem is to increase the attraction of the GP profession and of the after-hours work in particular. Recommendations have been proposed in the KCE report 90 and to prevent the burn-out in the report 165



8. APPENDICES

8.1. Research on after-hours in Belgium

8.1.1. *Who consult the GP or emergency departments during after-hours periods?*

8.1.1.1. *Comparison between GP and emergency department settings: transversal study from UCL-KUL*

In January 2003, a team from the KULeuven and the UCL performed a survey about after-hours in Belgium⁹. The principal objective of this study was to compare the patients in the emergency departments and in general practice during week-ends. Several areas were included: urban and rural, French and Flemish. The 6 hospitals were Mont-Godinne, Auvelais, St-Luc Brussels, AZ Klina Brasschaat, UZ Gasthuisberg and Heilig Hart Leuven. The main results are:

- A total of 2651 emergency cases were recorded: 1342 in general practice and 1309 in hospital. The comparison concerned mainly the daily encounters (and rarely the night encounters): 977 encounters in general practice and 1082 at the hospital.
- 74.5% of patients coming to an emergency department were not referred by a GP.
- In comparison with the hospital, there were in general practice :
 - o more women, more children below 5 years, more elderly above 75 years.
 - o a lower proportion of patients disposing of family or social support, a slightly lower level of education and slightly more patients with preferential reimbursement.
 - o more patients who have had an encounter with GPs in the previous 12 months and less patients who have had an emergency consultation or an admission to a hospital during the previous 12 months.
 - o 79.5% of emergencies were medically justified, 6.5% socially or psychologically justified. 12.8% were not justified and could be postponed to the next Monday. In hospitals, the doctors stated that 76.5% of emergency cases were medically justified and

2.1% socially or psychologically justified. 9.2% were not justified and could be managed by a GP during the same day and 11.8% were not justified and could be postponed until after the week-end. 68.2% of patients were able to go to the surgery but asked a visit with a the GP.

- o 91.7% of patients were treated at home whereas in hospitals, 75.9% of patients were sent back home.
- The cost of a patient was 101 euros higher in hospital (n=614) than when treated by a GP (n=859). The use of medical imaging partly explains this difference. For the not justified emergency cases, the mean cost was 105 € in hospital versus 40€ when treated by a GP. There are important variations between each structures studied.
- The authors outlined the limits of this analysis: evaluation of encounters and no evaluation of the total sick episode; no evaluation of care's result; any consideration of the difference between hospital function (to recognize and name pathology) and GPs function (to dismiss a serious disease).
- The authors suggest possibilities to integrate the 3 paths or to simplify the emergency care offer towards 2 or only 1 structure.

8.1.1.2. *Profile of the patients who consulted an emergency department during after-hours periods*

A similar study has been conducted in 2008 to analyse the profile of the patients who consult an emergency department¹⁰. Young children, adolescents and elderly were the main groups of attenders. A quarter of persons with low economic status have had at least one visit during a one-year period versus 15% of the general population. "Appropriate" visits to the emergency departments has been defined using sensitive criteria (i.e. based on medical decisions after tests). Less than half of the patients (44%) had an "appropriate" reason for consulting an emergency department: 70% hospitalisations, 64% with an emergency transport and/or referral by a GP, 14% plaster casts. The proportion of "appropriate consultations" had a close relationship with age (most consultations among elderly were "appropriate"). The appropriateness was also higher when the patients were referred by a GP (57%) versus self-referred patients (22%).



8.1.1.3. *After-hours Primary Care in Belgium: PhD thesis 2010*

A total of 11 research questions concerning after-hours primary care in Belgium were covered by H. Philips' PhD thesis⁸. The following interesting results were presented:

- 1611 patient contacts during 2 week-ends were recorded and analysed in 4 large cities (Antwerp, Ghent, Brussels and Charleroi) in January 2005. The total population was 1611 patients: 971 in emergency department and 640 in the GPs population. Self-referrals to the ED were prominent (64%). Being female, having a family doctor and speaking Dutch or French were determinants in favour of the GP's call. Being male, having had an ED visit during the past 12 months, speaking neither Dutch nor French, African nationality and having no medical assurance were associated with the ED option. Young men with minor trauma were more likely to seek help at the ED. Income and family situation did not play a significant role in this study. The results outline the fact that patients tend to seek help at the service they are used to. They also outline the necessity of patients' information about the possibilities of 2 AFTER-HOURS SERVICE options, particularly for foreigners and young men with minor trauma.
- From the same sample in the 2 cities Antwerp and Ghent, 787 patients were interviewed to assess their reasons for seeking help. A purposeful sample of 21 patients was also recruited for a semi-structured interview and a qualitative analysis. The results of this study show that GPs are consulted if perceived as more accessible (home visits and availability), able to solve minor medical problems by patients who trust them. Accessibility, proximity and competence of the staff are the major reasons for the ED option. Otherwise, the co-payment (supplementary fixed amount implemented by some hospitals when the patient came at the ED without preliminary referral by a physician) did not influence the patient's choice.
- From February to June 2006, a study was carried out at 3 Free New born and Child health care services in Antwerp to assess the consumers' knowledge, experience and perceptions related to the performance of the different medical services. The results are based on the analysis of 350 questionnaires. Experience is the most

important factor to choose a service. An expected shorter waiting time is the main reason for the GP option (an ODC in this case). A good explanation about the disease and the treatment by the doctor is the major reason for the ED option, followed by easy access, immediate technical examination and delay for the payment.

- Within the same sample, a market simulation was based on a computer-aided discrete choice experiment. The prediction of demand demonstrated a higher preference for the GPs' ODC. A shift from the others after-hours options towards ODCs could be possible, mainly if communication strategies are implemented to increase the population awareness.
- The implementation of an ODC in the city of Turnhout in 2006 was used to perform a prospective before/after study. The study included 5149 patient encounters (2298 in 2006 before the setting up and 2857 afterwards). This study shows an increase in the number of patients calling the GP (as compared to the former rotation system) and a stability in the number of patient seeking help at the ED. Less trauma cases at ED, less ED arrival by ambulance and less home visits are also noted after the ODC setting up.

8.1.2. *Evaluation tools for activities during after-hours periods*

In 2005, a study (UCL-KUL) was carried out to provide supportive tools (quality indicators) to the circles for their after-hours organization¹⁰⁸. Three sources of information were used: stakeholder's interviews; brainstorming (about 60 persons in charge of after-hours services), literature search. An amount of 71 critical quality criteria (CQC), in 7 categories, are the results. Among the covered issues, the authors outline:

- After-hours service seems to be "the ownership of GPs". The implication of non medical staff in the organization, management or triage is not recommended by the participants.
- Defining concrete task for the after-hours service in general practice is important for the relation with the patients and with the emergency department.
- Recording of epidemiological data is relevant and feasible. The medical data can pass on to other physicians but not to authorities.
- Data recording and analysis to improve after-hours service.



- A logistic organization with a good localization and a patient-oriented care is an asset. The triage can be done by the GP him/herself.
- The organization of the circles can give quality guarantees, manage the errors in the data collection and handle complaints.
- The circles claim to be ready for collaborating with emergency departments, primary care services and the police.
- A financial and/or logistic support is necessary for the future and could be a part of an authorities' plan with 6 issues :
 - o The setting-up of after-hours centres, visible and accessible.
 - o The promotion of appropriate after-hours service' utilization in patients.
 - o A high-quality electronic recording of data.
 - o The redaction of local scoreboards with data.
 - o The after-hours service' management by professionals with checklists, support staff, and good geographical localization.
 - o The development of national and regional quality criteria.

8.1.3. Study about security of self-employed professionals

In 2006, the Ministry of Home Affairs carried out a study about the needs and skills of self-employed professionals with regard to the security problems¹⁰⁹. Among this group of professionals, 4 were known as particularly at risk: jewellers, general practitioners, pharmacists and filling station managers. The analysis of 156 face-to-face interviews with GPs provides these results:

- More than 10% of the interviewed GPs had suffered from physical abuse or physical threats during their job (17/156);
- The GPs stated that the risk for being victim of violence in the next 12 months is very high (10%) or high (26%) during the after-hours service.
- The most frequently quoted cause of insecurity feeling is the visits to unknown patients (59%). Experiences from others professionals (52%), possession of an important amount of money (42%) and possession of required medicaments/products (39%) came next.

- The after-hours service is the time when GPs feel insecure (41%). It is followed by evening consultations and visits (35%) and encounters with unknown patients (22%).
- The feeling of security is encouraged by a surgery adjacent to the dwelling place (41%), by the system of organized-duty centres (40%) and by the group practices (39%).
- Nearly half of the GPs have taken preventive measures (44 %).

8.1.4. State and prospects of general practice organization in the province of Luxembourg

In 2007, the hygiene inspector of the province of Luxembourg (Federal Public Service – Public Health) performed a survey by questionnaire among 400 registered GPs¹¹⁰. Some items concerned the after-hours services. Among the 226 GPs who answered, 176 were active GPs (90% of them participated to after-hours service). Each one has about 8 complete week-ends (or 17 X 24H) on call per year. Only a quarter of these GPs never feel insecure during the after-hours service (8% for female GPs and 35% for male GPs). Only 37% of the GPs would opt for a participation in after-hours service if they had the choice. In this sample, 72% take part in week after-hours service (particularly female GPs, young GPs and GPs working in association).

8.1.5. Work during "deep nights"

GP researchers provided figures of after-hours activities in their geographical area with a focus on the work at night.

8.1.5.1. Figures from Waremme

In 2008, an analysis of the after-hours activities has been performed by the GP Society of Waremme and surroundings¹¹¹ (SMWE). The after-hours services in this area concern 40 GPs (among the 43 GPs) and 37 762 inhabitants. The analysis focused on 2976 encounters (77% of registration):

- The majority of encounters were visits (61%), 26% were a consultation at the surgery and 12% consisted of information. The most severe outcomes were a referral to an hospital emergency department (6%), a call to the Emergency Medical service (1%) and



death (1%). Most encounters were managed by the GP only without any additional action.

- During the “deep night” (11 pm to 7 am), the estimated amount of encounters was less than 2 for the 3 GPs on duty (72% are visits). These encounters represented 3.8% of all calls. The night encounters lead more frequently to a referral to a hospital emergency department (11.4%), to a call to the SMUR (7.8%) and death (5%).

The SMWE outlines the need of an after-hours service reform with the following proposals:

- To cancel the deep night after-hours service for GPs. Among 29 GPs from the association, 18 are against duty during deep night.
- To merge several areas.
- To create a media campaign about the appropriate use of after-hours service.
- To ask the GPs to sensitize their patients about this appropriate use.
- To set up organized-duty centres (ODC).
- To professionalize the after-hours service.

8.1.5.2. *Figures from the arrondissement of Dinant*¹¹²

Similar figures have been found for night visits (9 pm-8 am) in the GP circle of the “arrondissement” of Dinant. A total of 549 GPs provided a report on the number of patients they saw during the night. Each GP had a mean number of patient contacts equal to 0.81. 290 GPs did not have had any contact during the night, a finding in line with the data analysis in 4.1.4.

8.1.6. *Perceptions of GPs of after-hours work*

In 2009, a survey was carried out by the GP’s association forum (FAG) among the 65 French speaking GP circles¹¹³. Thirty-two circles answered, representing 154 after-hours geographical sectors (2219 GPs, 3 059 727 inhabitants). The objective of this survey was to assess the perception of the after-hours services in GPs and to examine the possibilities for improving after-hours care.

- The after-hours services perfectly run for nearly half (47.4%) of the 154 GP circles.

- There were problems with the GPs’ participation:
 - o Age pyramid (80.3%)
 - o Shortage of GPs (35.0%)
 - o Medical certificate to avoid being on call (32.9%)
 - o GPs not assuming their responsibility regarding after-hours service (15%)
- The recurrence of periods on call was too high for one third (33.8%) of the circles. It diverted young GPs from setting up in difficult areas (63.9%). Merging sectors could be a possibility for decreasing the burden of after-hours duties (75% from 28 GP circles).
- The number of patient-doctor encounters during AFS seemed satisfactory for the majority of the GP circles (73.1%). It was considered too small for 16.8% and too high for 10.1% of them (total n=119).
- The proportion of visits versus consultations was 50.5% vs 49.5% during the day and 84.9% versus 15.1% during the night.
- A single phone number seemed to decrease the number of calls.
- The GP’s travel was considered justified for half of the visits according to the participants.
- A quarter of the GP circles experienced security problems (mainly verbal aggression). The GPs felt insecure in 7.7% of the situations, sometimes insecure (65.4%) and safe 26.9% (n=26). Otherwise, most of them felt respected by patients (82.7%).
- The proportion of outstanding payments was 8.2% (but 20.3% during the night visits).
- The fees were considered appropriate for half of the GP circles with regards to WE consultations and WE visits. Percentages were slightly lower for evening visits (42.3%) and higher for night visits (57.7%). Less than a quarter of the circles who answered to the question (23.1%, n=26) deemed “availability” fees to be appropriate.
- The third-party payment is used in 11.6% of cases and it should be not encouraged according to three quarters of the circles.



- The after-hours service has to be compulsory (WE 24/24 and week nights) for 46.7%. A referral to hospital emergency between 0 and 7 a.m. is a possibility for 64.3%. Merging areas during nights could be another possibility (74%) (n=28).
- The ACIOD^c ("Abolition du Caractère Inconditionnel de l'Obligation de se Déplacer") should become legal for 85.7% and supported by a social taxi for 75% (n=28).
- The TASRE^d ("Triage des Appels Sous la Responsabilité de l'Etat") is known by 82.8% of the circles and considered as important for 69% (n=29).
- The call of volunteer GP is appropriate for 55.6% of the circles in rural areas (n=27) (and realistic for 35.7%). It is appropriate for 73.9% in urban areas (n=23) (realistic for 60.9%).
- The setting up of ODC is a solution for 65.4% of the circles (total n=26): 90.9% for urban areas (n=22) and 64.3% for rural areas (n=28).
- Two thirds of the circles suggested that the improvement of Impulseo I is a possibility for increasing the setting up of young GPs. The improvement of the GP training is another possibility to help to solve the after-hours service problem (85.7% of 28 answers).

8.1.7. Search for optimal solutions in two provinces (*Instituut voor Mobiliteit*)

In 2009 and 2010, the "Instituut voor Mobiliteit" of Hasselt provided 2 studies on after-hours care in general practice in the provinces of Limburg and Luxembourg in collaboration with the GPs from the provinces¹¹⁴. The common statement was the decreasing number of GPs in both provinces. In particular in some areas of Luxembourg, the number of active GPs will fall from 355 in 2010 to 227 in 2020. The mean age of GPs will increase from 49 to 52.7 years. The number of patients for each GP will increase by 26% (from 1028 to 1608).

^c ACIOD = Obligation to perform home visits when requested.

^d TASRE = Triage of calls in State's charge.

In the province of Limburg also, the number of GPs will fall from 716 now to 446 in 10 years (with an increasing median age from 47 to 50 years). The average number of GPs per inhabitants (for a constant population) will decrease from 1.01 to 0.63.

Two options are proposed for the future in order to ensure the continuity of GP after-hours service. The first one is merging the sectors. This solution is more difficult to implement in the province of Luxembourg where the sectors are more extensive than in the province of Limburg, with a lower density of population. There is also a disparity between the sectors in relation to the burden of after-hours work per year (and a lower attraction of these areas for young GPs). This proposal is therefore not sustainable as a long-term solution.

The second possibility to solve the problem is the creation of ODCs at strategic places. The study carefully analysed the best place to implement those centres taking account of the density of the local population, the available GP human resources and the distances (and duration of journeys). Many scenarios have been considered for the province of Luxembourg with different numbers of centres (from 1 to 7) at variable places. Each option has been proposed with consequences for the patients (travelling time) and for the GPs (number of duty days or week-ends per year).

However, many solutions are hampered due to the borders between the GP circles. The most relevant solutions are those that do not take account the current borders between GP circles.

8.1.8. Summary of the research findings

Researches provide statistics and data about the problem of after-hours e.g.:

- The profile and perception of the patients who consult during after-hours periods GPs or emergency departments;
- The perception of GPs;
- After-hours service is perceived as a burden by many GPs and might give them an unsecure feeling;
- Some figures highlight the number of patient contacts by GP during the nights, with a mean of less than one per night;



- Studies also highlight a more acute problem in some specific areas; the number of active GPs in after-hours service decreases in some areas and this trend could be more marked in the future with the ageing of the GP and the lack of setting up of young GPs.
- Researches also suggest solutions for the future and analysed how the GPs perceive them. In particular the setting up of ODC is an option supported by several researchers.

8.2. Appendices: statements of professional associations

8.2.1. *Synthesis note of the working group “after-hours” (Federal GP Circles Council)*

The Working Group on after-hours service (AHS) proposed a consensus document¹¹⁵ based on the opinions formerly expressed by Domus Medica and by the Forum des Associations de Médecins Généralistes.

The document underlines the importance of the GP circles in the organization of AHS and the need for efficient collaborations with local hospital and emergency services. The main principles and solutions proposed are the following ones:

- To create ODCs:
 - Mean (not aim) to optimise the organization of GP AHS;
 - Needs financial support;
 - Management by the GP circles.
- To encourage the patient's transfer (versus GP home visit): organization of affordable transport by the authorities, public campaigns;
- To include a minimum of 13 GPs when organising duty periods in a given area;
- To include specific regulations in the GP circle rules in relation to duty periods: in particular decisions with regard to exemptions should be carefully examined;
- To follow the current Authorities' projects in relation to unique call number and triage;
- To guarantee the GP's safety during duty periods;

- To heighten public awareness in relation to the correct use of duty services;
- To find alternatives to the requisitioning of GPs on duty by the police;
- To consider measures to alleviate duty periods during the deep night;
- To increase the fees for consultations and visits during after-hours periods.

Some proposals require changes in the legislation. If all available solutions are not successful, it is suggested that exceptional measures should be submitted by the GP Circle to the Minister after approval by the Federal Council.

The consensus document of the working group on AHS relies e.g. on statements formerly issued by the Flemish (Domus Medica) and French-speaking (Forum des Associations de Médecins Généralistes) GP associations. These statements are summarised below.

8.2.1.1. *Document from Domus medica*

Domus Medica is a Flemish organization of GPs, comprising a scientific and a scientific wings. The official document stresses the GPs obligation to ensure the continuity of care and the after-hours services. Domus Medica is opposed to the abolition of GPs' AHS, although they outline the necessity to facilitate and support this mission in the future. Domus Medica promotes the GP circles' role in the after-hours issues and proposes a list of solutions classified in 4 categories:

- Category 1 : Solutions that do not require any particular measure
 - Merging of geographic areas (mainly during the night) leading to a decrease of the AHS recurrence and a greater workload for the GPs on duty;
 - Time slot of 12 hours providing time for family and social activities during the WE;
 - Revision of the age limits to avoid discrimination (GP who work during weekdays can also work during the WE);
 - More severity as regards exemptions from duty services. The feasibility of a part-time participation in the AHS should be considered;



- o Decrease of GP home visits (and workload) by recommending patients to consult the office (or ODC);
 - o Recruitment of “volunteer GPs” from others areas.
- Category 2 : Solutions that require financing measures
 - o Budget and organization support to set up ODC;
 - o (in combination with) Home visits with driver;
 - o Social taxis for specific situations;
- Category 3 : Solutions that require changes in law
 - o Revision of the obligation to perform any home visit that is requested by the patient (day or night);
 - o New status of “volunteer GPs” who do not fill the conditions for being licensed and accredited;
 - o Cessation of the police requisition to suppress this supplementary workload during AHS.
- Category 4 : implementation of the project 1733 that combines emergency medical aid and GPs AHS with a central dispatching for the triage. The responsibility issues of this system have to be solved.

8.2.1.2. Document from the FAG

The FAG (Forum des Associations de Généralistes) groups the French-speaking GPs' circles and associations. This Forum proposed 10 key issues to support the reform of after-hours in general practice.

- Redefinition of the term “duty period in GP”, i.e. the continuity of care in opposition to answers to emergency situations;
- Revision of the number minimum of GPs to mobilized/1000 patients: today too many physicians are mobilised during the night.
- Definition of the maximum threshold of recurrence per year:
 - o Week-ends/public holidays: 8 X 24h;
 - o Weekdays 15 X 13h.
- Abolition of the obligation to perform any home visit when requested (ACIOD). It is preferable to keep home visits for the few patients that need it. A change in this law should allow the merge of areas and a decrease in the frequency of duty periods.

- Triage of calls under State's responsibility (TASRE) : to allocate the best solution according to the patient's medical need (visit, consultation, emergency service);
- Recruitment and license for GPs who help in the organization of AHS (even if they are not set up in their own practice);
- New calculation of the lump sum paid to GP circles for duty periods. The current system is based on the population density and penalizes rural areas;
- Support of the ODC by the authorities;
- Exceptional measures to be applied after failure of the previous solutions, after the advice of the FCGPC. An example is an agreement with an emergency department for AHS during the deep night periods.
- Specific measures to ensure the GPs security during duty periods (e.g. driver).

8.2.2. Statements from associations of young general practitioners (Jong Domus and SSM-J)

8.2.2.1. Statements from the Flemish association Jong Domus

Summary

Jong Domus is the association of young GPs, a wing of Domus Medica. They made three concrete proposals to keep the AHS as a challenging and interesting GP's mission and to combine it with the private life:

- Organization of an after-hours service during the weeks' nights by the GP circles in all regions to limit the evening workload. An agreement between geographical areas might facilitate the organization of these duty periods in particular in large geographical areas;
- Splitting up duty periods during the week-ends:
 - o Minimum 2 separated days of 24 hours.
 - o When possible, ODC is an efficient way to provide GP care to the population. ODC allow more contacts with patients and the participation of less fit/older GPs to the AHS.
- AHS exemption for pregnant women, mainly for home visits and duties during the nights.



Samenvatting

Jong Domus, vereniging van jonge huisartsen (v/m) binnen de Domus Medica, heeft drie voorstellen voor de wachtdienst om het uitdagende en interessante beroep van huisarts beter te combineren met het privé-leven (October 2010).

- De avondlijke belasting van het beroep beperken door het instellen van een weekwacht in alle regio's. We vinden dat dit in de eerste plaats de huisartsenkring hier een organiserende taak te vervullen heeft. In meer uitgestrekte Vlaamse gebieden of in bijzondere plaatselijke gevallen kunnen ook afspraken tussen enkele huisartsenpraktijken over een gedeelde weekwacht hieraan tegemoetkomen (een situatie die overigens administratief kan ondersteund worden door Impulso II)
- Zeker in streken met druk bevroegde wachtdiensten is het noodzakelijk dat de wachtdienst in het weekend opgesplitst wordt in delen (ook dit is een zaak voor de huisartsenkring):
 - o Minimum 2 afzonderlijke dagen van 24 uur (...);
 - o Waar mogelijk is een huisartsenpost een efficiënte manier om huisartsgeneeskundige zorg aan de bevolking beschikbaar te maken, waarbij door de hogere hoeveelheid raadpleging ook oudere collega's, huisartsen met medische problemen kunnen participeren aan de wachtdienst.
- Zwangere huisartsen dienen volledig vrijgesteld te worden van wachtdiensten, vooral van de ermee gepaarde huisbezoeken en nachtdiensten. Overdag en op raadpleging kunnen ze, zolang ze praktijkvoeren, wel meedraaien in het systeem (...);

8.2.2.2. *Statements from French-speaking association SSM-J*

Summary

The SSM-J asks for the respect of the GPs' private life and solutions to maintain a sufficient manpower by an extensive network of GPs. This association supports 4 promising solutions:

- Abolition of deep night duty (between midnight and 8 am) is the most important issue for the SSM-J;

- Abolition of the obligation to perform any home visit when requested (ACIOD);
- Triage of calls under State's responsibility (TASRE);
- Setting-up of ODC that offer many advantages e.g. safety, solidarity between GPs, common organization.

Résumé

Pour la SSM-J, l'évolution de la garde en médecine générale devrait apporter la reconnaissance d'une vie privée pour les médecins traitants et (...) assurer un réseau de médecins généralistes raisonnablement large pour couvrir, au mieux, le territoire belge.

Pour parvenir à cet allègement, la SSM-J pense que les solutions suivantes sont les plus prometteuses :

- Abolition du Caractère Inconditionnel de l'Obligation de Déplacement (ACIOD) (...);
- Le Tri des Appels Sous la Responsabilité de l'Etat (TASRE) : Indispensable pour soulager les médecins traitants mais, également, pour ne pas submerger les urgences dans un système sans nuit profonde (...).
- Suppression de la nuit profonde (garde entre minuit et 8 heures) : il s'agit du point le plus important pour la SSM-J.
 - o La suppression de la nuit profonde est le seul critère garantissant le respect de la sphère privée du médecin de famille. De nombreuses études soulignent à quel point l'absence de limite entre le professionnel et le privé est source de l'épuisement, voire du burn-out, des praticiens (...).
 - o Attention, la suppression de la nuit profonde ne signifie pas suppression de la garde. En effet, il faut maintenir un accès aux soins en soirée jusqu'à minuit et le week-end ou jours fériés, entre 8 heures et minuit.
 - o Il n'y a pas d'intérêt à maintenir un médecin généraliste de garde dans un système où le nombre d'appels de nuit est insignifiant (surtout avec le TASRE) et où la balance bénéfices – inconvénients penche en faveur d'un épuisement au travail, de dépenses pour l'Etat plutôt qu'en faveur d'une réelle plus-value



- en terme de santé publique. La modification des horaires de garde amènera les patients à changer leurs habitudes d'appel (...). Les urgences (menace sur le pronostic vital à court terme) sont du ressort des services d'urgence.
- o Par ailleurs, en supprimant la nuit profonde, l'obligation d'habiter sur le secteur où l'on travaille ne serait plus de mise. Dès lors, on pourrait imaginer que de jeunes médecins viendraient regonfler les rangs de zones rurales souffrant de pénurie, tout en habitant en ville (...).
- Création de postes de garde (...)
 - o Les postes de garde rassemblant suffisamment de médecins permettent aux zones en difficulté de proposer un service de soins après les heures de bureau. Leur mise en place donne une solution rapide à un défi devenu imminent.
 - o Ils pourraient améliorer la sécurité des médecins dans les zones à risque. De plus, ils mettent à disposition tout le matériel médical nécessaire en garde.
 - o Au-delà des aspects purement techniques, la création des postes de garde souligne le besoin de solidarité entre généralistes. Cependant, il est décevant de voir que ce jeu d'équipe ne prévaut encore trop souvent que pour les gardes (...).
 - o Par ailleurs, l'optique d'une consultation gratuite (ou presque), dans les postes de garde, nous apparaît comme contreproductive, si ce n'est délétère. Cette gratuité incitera à la surconsommation (...).
- La liberté pour chaque cercle de choisir son propre modèle de garde...
- Une réflexion sur la protection des médecins et de leur santé ainsi que la reconnaissance des limites humaines de chacun d'entre eux.
 - o Réflexion qui devrait faire l'objet, par la suite, d'un chapitre dans le code de déontologie médicale belge. Le surmenage du médecin ne fait-il pas courir un risque aux patients ?
 - o Réflexion qui devrait également se traduire sur un plan légal.

- Le rôle plus important des cercles dans la gestion des ressources humaines nécessaires au maintien d'une médecine de famille de qualité en journée via :
 - o L'estimation, par chaque cercle désireux d'attirer de nouveaux praticiens, du nombre de médecins nécessaire au bon fonctionnement de ses secteurs.
 - o La mise en place d'une structure régionale faisant connaître ces secteurs « demandeurs » et leurs « places vacantes » auprès des assistants et jeunes généralistes.

8.2.3. *After-hours care: on the agenda of the unions*

Two official unions represent the physicians in Belgium, the Belgian Association of Medical Unions (BAMU) and the Belgian Union of General Practitioners (BUGP). Both associations have issued before the 2010 elections a document that summarizes their point of view in relation to the after-hours in general practice. Some issues only are mentioned in the following paragraphs but the complete documents are available on the websites of the unions.

The BAMU supported the high increase of after-hours fees, the creation of the availability fees and the creation of organized duty centres. This union envisages as well the recruitment of "volunteer" professionals to ensure after-hours service. The status of those professionals warrants further attention. According to the BAMU, the financial issues will be discussed with the public authorities but the disparity between local situations is a difficulty.

In 2015 prospects, the BUGP also confirms its support to the various after-hours initiatives taken these last years (e.g. organized duty centres, availability fees, increase of after-hours fees, after-hours organization by the GP Circles). This union advocates for the abolition of the obligation to perform any requested home visits, the calls' centralization, the abolition of duty obligation during the deep night periods, the "social taxi" for the transport of patients at an affordable price.

According to the unions the AHS problem requires (financial) interventions from the public Authorities, including the municipalities and provinces.



8.2.4. *After-hours in general practice : also an issue in the surroundings of Brussels*

MEDIRAND vzw is an association of Dutch speaking GPs around Brussels. In November 2010 they organized a congress whose main issue was the organization of after-hours.¹¹⁶ The main results of the workshops highlight similarities between the GPs' suggestions from this urban area and the statements summarised above:

- Possibility to offer a new status to GPs who would perform work during after-hours periods only;
- Necessary agreement between the different stakeholders i.e. first line and emergency services;
- Positive opinion on ODC centres and triage system;
- Need for raising public awareness on the use of appropriate after-hours services.

8.2.5. *Summary: statements of the associations*

Various propositions have been issued by the professional organizations in Belgium with regards to after-hours. A common statement has been recently issued by the working group on after-hours from the federal Council of GP circles. Important issues raised by the GPs are:

- The importance of organized duty centres as a solution for the future;
- The definition of criteria to ensure a recurrence of duty periods that is compatible with the GPs' quality of life;
- The calls' triage under the State's responsibility;
- Solutions that decrease the recurrence of duty periods whilst increasing their efficiency (e.g. merging geographical areas during the night);
- Solutions that guarantee the GP's safety.

Those proposals imply changes in the current legislation and require a support from the GP circles whose mission is to promote the best solutions adapted to the local situation.

8.3. Appendices: case reports of Belgian initiatives

The chapters below display illustrations of some local Belgian initiatives set up to solve the problem of after-hours in general practice. These summaries are based on the available documents completed and validated by interviews of main responsible persons.

8.3.1. *SOS Médecins*

8.3.1.1. *Historique*

La mise sur pied de SOS Médecins est le résultat d'une histoire individuelle, celle de son fondateur Didier du Boullay. La vision d'un film (« Clé sur porte ») en 1980 suivie d'un mois de stage chez SOS Médecins à Paris ont été les éléments principaux ayant mené à la création le 8 mars 1983 de l'asbl SOS Médecins à Bruxelles. L'investissement financier de départ provient de 2 médecins. Une société sprl (transformée depuis lors en srl (société coopérative à responsabilité limitée) a dû être créée parallèlement à l'asbl afin de fournir les moyens médicaux pour pratiquer la médecine. SOS Médecins a commencé avec 5 médecins (8 interventions le premier jour) et couvrait déjà le grand Bruxelles (42 communes).

8.3.1.2. *Organisation générale*

SOS Médecins est un service de garde de médecins généralistes sur la région Bruxelloise. Les médecins se déplacent au domicile du patient sur un simple appel téléphonique à la centrale et cela dans l'heure qui suit l'appel, sauf en cas d'épidémie. Le service est disponible 24 h/24 et 7j/7.

Pour les patients qui demandent à pouvoir se déplacer, SOS Médecins renseigne un autre service de garde tel le C.M.G.U. (à côté des urgences de l'hôpital St Luc), Medinuit ou Athena.

Initiateur

Deux médecins généralistes partenaires.

Représentant autre que médecins généralistes : aucun

**Place, Population**

Milieu urbain : toutes les communes de la Région Bruxelles Capitale (19 communes) et également Tervuren (en partie), Kraainem, Wezembeek-Oppeem, Woluwé-St-Etienne, Haren, Itterbeek (en partie), Meise, Ruisbroek, Neder-Over-Heembeek, Strombeek-Bever, Diegem, Zaventem (en partie), Vilvoorde (Koningslo), Grimbergen, Wemmel, Zellik, Dilbeek, Grand-Bigard, Drogenbos, Linkebeek et Rhode-St-Genèse.

8.3.1.3. Ressources humaines**Médecins généralistes**

Les 25 médecins qui travaillent chez SOS Médecins sont des médecins généralistes qui travaillent généralement uniquement pour SOS Médecins. Les médecins en service sont appelables à la demande. Lorsqu'ils sont de garde, ils doivent être localisés dans un lieu proche de la zone de garde. Ils utilisent leur propre véhicule et leur matériel médical (ECG compris). Les médicaments et les disposables sont fournis par SOS Médecins.

Le fonctionnement se fait par « ligne » : dès qu'une ligne est dépassée, on appelle la suivante. Deux médecins couvrent la nuit à partir de 01h du matin même si souvent, en pratique, un seul travaille. Le fonctionnement normal de jour nécessite en moyenne 5 à 6 lignes même s'il est déjà arrivé d'en mobiliser une quinzaine simultanément. Pour éviter les ruptures, les changements de médecins se font à des heures différentes pour chaque ligne.

Les créneaux horaires sont adaptés à l'ergonomie physique et physiologique des êtres humains ainsi qu'au flux des appels:

- Nuit : garde découpée en 2 créneaux : 23-5h et 5-9h.
- Jour : longues gardes proscrites et horaires un peu à la carte : 6-10h, 7-12h, 8-13h...

Premier contact

Un numéro d'appel unique : 02/513.02.02. L'adresse e-mail ne permet ni de fixer un rendez-vous ni de recevoir des conseils médicaux.

Le téléphoniste prend les renseignements nécessaires, y compris certains renseignements personnels afin de permettre au dispatcheur spécialement formé de déterminer le degré d'urgence de l'appel. Le dispatching

informatisé donne au médecin le plus proche l'adresse du patient par l'intermédiaire de PDA avec fonctions data permettant toutes les fonctionnalités de communication et de localisation : message d'arrivée sur place, de fin de visite, d'alerte, transmission numérisée du rapport au dispatching, implémentation des données médicales, etc.

Administration

16 personnes assurent le standard et le secrétariat ; cela correspond à environ 10 ETP. La nuit, une seule personne assure le standard contre jusqu'à 5 en même temps la journée. Les personnes du standard ne donnent en aucun cas de conseils médicaux.

8.3.1.4. Infrastructure**Bâtiment**

Le bâtiment qui abrite le personnel administratif est loué.

Installation médicale

(N.A.)

Fourniture médicale

Achat de médicaments d'urgence et de disposables.

Matériel informatique

Achat du logiciel de SOS Médecins France. Ce logiciel très performant permet de gérer de nombreux appels et d'encoder de nombreuses informations pour chaque appel, y compris la raison de l'appel en codes ICP10.

8.3.1.5. Fonctionnement

Cf. ci-dessus : Standard accessible 7 jours/7 et 24h 24 au 02/513.02.02.

Pour les questions administratives, le secrétariat est ouvert du lundi au vendredi de 9h à 17h au 02/512.48.97.

8.3.1.6. Réseau**Hôpitaux**

Aucun accord particulier avec les hôpitaux du territoire bruxellois.



8.3.1.7. *Evaluation*

Evaluation

Aucune évaluation formelle : en moyenne 400 contacts téléphonique/j et 100 interventions/j, environ 36 000 interventions/an.

Rapport existant

Un rapport fourni récemment à la FAMGB.

8.3.1.8. *Budget*

Sources de financement: structure / honoraires

La seule source de financement provient de la rétrocession par les médecins de garde d'une part des honoraires perçus. Ce montant est fixe (11 euros), que cette visite ait eu lieu la journée ou la nuit.

SOS Médecins reçoit par ailleurs 6 honoraires de disponibilité/24 heures. Il reverse ces honoraires à chaque médecin en fonction de son prorata d'heures prestées.

Dépenses

- **Ressources humaines**

Poste le plus important : près de 65% du budget y sont consacrés

- **Autres dépenses**

- o Mobilier/Equipement de bureau : 10 %
- o Frais de téléphone : 10 %
- o Frais de fonctionnement : 10 %
- o Matériel médical : médicaments et délivrables : 5 %

- **Synthèse: coûts – revenus du budget 2010; prévision 2011**

- o Aucun subside n'est alloué à la structure
- o Budget annuel : 400.000 €

8.3.1.9. *Forces du système*

- Grande disponibilité : 24H/24, 7J/7.
- Grande accessibilité : numéro d'appel unique pour 42 communes.
- Information du médecin traitant.

- Enregistrement et gestion des appels par un système informatique performant.
- Médecins professionnels de la garde, ne faisant que ça pour la plupart.
- Mobilisation variable des ressources humaines en fonction de la demande (« lignes »).
- Fiabilité dans le temps (existence depuis 30 ans).
- Grande expérience.

8.3.1.10. *Faiblesses du système*

- Réponse à la demande versus continuité des soins.
- Perception de concurrence par certains médecins généralistes bruxellois, en diminution actuellement.
- Risque de débordement du système en cas d'épidémie, comme pour tout système de garde de médecine générale.
- Médecins professionnels de la garde et donc pas experts de la « vraie » médecine générale ; certaines lacunes sont possibles.

8.3.1.11. *Perspectives*

- Création de S.O.S Médecins dans d'autres villes de Belgique.
- Gestion par le siège bruxellois actuel de numéros uniques d'autres régions. C'est déjà le cas du Borinage pour lequel SOS Médecins gère les appels des WE, jours fériés et nuits de semaine. Des négociations sont actuellement en cours pour offrir ce même service aux régions de Namur, Chimay et Waremme.

8.3.2. *Unique call number and organized Duty Centre in Charleroi*

8.3.2.1. *Historique*

Plusieurs attentes étaient à l'origine de l'initiative de la Fédération des Associations des Généralistes de Charleroi (FAGC) concernant les gardes :

- Mettre en place un service de garde de médecine générale de qualité
- Sentiment d'insécurité des médecins généralistes en garde



- Eviter les problèmes lors des contact téléphoniques avec les patients ;
- Désengorger les services d'Urgences des hôpitaux de Charleroi ;
- Participation du médecin généraliste au plan catastrophe ;
- Diminuer la charge de travail des médecins généralistes de garde.

8.3.2.2. Organisation générale

Initiateur

Fédération des Associations des Généralistes de Charleroi (FAGC)

Représentants autres que médecins généralistes

- La création et le fonctionnement d'Allo Santé est assuré grâce à l'investissement de fonds propres de la Coordination des Soins à Domicile de la ville de Charleroi (SCSAD) et des cercles de médecine générale de la région de Charleroi (FAGC) et de la région du Centre (FMGCB), via les subsides du numéro d'appel unique (INAMI) et les cotisations des médecins généralistes de la région de Charleroi. A la base de ce financement on retrouve donc les associations de médecins, pharmaciens, kinés, dentistes, représentants d'aide familiale, services hospitaliers et CPAS.
- L'état fédéral par l'intermédiaire de l'INAMI (subsidiation annuelle) et les médecins généralistes par leurs cotisations participent financièrement au fonctionnement du poste de garde.

Place, Population

La FAGC répond aux besoins médicaux de 450.000 habitants répartis sur la région de Charleroi. Le territoire couvert a une superficie de 700km² et est divisé en 26 zones de garde, dont la majorité sont urbaines (plus de 500 hab/km²) : 17 urbaines, 7 semi-urbaines et 2 rurales.

8.3.2.3. Ressources humaines

Médecins généralistes

- 460 médecins généralistes actifs sur le territoire de la FAGC (360 réalisent les gardes)
- Les gardes de semaine sont assurées par 26 médecins généralistes (un par zone).

- Les week-ends et jours fériés, l'organisation varie selon le moment :
 - o La journée (de 7h à 19h) : un médecin par zone (26) + ouverture du poste de garde.
 - o La nuit (de 19h à 7h) : outre le poste de garde qui reste ouvert 24h/24, 3 médecins assurent les gardes pour tout le territoire (par un système de voiture avec chauffeur). 26 médecins se trouvent en « seconde ligne », c'est-à-dire qu'ils sont susceptibles d'être rappelés en cas de surcharge de travail ou problème éventuel.
- Visites:
 - o Nuits de semaine (10h) : 26 médecins (1 médecin par zone).
 - o Journées les week-ends et jours fériés (10h) : 26 médecins (un par zone).
 - o Soirées des week-ends et jours fériés (10h) : 3 médecins pour tout le territoire.
- Poste de garde :
 - o 2 à 4 médecins en journée, 1 à 2 la nuit.

Opérateurs téléphoniques

- 21 opérateurs occupent la permanence à horaire variable en 3 pauses:
 - o 7h00 à 14h30
 - o 14h30 à 22h00
 - o 22h00 à 7h00
- Le nombre d'opérateurs est variable selon la nécessité. Ils sont plus nombreux lors des week-ends et soirées (+ grosse charge de travail).
- Leur formation est réalisée par le personnel d'encadrement du SCSAD. Elle comprend 6 jours : 3 jours de formation théorique (utilisation du programme de la centrale téléphonique) et 3 jours de formation pratique (sur le terrain et accompagné par un « coach »).
- Certaines formations spécifiques sont aussi mises en place en fonction des besoins observés, p ex gestion de l'agressivité, dactylographie,...

**Administration Allo Santé**

- Un directeur administratif
- Un comptable
- Secrétariat + coordination : 2 ETP

Personnel du poste de garde

- 3 administrateurs délégués médecins
- 4 secrétaires mi-temps
- 4 infirmiers mi-temps
- Une coordinatrice ¼ temps

Autres

- Equipes de 4 chauffeurs avec véhicule qui accompagnent les médecins généralistes.
- 3 chauffeurs prestent les nuits de week-end et jours fériés.

8.3.2.4. Infrastructure**Bâtiment Allo Santé**

« Espace Santé » : location de locaux dans un bâtiment où sont centralisés une multitude de services médico-sociaux de la région de Charleroi.

Bâtiment du poste de garde

4 cabinets entièrement équipés en matériel et fournitures médicales, pour les médecins généralistes qui travaillent sur place (location des locaux).

8.3.2.5. Réseau**Collaboration Allo Santé – Poste de Garde**

Renvoi des patients vers le poste de garde: les opérateurs d'Allo Santé conseillent aux patients de se déplacer au poste de garde en priorité. Si cela n'est pas possible pour le patient, le médecin généraliste de garde se déplace à domicile.

Collaboration Allo Santé – Professionnels de la santé

Le service Allo Santé se veut volontairement proche de tous les partenaires médico-sociaux: infirmières, kinés, pharmaciens, dentistes.

Collaboration Poste de Garde - Hôpitaux

- Hôpitaux à proximité : Hôpital Civil Charleroi (100m), Hôpital A. Vésale (20km), Hôpital Van Gogh (20km), Notre-Dame Charleroi (500m), Hôpital Saint Joseph (5km), Hôpital Sainte Thérèse (5km), Hôpital Reine Fabiola (5km), IMTR (10km), Clinique Notre-Dame de Grâce de Gosselies (10km)
- Un accord de principe a été formulé : les services d'urgence des hôpitaux redirigent les patients qui peuvent être pris en charge par le poste de garde.
- Prise de sang : renvoi des prélèvements au laboratoire des hôpitaux
- Accès direct aux services techniques des hôpitaux pour les patients du poste de garde (sans devoir passer par les Urgences)

Autres

- Poste de garde : Envoi de rapports et des résultats et données médicales au médecin traitant (par Mexi)
- Visites à domicile : Création d'un carnet de liaison pour faciliter la communication entre le médecin de garde et le médecin traitant

8.3.2.6. Evaluation**Evaluation en cours**

Nombre d'appels reçus par mois au service Allo Santé en 2009 (tendances 2010 identiques) pendant les gardes de semaine (nuits) et de week-ends (jours et nuits). Total : 27.592 appels

Janvier :	3404	Juillet :	2031
Février :	2348	Août :	1932
Mars :	2143	Septembre :	2030
Avril :	2127	Octobre :	2330
Mai :	26	Novembre :	2202
Juin :	1986	Décembre :	2433



Nombre de visites à domicile effectuées de nuit lors des week-ends et jours fériés. Total : 5.117 visites

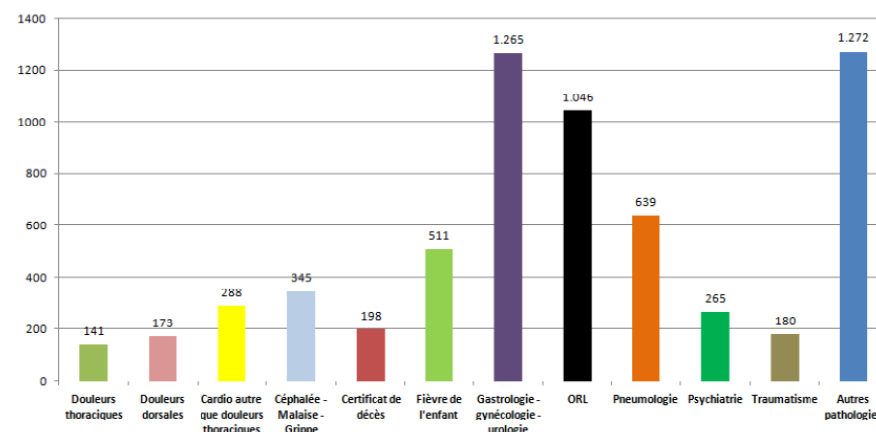
Janvier :	522	Juillet :	463
Février :	405	Août :	318
Mars :	372	Septembre :	336
Avril :	441	Octobre :	418
Mai :	577	Novembre :	432
Juin :	399	Décembre :	434

Nombre de consultations au poste de Garde pour l'année 2010 (journées et nuits de week-ends et jours fériés). Total : 9.046 consult.

Janvier :	924	Juillet :	770
Février :	697	Août :	553
Mars :	671	Septembre :	663
Avril :	773	Octobre :	806
Mai :	1031	Novembre :	713
Juin :	700	Décembre :	745

Les consultations de jour au poste de garde sont 4 fois plus nombreuses que les consultations de nuit. Sur une même période, les visites à domicile sont donc largement majoritaires par rapport aux consultations au poste de garde.

Répartition des visites par pathologie



Rapports existants

Rapport annuel de la FAGC, du poste de garde (SGMG) et rapport d'activité du projet 1733.

8.3.2.7. Budget

Sources de financement: structure / honoraires

- Numéro d'appel unique : financé sur fonds propres du SCSAD et de la FAGC, via subside du numéro unique (Charleroi et La Louvière).
- La ville de Charleroi finance une partie des frais de location des locaux, via le contrat de prévention et de sécurité.
- Financement du poste de garde par l'INAMI.
- Contribution individuelle de chaque médecin généraliste (260 €/an en 2010) qui assure la viabilité du système de garde.

Dépenses

- Mise en place matérielle et technique
 - o Allo Santé : 220.000€
 - o Poste de garde : 250.000 €
- Ressources humaines / an



- o Allo Santé : 520.000€ (opérateurs téléphoniques, gardes techniques et gardes des coordinatrices)
- o Poste de garde : 351.000 €
- Autres frais de fonctionnement annuels
 - o Allo Santé : 50.000€
 - o Poste de garde : 115.000 €
- Autres dépenses
 - o Prestataires poste de garde (Complément de revenu garanti, honoraires impayés, etc .) : 65.000 € / an
 - o Provisions : renouvellement du matériel du poste: 50.000 € / an

Synthèse: coûts – revenus du budget 2010; prévision 2011

1. Allo Santé :
 - En 2010 : Total des frais (fonctionnement sur 12 mois) : 570.000€
 - En 2011 : Prévision totale (sur base de 2010) :
 - o Coût ressources humaines : 520.000€
 - o Provisions pour remplacement du Matériel : 25.000€
 - o Autres frais de fonctionnement : 50.000€
 - o Total des frais 2011 Allo Santé : 595.000€
2. Poste de garde :
 - En 2010 : Total des frais (fonctionnement sur 12 mois) : 581.000 €
 - En 2011 : Prévision totale (sur base de 2010) :
 - o Coût ressources humaines : 360.000 €
 - o Prestataires : 65.000 €
 - o Provisions pour remplacement du Matériel : 50.000 €
 - o Autres frais de fonctionnement : 120.000 €
 - o Total des frais 2011 Poste de garde : 595.000 €

8.3.2.8. Forces du système

- Confort pour les médecins généralistes (sécurité, centralisation, moins de contraintes, allègement de la charge de travail) et les patients (facilité de communication, intervention de la MG via un seul

numéro, garantie d'une prise en charge de qualité, enregistrement des appels)

- Fédérer les MG et les secteurs sur un grand territoire: climat de convivialité et de dialogue (sortie de l'isolement professionnel).
- Ouverture vers les cercles et régions limitrophes. La centrale Allo Santé prend en charge les appels provenant de la région du Centre.
- Education des patients : comme en témoigne la fréquentation du poste de garde, ils se déplacent davantage.
- Garde technique assurée 24h/24 et 7jours/7. Le personnel gestionnaire du système Allo Santé est toujours disponible afin de résoudre les éventuelles difficultés et problèmes urgents.
- Reconnaissance de l'apport de la FAGC par les médecins généralistes, autorités communales et services hospitaliers.
- Proximité du système avec les autres disciplines médicales et paramédicales (intégration).

8.3.2.9. Faiblesses du système

- Financement structurel émanant des pouvoirs politiques : insuffisant. La pérennité du système dépend :
 - o des subsides émanant des pouvoirs publics justifiés par le service à la population
 - o des cotisations individuelles des médecins généralistes au système de garde (260€/an)
- Augmentation prévisible de la participation individuelle des médecins membres de la FAGC en raison de la diminution démographique des généralistes. Il apparaît anormal qu'un médecin généraliste doive participer financièrement au fonctionnement d'un service au public.

8.3.2.10. Perspectives

- Pérenniser le service de numéro d'appel unique (33.33.33).
- Améliorer la qualité de la garde de médecine générale.
- Etendre le système de garde du week-end, qui a prouvé son efficacité, à l'ensemble de la semaine.



- Prévoir des subsides supplémentaires pour l'extension de ce système en semaine (avec multiplication des postes de garde).
- Mettre en place un fonctionnement efficace du 1733 dans le tri des appels en collaboration avec le numéro d'appel unique.

8.3.3. ODC post Meuse et Samson

8.3.3.1. Historique

Plusieurs problèmes sont à l'origine de l'initiative du cercle Meuse et Samson concernant les gardes :

- Diminution de la densité médicale avec le temps (de 19 MG à 7 MG en 25 ans pour 15 000 habitants) ; surcharge des MG andennais, surtout le W-E. En semaine, présence de MG des communes limitrophes limitant la surcharge ;
- 1^{er} hôpital situé à 15 Km
- Population se déplaçant peu, trop habituée à être « assistée »...
- Action en justice en cours contre une collègue qui refuse de participer à la garde depuis plusieurs années pour raison de faillibilité. Si cette collègue était reconnue dans ses revendications, ceci créerait un précédent et inciterait bien d'autres confrères du cercle et d'autres cercles, à se faire produire le même type de certificat, avec le grand danger d'une désorganisation encore plus dramatique de la garde de médecine générale.

8.3.3.2. Organisation générale

Création en mars 2010 d'un poste de garde (PG) uniquement pour W-E et Jour fériés.

Initiateur

Cercle Médical de Meuse et Samson (CMMS)

Représentant autre que médecins généralistes (cercle, hôpital, Ministère...)

- Le Cercle
- L'INAMI
- La province
- Les communes concernées

Place, Population

- Fusion de 3 secteurs de gardes pour les WE et jours fériés : 27 MG pour 35 000 habitants et un diamètre de 30 KM
- Milieu semi-rural, rural (population ouvrière ayant subi un délabrement industriel jusqu'il y a peu puisque zone industrielle actuellement en réhabilitation avec arrivée de nouvelles entreprises
- Niveau social relativement bas

8.3.3.3. Ressources humaines

Médecins généralistes

- 27 MG actif
- 1 dizaine de médecins extérieurs, appelés «gardistes volontaires» (uniquement pour la nuit des W-E et jour férié)(de tous âges), recrutés par petites annonces dans journaux médicaux et par bouche à oreille + 1 Médecin du travail
- Créneaux de 12 heures : 8-20H : 2 MG (1 fixe et 1 volant) + 1 accueillante
- 20-8H : 1 MG seul (visite à domicile surtout)
- Limite du nombre de plages de garde à prester par MG définies dans le ROI (Art. 9) :

Par souci de sécurité tant pour le médecin que pour le patient, un médecin ne pourra être contraint à assurer plus de :

- 12H de garde de jour ou 1 nuit de week-end, par mois
- 1 nuit de semaine en secteur par 2 semaines
- 12H de permanence d'affilée.
- Pour les mêmes raisons, la durée maximale de garde consécutive autorisée est de 24H.

Premier contact

- Téléprouam, le service de télévigilance de la province de Namur gère les déviations des 3 numéros des 3 secteurs. Avant de travailler avec Telepronam, le cercle a fait l'expérience d'un télésecrétariat professionnel mais a dû résilier le contrat, après 1 W-E



vu l'incompétence de celui-ci à gérer de manière appropriée les appels spécifiques d'une garde de MG.

- WE et les jours fériés de 8 à 20 H : une accueillante du PG répond au téléphone. Elles sont 9 accueillantes à tourner par créneau horaire de 6h30. Chacune assure une plage le samedi et une le dimanche par souci d'équité salariale. Leur formation est variée (1 infirmière, une TMS, 2 aides soignantes...).

Administration

- Comptable indépendant, payé en régie.
- Agence Intérim pour la gestion des 9 accueillantes (agence unique à Namur) : organise les horaires, les remplacements.... Avant ces accueillantes prestaient 12h d'affilée, ce qui est illégal.
- Nous avons donc adapté les horaires au prescrit légal (plages de 06.30) et adapté la commission paritaire (330 en place de la 337) au type de prestation (ASBL, prestation uniquement we et jf, éviter les trop grande disparités salariales entre les samedis et dimanches ou jf). La charge financière salariale et de gestion par l'agence intérim est évalué à 40 000 euro (depuis mars (10 mois).
- Coût du personnel estimé à 60 000 pour 1 année complète (agence intérim et comptable)
- Engagement d'1 secrétaire à temps partiel prévu (1/4-temps), possibilité de partager une secrétaire avec un cercle limitrophe.

Autres

- Service de vigile qui fait une ronde autour du bâtiment (pour le PG mais aussi la Maison de repos du CPAS, les bâtiments du CPAS...)
- Taxi social (minibus VISIOCOM® couvert de publicité mis gratuitement à disposition de la ville par une société privée d'annonceurs) mais absence de chauffeur actuellement.
- Accord avec la société de taxi d'Andenne (5 euros de forfait demandé au patient et solde payé par le cercle). Moins de 10 utilisations depuis mars 2010.
- Société agréée pour le traitement des déchets biologiques.

8.3.3.4. Infrastructure

Bâtiment

- Bâtiment de la province : « maison du mieux être » : 2 cabinets, salle d'attente, cuisine, douche, couchage...
- Dans le centre d'Andenne, donc un peu au nord de la zone de garde couverte, là où la population est la plus dense.
- Location par le PG pour le W-E et les jours fériés : 150 euro/mois Nettoyage assuré par la province.

Installation médicale

- Equipement des 2 cabinets par la province.
- Rachat d'un complément de matériel par le PG (ECG, matériel informatique et médical... : investissement de 30 000 euro.

Fourniture médicale

Achat de médicaments etposables par le PG. C'est la tâche des accueillantes de surveiller le stock.

8.3.3.5. Fonctionnement :

- Numéros d'appels uniques : 085/23.23.90 pour Andenne, 085/31.31.04 pour Ohey-Gesves, 081/87.87.06 pour Sclayn. Les 3 numéros aboutissent le WE au PG. Télépronam, le service de télévigilance de la province de Namur gère les déviations de ces 3 numéros :
- En semaine : vers les appareils téléphoniques des 3 médecins respectivement de garde pour les 3 secteurs
- Le WE et les jours fériés :
 - o La journée des week-end et jours fériés de 08.00 à 20.00 : 2 MG (1 fixe et 1 volant) + 1 accueillante. Télépronam active les déviations vers le PG; une accueillante du PG répond au téléphone.
 - o La nuit des week-end et jours fériés : 1 MG qui fait surtout des visites. Télépronam prend les appels. Il le fait pour presque tous les cercles de la Région de Namur et Dinant. Cela permet d'avoir une trace des appels et de vérifier les suites données par les gardistes (combien de visites et de consultations par rapport aux



appels, délais entre appels et actes posés par le gardistes...).
C'est une manière de contrôler si certains gardistes ne sous-déclarent pas (vu le système de revenu voir plus bas).

8.3.3.6. Réseau

Hôpital: distance, lien

- Distance de 15 km pour l'hôpital de Huy, le plus proche.
- Pas d'accord particulier avec les hôpitaux des environs.

Autres

- Envoi par mexi des rapports de chaque contact aux médecins traitants des patients vus.
- Accord avec un laboratoire (St-Luc Bouge) qui vient chercher les prélèvements.
- Discussion à relancer avec le commandant des pompiers et le chef police pour que le PG puisse être intégré dans la prise en charge des problèmes survenant sur la voie publique. Actuellement, tout cas survenu sur la voie publique, faisant l'objet d'un appel 112, est envoyé vers un hôpital agréé 100 quelle que soit la problématique avec surcharge de ces hôpitaux et coût élevé pour la société. La loi actuellement l'impose.

8.3.3.7. Evaluation

Evaluation en cours?

Statistiques :

- Contacts téléphoniques
- Activité de jour et de nuit

Consultations

Visites

Types de pathologies

- Activité par tranches horaires

Rapport existant : cf rapport envoyé à l'INAMI

8.3.3.8. Budget

Sources de financement: structure / honoraires

- PG financé entièrement par l'INAMI pour sa mise en place et sa maintenance mais PAS pour les honoraires des gardistes.
- A noter qu'un financement de 18 000 euro est annoncé l'an prochain pour rémunérer les médecins qui pourvoient au bon fonctionnement du PG ; cela va entraîner la création prochaine d'une asbl.
- Contribution des 27 médecins du rôle de garde : 350 €/MG/trimestre

Dépenses

1. Ressources humaines

- Depuis peu, honoraire fixe de 250 €/nuit + honoraire de disponibilité et prestation (auparavant, 650 €/nuit – honoraire de disponibilité et honoraire de prestation mais problème avec 1 MG qui ne répondait pas aux appels)

- Autre personnel : accueillantes + comptables : € 40 000/ 10 mois

- Société de surveillance : € 6000

2. Autres dépenses

- Mobilier/Equipement pour l'installation : 30 000 euros

- Frais de fonctionnement sur 10 mois:

- o location du bâtiments : 1400 €

- o charges : € 1700

- o taxi social : € 5000

- o assurances : € 1500

- o fournitures de bureau, téléphones, disposables paramédicaux et élimination des déchets : € 7500

Synthèse: coûts – revenus du budget 2010; prévision 2011

- En 2010 : Total des frais (installation et fonctionnement sur 10 mois) : € 105 739 (Revenus non encore disponibles)
- En 2011 : Prévision totale : € 118 680



8.3.3.9. *Forces du système*

- Belle vitrine de la médecine de 1^{ère} ligne pour autant que la qualité d'accueil et d'exercice soit garantie.
- Fédération des MG et des secteurs : climat de convivialité ; sortie de l'isolement professionnel.
- Ouverture vers les cercles et régions limitrophes (Wanze, Villers le Bouillet).
- Reconnaissance vis-à-vis des autorités communales, des services hospitaliers (présentation de la 1^{ère} ligne assurant la continuité des soins, avec à chacun sa compétence, pour gérer au mieux les choses et gaspiller le moins possible les ressources humaines et financières.
- Changement de mentalité des gens qui se déplacent plus : des écrits dans les journaux ont insisté sur le fait que les déplacements pour convenance personnelle n'étaient pas bienvenus. Cela a permis de passer de 22 visites à domicile/12 h lors de la 1^{ère} garde, à une 10aine/12 h actuellement. Le médecin volant s'ennuie un peu.

8.3.3.10. *Faiblesses du système*

- Déplacement plus important des patients
- Pas d'organisation actuelle en cas de 2 ou 3 urgences concomitantes.
- Sans financement de l'INAMI, le PG s'écroule.

8.3.3.11. *Perspectives*

- Assurer des gardes pour des zones + étendue (Ben-Ahin, Marchin, Petit-Waret, Couthuin) car les gens ont appris à se déplacer plus et le PG n'est pas utilisé à 100% (en horaire comme en ressource humaine vu le MG volant parfois sous-occupé). Cette extension permettrait une récurrence moindre des plages de gardes pour les MG et une rentabilité optimisée pour le médecin de garde et pour l'INAMI, qui pour un investissement sensiblement identique couvrirait les besoins d'une population plus étendue. En termes de gestion de ressources humaines, il est préférable de prêter moins souvent et

que les plages de prestations soient plus actives. Cela permettrait peut-être de diminuer les phénomènes de B-O

- Rassurer les « nouvelles recrues ». De telles structures de gardes seraient de nature à rassurer voire à rendre ces zones d'activité plus attractives pour de nouvelles installations.
- Contraindre les assistants en MG de prêter des gardes dans les zones de pénurie. Les postes de gardes constitueraient dès lors des structures d'accueil et ces assistants pourraient être supervisés par les maîtres de stages du territoire de ce PG.
- Sortir de l'archaïsme du MG qui fait tout tout seul.

8.3.4. *ODC post Deurne*

8.3.4.1. *Creation: June 2003*

8.3.4.2. *General Organization*

Initiator: GP circle HKDB (HuisartsenKring Deurne-Borgerhout), urban area of 120000 inhabitants (one of the four after-hour duty centres in Antwerp)

8.3.4.3. *Human resources*

Physicians

98 GPs are scheduled in turn, without differentiating between age or years of experience. Only medical reasons are taken into account to discharge a GP from his/her duty:

- Daytime: 1 GP for home visits and 2 GPs in the duty centre
- Night WE: 1 GP for visits and 1 GP in the duty centre.
- Nights week: 3 GPs are in their own clinical practice: the cost of staff at night in the duty centre would be too high.

First contact person: background, training, tasks

The patient calls a unique number for the city of Antwerp, and a receptionist redirects the call to one of the four duty centres, nearest to the domicile of the patient. This receptionist has no medical training.

Administration

A manager coordinates the organization of the duty centre. This function discharges the GPs from all organizational aspects.



8.3.4.4. Others

There is no other health professional. Five drivers and a cleaner complete the human resources.

8.3.4.5. Infrastructure

The duty centre is located in a rented building in Deurne. It comprises a waiting room, three offices and a relaxation area. In the offices all medical supply is provided as in a regular office of a GP.

A car with driver is provided for home visits.

8.3.4.6. Functioning: schedule

The WE after-hours service starts every Friday at 7 pm till Monday 7 am (also feast and bank holidays).

8.3.4.7. Network with other services

Hospital: distance, link,

The duty centre has set up an informal agreement with the two nearest hospitals, AZ Monica and ZNA Erasmus Borgerhout. Patients who are sent by the duty centre receive priority (relating to waiting time).

Others

The duty centre is one of the four duty centres in Antwerp: they pool the non-medical staff and the IT infrastructure. The duty centre is also member of the coordinating organization, Wachtposten Vlaanderen.

8.3.4.8. Evaluation

Ongoing evaluation ?

A yearly financial audit report is send to the NIHDI (RIZIV/INAMI). Patient satisfaction is also assessed yearly as well as the functioning of the duty centre. The centre manages also all the complaints about its services.

8.3.4.9. Budget

Sources of funding: structure / honoraria

The financial grants from the NIHDI cover non-medical costs (i.e. salaries of the non-medical staff, functioning, infrastructure).

Physicians: contribution / payment

The medical staff is directly paid using predefined fees. Overview of the fees:

- House visit during daytime: 51euros
- House visit from 21h: 78euros
- Consultation during daytime: 34euros
- Consultation from 21h: 45euros

8.3.4.10. Strengths of the system

Overview of the strengths of this kind of after-hours service:

- Less hours for the GP
- A clear distinction between work and private life (GP has to stay in the duty centre during his after-hour service, so no disturbance of his family life)
- The GP can focus on the medical aspect of the job, all non-medical aspects are performed by other staff
- The security of the GP is ensured (car with driver)
- For the patients is the organizational structure much clearer, with shorter waiting times
- High satisfaction in the patients
- The after-hours services is delivered on a fixed location with a central phone number for all duty centres in Antwerp (0900/510 512)
- The collegiality between GPs increases, because they collaborate during the after-hours services
- The encounter with colleague-GP enforces the self-evaluation by the GP, which increases the quality of care
- All medical acts are encoded and logged in a database. The report of the visit is sent to the GP with the Global Medical file of the patient
- Specific courses in the light of after-hours services are organized for all GPs



8.3.4.11. Weaknesses of the system (e.g. legal)

This structure with a combination of medical and non-medical staff requires a similar management as a SME (KMO). However, the GPs do not have the required competences to manage this kind of structure, therefore the involvement of a manager is required. This new type of manager is specific for the duty centres.

8.3.5. ODC Oudenaarde: future integration of an ODC in the hospital

The region of the Vlaamse Ardennen is covered by seven zones of after-hours services, but no duty centre exists yet. Some areas have a GP shortage resulting in work overload. A project of ODC within a hospital is planned for 2013.

8.3.5.1. General Organization

8.3.5.2. Initiators

The GP circle O.V.O (Oudenaardse Vereniging voor Omnipracticci) is initiator. The hospital, AZ Oudenaarde recently renovated the emergency services and included a duty centre. The NIHDI will financially support the initiative.

8.3.5.3. Place

The area of the Vlaamse Ardennen is more rural area with a urban centre (Oudenaarde) (333 km² and cross section of +/- 25 km). One central hospital is located in the centre of Oudenaarde.

Several hospitals are located in neighbouring areas (Ronse, Zottegem, Gent, Aalst, Waregem, Deinze).

8.3.5.4. Human resources

Physicians

75 GPs are members of the GP circle, covering an area of approximately 84.000 inhabitants.

First contact person: background, training, tasks

The structure of the first contact person is not yet elaborated. Several options are taken into account i.e. a receptionist in the duty centre, an external call centre, the integration into the 1733-project.

Administration

A manager will coordinate the administrative functioning of the duty centre.

Other health professionals

The integration of the duty centre in the emergency service of the hospital has the advantage of the presence of nurses and other paramedical staff.

8.3.5.5. InfraStructure

The duty centre will be integrated into the emergency service of the hospital in Oudenaarde.

The medical installation will be similar to a medical office of a GP. The infrastructure of the hospital, such as laboratories, will facilitate the technical examinations.

8.3.5.6. Functioning : schedule

The initiative is planned for 2013.

During day-time one or two GPs will be present in the duty centre and 2 GPS for home visits. During the night one GP will be present in the centre and one GP will do the home visits.

8.3.5.7. Network with other services

The duty centre will be integrated in the emergency service of the hospital.

8.3.5.8. Budget

A planning has been draft: costs linked to human resources represent about 75 % of the budget.

The mobile GPs might earn less in comparison to the GPs in the ODC. A system will be set up to compensate this difference.

8.3.5.9. Possible strengths and weaknesses of the future system

- Shared infrastructure and shared provision of services (like technical examinations, nurses,...);
- Visibility of ODC: combining both services in one building will encourage the patients to use these facilities on the right way (visits to the emergency only for life-threatening situations);



- One difficulty is that more agreements are needed to integrate an ODC in an existing structure (versus independent ODC).

8.3.6. *Agreement with local emergency departments: the case of Gouvy*

8.3.6.1. *Historique*

A Gouvy, depuis 2-3 ans, 3 MG pour 21 hameaux (contre 6, il y a 10 ans). Il ne restera vraisemblablement que 2 MG dans quelques années. La densité de population est stable mais pas élevée. La superficie à couvrir est très grande, de l'ordre de 170 km² (sans compter les patients des communes limitrophes).

Ces dernières années, les 3 MG s'épuisaient à la tâche, au point que 2 d'entre eux ont montré des signes de « dysfonctionnement ». les possibilités de fusion de zones de garde sont par ailleurs restreintes vu la proximité de la frontière.

8.3.6.2. *Organisation générale*

WE et jours fériés : région coupée en 2 (Est et Bastogne)

- à l'Est : rattachement au rôle de garde de Vielsam-Lierneux avec une couverture géographique plus grande assurée par les médecins généralistes de garde (jusque ¾ d'heure de trajet pour atteindre un patient en hiver) et au moins 1 garde de 24H/mois. Sur les 3 MG de Gouvy, 2 font partie de ce groupe de garde.
- Bastogne : création en décembre 2009 d'un poste de garde auquel est rattaché 1 MG de Gouvy (partie Houffalize):
 - o Plus grand diameter: 60 Km
 - o Chauffeurs pour aller chercher les patients sur place (2 ou 3) la journée
 - o Secrétaire la journée pour les appels téléphoniques et tiers payants
 - o 30 MG dans le rôle de garde mais avec 1 moyenne d'âge > 50 ans : 1 garde de 12H/mois actuellement. Problème : quid dans 5 ans ?
 - o 2 MG la journée (1 fixe, 1 mobile)

- o Très peu d'appels entre 23h et 7h ou alors appels graves nécessitant le 100
- o Question de la nuit profonde soulevée
- o Question du tri des appels : désaccord entre ceux qui veulent que les grosses urgences soient directement renvoyées vers le SMUR et d'autres vers le MG.

Nuits de semaine

- o chacun des 3 MG assure 1 nuit/sem, ce qui fait 3 nuits/5 au maximum.
- o pour les nuits non couvertes, accords avec les hôpitaux de St-Vith et de Bastogne (30 Km de part et d'autre) pour qu'ils assurent la garde via leur service d'urgence. Les 3 MG renvoient donc les patients via leur répondeur soit au 100 (si problème très grave) soit aux hôpitaux des environs.

Initiateur

MG de Gouvy avec l'accord de l'Association des Généralistes de l'Est Francophone de la Belgique (AGEF)

Représentant autre que médecins généralistes (cercle, hôpital, Ministère...)

Commission médicale provinciale et Ordre des médecins avertis de la situation.

Place, Population

- Rurale
- Niveau social moyen
- Population relativement âgée

8.3.6.3. *Ressources humaines*

3 MG actifs sur Gouvy. Peu d'installation dans les alentours où le plus jeune médecin a 42 ans et où 2 jeunes MG sont parties récemment.



8.3.6.4. Infrastructure : (N.A.)

8.3.6.5. Fonctionnement : cf organisation générale

8.3.6.6. Réseau

Hôpital: distance, lien

Compréhension de la situation évoquée par les 2 hôpitaux des environs (situés à 30 km environ de part et d'autre de Gouvy). Ils doivent respecter la loi mais acceptent d'aider.

8.3.6.7. Evaluation

Evaluation en cours?

Il n'y a pas d'évaluation prévue mais la situation est perçue comme plus confortable pour les 3 MG. Ceux-ci se disent plus reposés et arrivent à mieux concilier vie privée et vie professionnelle. Les patients se sont adaptés. Aucune plainte n'est parvenue aux MG.

Les appels de nuit sont rares. Outre les cas graves, les cas provenaient surtout des maisons de repos. Les hôpitaux locaux ne semblent pas avoir plus de travail depuis la mise en place de ce système.

8.3.6.8. Budget (N.A.)

8.3.6.9. Forces du système

- Ne nécessite aucun budget
- Redonne énergie aux 3 MG de Gouvy et pourrait attirer de jeunes médecins
- Pas de plainte des patients

8.3.6.10. Faiblesses du système (p.e. légal)

- Illégalité puisque non respect de la continuité des soins au sens strict.
- Fatigue des MG à Vielsam (qui refusent d'ailleurs d'étendre leur zone de garde pour la semaine)
- Menace de suppression des petits hôpitaux

8.3.6.11. Perspectives

- Question de la différence entre la continuité des soins (connaissance du patient, gestion de son dossier, transmission des données...) et l'urgence (pouvant être prise en charge par d'autres instances que le MG)
- Attirer des jeunes médecins

8.3.7. Pilot projects 1733

8.3.7.1. Initiative 1733 : Mons

Historique

C'est en 2009 que le Ministère de la Santé publique a concrétisé par une expérience pilote le numéro d'appel unifié central intitulé le « 1733 ». Mons est la première zone francophone du pays à être entrée dans ce projet pilote.

Organisation générale

Le 1733 est un numéro d'appel unique à former pour toute demande d'intervention d'un médecin généraliste. Ce numéro est accessible 24h/24, 7j/7. A Mons, Lens et Jurbise, ce numéro donne accès au staff du Centre 100, ce qui permet à la fois de centraliser les appels et de les filtrer. Le 1733 couvre par ailleurs d'autres communes voisines de Mons mais sans lien actuellement avec le Centre 100.

Indépendamment du 1733, les préposés du 100 centralisent également les informations concernant la garde (horaires et informations pratiques) des pharmaciens, dentistes, kiné et ophtalmologues.

1. Initiateur : SPF Santé publique.

2. Représentant autre que médecins généralistes :

Le comité de pilotage du 1733 comprend M. Van Hoegarden directeur général du SPF de la Santé publique, le Dr Stamatakis chef du service des urgences du CHU de Tivoli, les présidents des cercles des MGs et des représentants du Centre 100.

3. Place, Population

Actuellement : le couplage du 1733 au centre 100 concerne Mons, Lens, Jurbise ce qui correspond à 110 000 personnes (urbain et rural). Graduellement, la population couverte sera augmentée de 200 000



personnes (région de La Louvière-Binche ?) et de 350 000 (région de Charleroi).

Ressources humaines

1. Médecins généralistes

Le cercle de Mons comporte 5 zones de garde et un poste de garde ouvert les Week-end et jours fériés de 8H à 22H à Mons, derrière les urgences de l'hôpital Ambroise Paré.

2. Premier contact

Le numéro d'appel unique est le 1733 et donne accès à un robot interactif.

- En dehors de la période de garde, ce robot interactif invite l'appelant à contacter un médecin généraliste (ou le 112 s'il s'agit d'une urgence).
- Pendant la période de garde (de 18 à 7h en semaine et du vendredi 18h au lundi 7h), le robot invite l'appelant à introduire son code postal. En fonction de celui-ci, 2 possibilités existent :
 - o Soit le code postal de l'appelant n'appartient pas à la zone couverte par le 1733. Le robot invite l'appelant à contacter un médecin généraliste (ou le 112 s'il s'agit d'une urgence vitale).
 - o Soit le code postal est couvert par le 1733. Le robot renvoie l'appel automatiquement (transfert de l'appelant) :
 - o Soit vers le numéro de téléphone de permanence du cercle de médecine générale. Sur la province de Hainaut, seuls 3 communes ne disposent pas de permanence téléphonique de médecine générale.
 - o Soit vers le Centre 100. Il s'agit actuellement des zones de Mons, Lens et Jurbise. Le préposé du Centre 100 prend l'appel (en sachant que c'est un appel 1733). Il note les renseignements de l'appelant : nom, âge, coordonnées, nom du médecin traitant habituel... Il vérifie si la demande de l'appelant concerne une aide médicale urgente ou non. Si oui, l'AMU est lancée (ambulance, SMUR, PITT); si non, il propose au patient de se rendre au poste de garde ou, si cela n'est pas possible, il transmet la demande au secrétariat du cercle de médecins. La transmission de la demande au secrétariat se fait actuellement

par téléphone mais une voie électronique devrait bientôt voir le jour.

- o L'appelant n'entre donc pas en contact avec le médecin de garde, il n'apprend pas son nom et ne sais pas quand le médecin va pouvoir se rendre chez lui.

3. Administration

- 44 préposés (4 équipes de 11) assurent le standard du Centre 100. Ils étaient déjà 44 avant la création du 1733 et font partie du service incendie de la ville de Mons. Ces préposés ont un rôle de dispatcheurs. Ils ne donnent pas de conseils médicaux.
- Actuellement, l'effectif assure la permanence du 1733 sans augmentation du nombre de préposés. A terme, 6 préposés (mi-temps) seront engagés pour pallier à la surcharge d'appels.
- Le niveau de formation des préposés est relativement élevé (50% de l'effectif à au moins un baccalauréat). Ils ont tous le brevet AMU et bénéficient d'une formation continuée.
- Il y a 3 gradés par équipes et un gradé est toujours présent.

4. Autres

Trois infirmiers régulateurs assurent notamment le coaching et la formation des préposés et de leurs chefs d'équipe. Ils sont subsidiés par le SPF Santé publique. Ils travaillent à mi-temps (totalisent 800 heures) et assument par ailleurs une pratique régulière dans une fonction « service mobile d'urgence » d'un hôpital comme l'exige l'AR du 27 mars 2008.

Infrastructure

Le bâtiment est le palais provincial : un plateau est loué à la Régie des bâtiments du Ministère des Finances.

Le robot IVR est financé par le SPF Santé Publique.

Les frais de téléphone et le matériel informatique du service 100 sont pris en charge par le SPF de l'Intérieur. Comme cet appel est gratuit pour le patient, les frais de téléphone du 100 sont relativement élevés.

Les appels téléphoniques donnés par les préposés dans le cadre du 1733 sont englobés actuellement dans les frais téléphoniques du service 100, vu qu'ils ne représentent qu'une infime part de ceux-ci. En effet, pour le



1733 seuls les appels sortant sont à subsidier puisque l'appel vers le 1733 est payé par l'appelant au tarif normal.

Les matériels informatique et téléphonique des 2 postes de travail installés pour pallier à la surcharge d'appels sont par contre financés par le SPF santé publique.

Fonctionnement

Standard accessible 7 jours/7 et 24h/24 au 1733 (mais le routage est fonction des périodes de garde de la médecine générale).

Réseau

1. Hôpital: distance, lien
 - Selon la Loi de 64, l'AR de 1965 et la loi de 1998, l'AMU a un pouvoir de réquisition sur les ambulances, le SMUR, les médecins locaux et les services d'urgence des hôpitaux.
 - Nombreux hôpitaux accessibles sur le territoire (une vingtaine).
 - Aucun accord particulier n'existe avec ces hôpitaux.
2. Autres
 - 1 poste de garde à Mons. Il existe également d'autres postes de garde dans les régions de La Louvière-Binche et de Charleroi : utile lors de l'élargissement de la zone couplant le 1733 et le Centre 100.

Evaluation

1. Evaluation en juin 2010
 - Le Centre 100 comptabilise en moyenne 1 million de communications (entrante et sortante)/an
 - Le 1733 (qui transite par le 100) à lui seul totalise 6000 appels par an (500/mois) répartis comme suit : 2% AMU, 26% vers le Poste Médical de Garde, 72% vers le secrétariat médical du cercle. Spécifiquement pendant les périodes d'ouverture du Poste Médical de Garde, 40% des appelants y sont envoyés.

Selon les médecins généralistes mobiles de garde, le nombre de visites médicalement justifiées augmente (de 27,7% au cours de la phase 1 à 36,3% en phase 2). Dans le même temps, le nombre de contacts pouvant être postposés ou de visites inutiles diminue.

2. Rapport existant

Un rapport est fait régulièrement au comité de pilotage

Budget

Le Centre 100 couvre la province du Hainaut, soit une population de +/- 1.350.000 habitants. La charge salariale représente 90% du coût. Le coût du Centre 100 non-subsidié (1.300.000€) par le SPF Intérieur est à charge des communes couvertes par le service d'incendie de Mons, soit une population de 180.000 habitants.

Le Ministère de la santé publique intervient depuis 3 ans pour soutenir le Centre dans sa collaboration au projet de dispatching. En 2011, c'est le projet 1733 qui concentre les subsides du SPF de la Santé publique. Les cercles de médecins généralistes participant au projet reçoivent également un subside de ce SPF.

Ressources humaines

- A terme, l'engagement des 6 préposés mi-temps coûtera près de 8,6% du budget actuel du Centre 100.

Autres dépenses (à terme)

- Mobilier/Equipement de bureau : moins de 10%
- Frais de téléphone : 10% des appels sortants
- Frais de fonctionnement : 1%
- Budget annuel en 2011 : **225.000 €**

Forces du système

- Optimisation d'un système existant. Le Centre 100 enregistre habituellement des pics d'appels vers 17-21 heures alors que les appels pour la médecine générale se concentrent plutôt vers 8h du matin le WE. Cette répartition des appels dans le temps permet aux mêmes préposés de répondre aux 2 types d'appels.
- Intérêt d'un rapprochement entre la médecine générale d'urgence et l'AMU. Le 1733 vise à centraliser les appels mais aussi à les filtrer : identification des réelles urgences (finalement assez rares); promotion du déplacement du patient vers le poste de garde.
- Système facilitant les « normes ». Il est plus aisé pour le SPF de la Santé publique de définir des normes face à un système bien organisé : cela permet de formuler des exigences en termes de qualification du personnel, d'évaluation... et de gestion de la qualité.



- Réponse à une demande déjà ancienne du Centre 100 qui est la diversification des moyens mis à sa disposition pour répondre à sa mission. Parmi les appels, certains appartiennent clairement à la médecine générale et lors de la création du 100, cette possibilité n'était pas envisagée.
- Protection des médecins généralistes de garde puisque leur anonymat est garanti.
- Standardisation des réponses et donc égalité de traitement de la population.

Faiblesses du système

- Incapacité actuelle de refuser les demandes non urgentes. Les préposés font le constat que de nombreux appels du 1733 ne sont pas urgents et que les patients pourraient soit se déplacer au poste de garde, soit attendre la fin de la garde, soit même recevoir une simple explication médicale par téléphone. Pour le moment cependant, si le patient le demande, le préposé doit lui envoyer un médecin généraliste même s'il ne juge pas cette démarche pertinente.
- Perte de proximité et « impersonnalisation » des réponses par rapport à une conversation téléphonique avec le médecin généraliste de garde. Cependant, cette possibilité de conversation n'existe déjà quasiment plus avec la généralisation de l'utilisation actuelle de secrétariats médicaux par les cercles de médecins généralistes.
- Imprécision quant à l'horaire de passage du médecin de garde. Le 1733 ne connaît absolument pas le planning du médecin mobile.

Perspectives

- Avec 6 préposés (mi-temps) supplémentaires (50 préposés au total), le 1733 pourra couvrir 750 000 habitants (soit un peu plus de la moitié de la province du Hainaut).
- Avec des infirmiers régulateurs supplémentaires, une permanence « paramédicale » pourrait offrir une expertise aux préposés et les épauler à tout moment lorsqu'un appel les pousse au-delà de leurs limites de compétences.
- Pour offrir un réel dispatching médical (phase 3), un protocole décisionnel devrait être élaboré par les médecins généralistes. La

première expérience effectuée sur base de manuels existants montre que peu d'appels nécessitent actuellement une prise de décision médicale particulière à la médecine générale. Mais cela sera différent lorsque les préposés pourront donner des conseils médicaux au patient et infirmer l'urgence de la demande comme le prévoit la phase 3 du 1733.

- Le système de gestion sera un système de contrôle qualité en phase 3.
- Plus le système sera développé et standardisé, plus le risque de recevoir des plaintes d'appelants sera grand. La standardisation est synonyme d'uniformisation et de perte de flexibilité. Si le système infirme la pertinence de la demande de l'appelant, celui-ci risque d'être mécontent (même si cette information est médicalement correcte).

8.3.7.2. Initiative 1733 : Brugge

History

The duty centre has been subsidized between 2006 and 2009 as a temporary project. In 2008 the project 1733 or the "HADISP-project" started with a unique/central call number and a dispatching system for all after-hours services. These subsidies are only temporarily and the circle of GPs (huisartsenkring) is still waiting on more structural subsidies.

General Organization

GP circle KGBN-HABO (HuisArtsen van Brugge en Omgeving) - PFS Public Health

Human resources

1. Physicians

The GPs are responsible for the medical aspect of the after-hours services. Also the GP in training (HAIO) is scheduled in the duty system.

Exemptions are made for medical reasons and for pregnancy (total of 6 months, spread over a period before and after the delivery). From the age of 60 years a gradual decrease of the duties is provided (starting with the mobile visits) until a total dispensation on the age of 65 years.

2. First contact person: background, training, tasks



First contact with the after-hours service is provided by a dispatcher. Based on guidance protocols, the dispatcher will notify the GP on duty (for a consult in the duty centre or for a home visit) or will redirect the patient to the emergency services. During day-time the dispatcher is member of the staff of the duty centre and is a qualified nurse. During the night, the dispatcher is member of the fire brigade and has followed a specific course for urgent medical care.

Evaluation of this system of dispatching indicated the lack of knowledge of the night dispatcher about the kind of complaints seen by a GP. There is a need for a paramedical trained dispatcher, for a better redirection of the calls.

3. Administration

The GPs are responsible for the administration linked to the medical aspects, mainly encoding and reporting in a central database. The advantage of this central database is that the GP with the global medical record of the patient is kept informed.

Moreover all calls are registered in the central database, which ensure the quality control and the legal framework of the GP. In case of complaint, the trajectory of the call can be retrieved. This registration system exists already for the duty centres, but is now extended to all after-hours services (duty centres and individual GPs on duty).

4. Other health professionals

In the near future (end of 2011) a multidisciplinary team will be set up, consisting of specialists in diabetics, physiotherapists and speech therapists, in the framework of the care pathways.

5. Others

The cleaning is done by the staff of the social service department.

Infrastructure

1. Building

The building is rented from the social service department of Brugge (OCMW).

2. Medical installation

The medical installation is similar to the clinical office of a Gp, with the addition of an ECG and a defibrillator.

Functioning: schedule

The ODC duty centre is only open during day-time (between 8h and 21h) during the weekend and on feast-days. Two GPs are available in the duty centre to take care of the patients and two GPs are on the road for the home visits. During the night, the GP on duty will be called by the dispatcher and will visit the patient at home. The night shifts are not limited to the weekends, but every night of the week is covered by a GP on duty.

Evaluation of the performance of the duty centre and its registration system, indicates that 94% of the calls occur between 7h and 21h and only 6 % during the night. This might questioning the value of the GP on duty during the night.

In the future, a system of mobile duty centres will be set up. These mobile centres are medical offices disposed by colleague GPs in order to decrease the number of home visits and to be more reachable for the more remote areas.

Network with other services

No official agreements have been made with the neighbouring hospitals.

Evaluation

The performance of the duty centre is evaluated twice a year based on the registered data in the central database (working group of 7 GPs).

Strengths of the system

- Data centralisation: the GP who holds the global medical record of the patient can consult the information registered by the GP on duty. The registration of the consults and home visits further allows a control on the quality of care.
- Warning of the GP in case of potential risk of a home visit to a specific patient. This warning system does not specify the details of the potential risk (violent behaviour, financial problems, etc).

Weaknesses of the system (e.g. legal)

- Area: the unique call number (project 1733) system is set up for the area of Brugge but certain sections refused to be included. However, the patient is not aware of this heterogeneity in coverage by the 1733-project and calls the unique number. This leads to an



overcharge of some areas in comparison to others. The patient, calling from a non-covered area, will be helped by a GP on duty, organized by the duty centre, whereas the GP in his street could also be on duty.

- Protocols: the protocols used by the dispatcher are general protocols and are not yet refined enough to correspond to the needs of the GP.
- Training of the dispatcher on duty during nights: this person is less familiar with the complaints treated by a GP. The lack of knowledge of the dispatcher can be resolved by a specified training or by a system of redirecting the calls directly to the GP in the duty centre in case of doubt. The use of protocols will enhance the quality of work

by the dispatcher and might facilitate the communication towards the GP on duty.

- Employer-employee relationship between the dispatcher and the GP is not clear. Nowadays the dispatcher during night-time is deployed by the fire department, which results in a restricted authority of the GP. The GPs would like to clarify this relationship and to be stated as an employer towards the dispatchers.
- Nowadays the GP cannot refuse a home visit (obligation by the Medical Order). The GPs would like to modify this obligation to a possibility for home visits. A sensitization campaign to discourage the home visits could be solution to promote the duty centres.



8.4. Appendices: models in five other countries: details by country

8.4.1. After-hours care in The Netherlands

Items		Results
Expert(s)	Linda Huibers (L.Huibers@iq.umcn.nl) IQ healthcare Universiteit Nijmegen	
Data sources	National and international publications and websites on the topic of after-hours care in the Netherlands (see annex)	
Characteristics of the health system with relevance to after-hours services	Population of 16,4 million (2008) Health care in the Netherlands is regulated publicly and delivered privately, in a system of "managed competition." Health care spending per capita per year: 4.479 EUR All residents are required to purchase a standard health insurance package from a private insurer, covering primary and hospital care and most of the available pharmaceuticals. Wage-related contributions are pooled in a central fund and redistributed to the insurers according to a sophisticated risk-adjustment formula. Insurers also charge their own community-rated premiums. The government determines the coverage provided and the income-linked contribution that patients must make. Most people purchase complementary private insurance for services not covered by the standard benefit package. Long-term care is covered through a separate statutory insurance program. GPs operate mostly in duo or group practices (80%). GPs are gatekeepers for their listed patients (approximately 2300 / GP) (gatekeeping to most other primary health care professionals and to secondary care/hospital care). Physiotherapist can be consulted by patients without referral of a GP. Percentage of referrals by GPs to specialists (secondary care or other primary health care providers): 4% GPs are generally self-employed and paid through both fixed capitation rates for the listed patients and fee-for-service. There are 8783 practising GPs (2008). A full-time working GP has a practice list of approximately 2300 patients.	
Situation before reform	Before 2000 GPs provided care in small-call rotations (generally 5 to 10 GPs) in which they performed after-hours care to each other's patients during weekends and evenings and nights on weekdays. This small-scale handling included 10,000 to 20,000 patients with distances up to 5 km. Patients had access via the GPs own telephone number. Before the reform GPs received approximately €4,538 per year, excluding the fee-for-service payments of privately insured patients.	
Drivers for system reform on after-hours care	Main drivers from the GP perspective: The initiative or reorganising after-hours care has come mainly from the profession (GPs) itself, dissatisfied with the organization of former rotation groups in after-hours primary care. The Netherlands has followed the British and Danish examples on the organization of after-hours care. The dissatisfaction was mainly due to: - A high perceived workload (on average 19 hours a week on top of a 48 hours workweek) - A lack of separation between work and private life. - Non-urgent interventions during after-hours periods - Growing demand for services by the public and aggressive behaviour of patients - Low financial remuneration - Lack of material and logistic support Main drivers from the government perspective: - The impending shortage of GPs in the future and safety issues were the main drivers - Accessibility and quality/safety of after-hours primary care, particularly in urgent situations - Costs	



Items	Results
System reform (since 2000) and type of reform	Tendency towards large scale cooperatives (40-250 GPs taking care of populations ranging from 100,000 to 500,000 inhabitants). A total of 7.700 GPs are registered with a cooperative (total > 130).
Number of actual models used:	1 main model
Type of models	General practitioner cooperatives (mostly used) covering 95% of the population. Remark: Patients with a medical problem during after-hours times can choose either to attend the GP cooperative or the hospital emergency department. Contact with the GP cooperative is preferred, but patients cannot be denied access to the ED. However, they might be advised to attend the GP cooperative, particularly if this is located near the hospital.
Financer and financing system	GPs are paid per hour on call (65 Euros per hour) There are no financial incentives for patients for any particular behaviour (use of GP cooperative or emergency department).
Characteristics of model most frequently used (General practitioner cooperatives)	Initiator: GPs. Number of GPs taking part in large scale cooperatives: 98% of GPs take part in large scale cooperatives. Number of cooperatives: Currently > 130 GP cooperatives. 98.2% of the Dutch population can reach a GP cooperative within 30 minutes by car. Population: 50 to 250 GPs take care of populations ranging from 100,000 to 500,000 inhabitants. 250 per 1000 citizens contact GP cooperatives. (Annual) use of GP cooperative 250 patients per 1000 inhabitants. 6% of patients is referred to accident and emergency departments. Health problems (top-5): acute infections (26%), musculo-skeletal problems. (12.8%), digestive problems (10.1%), trauma (6.8%) and respiratory problems (4.8%). Distance: Distances up to 30 km Indication: Intended for urgent help requests that cannot wait until the next day. Availability: Available daily from 5 p.m. to 8 a.m. and the entire weekend. Time frame for answering to calls: Urgent calls have to be answered within 30 seconds and regular calls within 2 minutes. Time frame for urgent and non-urgent visits: Average waiting time for non-urgent visits is 30 minutes and 90% of the patients get a visit within one hour. Urgent visits: sometimes cooperation with ambulance service, in case of cardiac arrest. Location: Most of the time situated near or within a hospital, but have not formally regulated patient flow in conjunction with the hospital or its emergency department. The trend is to co-locate the GP cooperative and the ED, often with one entrance and desk with a triage nurse. Patients with a medical problem during after-hours times can choose either to attend the GP cooperative or the hospital emergency department. They can also contact



Items	Results
	the ambulance in case of an emergency. Around 60% of emergency ward patients arrive without referral. Access: With single regional telephone number. Most GP cooperatives require patients to contact the cooperative by telephone before attending (approximately 95% of all cooperatives). Some cooperatives allow patients to attend the facility without prior contact. Workload GPs: 4 hours on call per week. GP shifts of 6 to 8 hours. Services: Triage and telephone consultation: Specially trained assistants, supported by national triage guidelines (paper guidelines or computer-based triage system that supports decision) assess the urgency of the patient's complaint, and give telephone advice or arrange a consultation or home visit. Consultations Home visits Staff involved: Triage assistants: GP cooperatives are most of the time staffed by triage nurses (80% GP nurses and 20% hospital nurses). The triage nurse is supervised by a GP, who can be consulted in case of doubt and who checks and authorizes all calls handled by the triage nurses. Triage assistants have a nursing background most of the time. GPs: Per shift GPs have different roles: home visit, centre consultations, and telephone triage consultation (larger cooperatives have a specific telephone GP who only provides telephone consultations, supervises the nurses and authorise the triage nurse contacts). Logistic support: Medically trained chauffeurs provide transport for GPs making home visits (vehicles equipped with oxygen, infusion drips and automatic heart defibrillation equipment) Information and communication technology: Information and communication technology (ICT) support including electronic patient files and online connection to the GP care. Some GP cooperatives use computer-based decision software for triage. Critical success factors Motivation of the GPs to develop successful after-hours care and to initiate the reform. Presence of a strong primary care system and gatekeeper role of GP. Training of triage nurses (there is a national training program for professionals involved in triage at the GP cooperative). Guidelines for triage. The development of a national triage system for the whole acute care chain (the Netherlands Triage Standard) increased uniformity and the chance of having the right care provider at the right time in the whole country (for GP cooperatives, EDs and ambulance care). Adequate remuneration and prevention of work overload. Information and communication technology. Medical culture open to collaboration. Insurance regulations. Guidelines To assess the quality of medication prescribing and referring patients by PCPs at cooperatives, an instrument is available containing quality indicators based guidelines of the Dutch PCP association (Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht, the Netherlands). Indicators/quality requirements Performance measurement of general practice cooperative clinical care is based on well-developed, evidence-based clinical guidelines. Set of 24 indicators developed by IQHealthcare (Nymegen) for prescribing and referring in after-hours primary care. Acute coronary syndrome 240 mg acetylsalicylic acid (including the patients) who use coumarine derivatives Atrial fibrillation



Items	Results
First choice beta-blocker (excluding patients with heart failure)	47 failure) Referral: atrial fibrillation and signs of haemodynamical instability (such as, chest pain, acute heart failure)
Heart failure	
Give a quick-acting nitrate sublingual	
Give intravenous administration of a loop diuretic	
Referral: insufficient result of acute treatment, inadequate possibilities for home care taking and suspected myocardial infarct as the cause for the acute heart failure	
Transient ischaemic attack	
Patients with a TIA without cardiac arrhythmias or valve disorders: give acetylsalicylic acid.	
Asthma in adults	
Severe dyspnoea: give a beta-2-sympathomimeticum	
When not improving sufficiently add ipratropiumbromide	
COPD treatment	
Severe exacerbation: give beta-2-sympathomimeticum	
When improved: give tablets with 25 mg prednisolon daily	
Pneumonia	
Children: amoxicillin; second choice: azitromycine	
Adults: doxycycline; second choice: amoxicillin; third choice: erythromycin	
Bacterial skin infections	
When presenting with multiple lesions: local fusidic acid cream	
When reduced resistance, fever and other general signs or worsening of the symptoms despite local treatment: oral flucloxacillin	
Otitis externa	
Otitis externa with fever and other general signs: oral flucloxacillin	
Otitis media acuta	
Antibiotics	
Increase in general signs as decreased alertness or decrease in fluid consumption	
Risk factors for complications	
No improvement after 3 days	
Child 2 years with otitis media at two sites	
Sinusitis	
Increase of general symptoms, risk factors for complications, no decrease of symptoms after 2 weeks: amoxicillin or doxycycline	
Red eye	
Cornea-erosion: small erosion: chloramphenicol drops	
second choice: tetracycline eye ointment.	
Suspected bacterial conjunctivitis: chloramphenicol drops; second choice: tetracycline eye ointment.	
Urinary tract infections	
Complicated UTI with signs of tissue invasion, all boys, years, girls, 5 years and all patients with known abnormalities to the kidneys or the urinary tract or having a permanent catheter: augmentin;	
second choice: cotrimoxazol or fluorchinolone. Complicated UTI without signs of tissue invasion, all man, all pregnant woman, all girls between 5 and 12 and diabetics: nitrofurantoin; when allergic: trimethoprim	
Migrain (pain management)	
Step 1: metoclopramide or domperidon orally or rectal	combined with paracetamol or carbasalate calcium
Step 2 (when step 1 is not giving enough relief): metoclopramide or domperidon and a NSAID	
Step 3 (when step 1 and 2 do not give enough relief): triptane	
Vertigo	
Any use of medication, specifically given for vertigo, is	not recommended
Who does the	There is no regular measurement.



Items	Results
measurement	
Outcomes (evidence):	Individual scientific studies Reduction in doctors' after-hours workload Increased (job)satisfaction in GPs and patients Increase in the proportion of phone consultations Reduction in the proportion of centre consultations Reduction in the proportion of home visits Large scale evaluations Study Willekens et al. (2011) Adherence to national guidelines: average adherence to national guidelines of 77%. Guidelines on referral to medical specialists and prescription of pain medication have the highest adherence scores (92% and 71% respectively). Prescribing antibiotics and treatment in emergency cases had the lowest scores (69% and 71%, respectively). Antibiotics are overprescribed in 42% of the cases and underprescribed in 41%. Study Smits et al (2010) and Giesen et al (2007) Patient safety: incident rate of 2.4% (inadequate or suboptimal treatment, including no treatment, wrong treatment, or delayed treatment). All incidents caused by failures in clinical reasoning Triage nurses estimated the level of urgency correctly in 69% of contacts Study Giesen et al (2007) Waiting times: average waiting time is 30 minutes. 90% of all patients were visited within 1 hour.
Suggestions for improvement of after-hours care	Improving GPs' grip on patients skipping primary care and attending emergency departments without a GP referral (i.e. self-referrals) dealing with non-urgent medical complaints. Joining primary and hospital emergency care (and ambulances) in one after-hours care facility with one front office for patients. After triage, patients are sent to a GP or to a specialist at the accident and emergency department. Improving the effectiveness and safety of telephone triage services (e.g. further implementation and evaluation of computerised decision support systems as the NTS and telephone GPs). Educating patients by their own GP and through the media on how to use after-hours care. Preventing unnecessary use of diagnostic tests and prescribing medication to minimise medicalization of patients. Introducing financial incentives in patients when using the GP cooperative Existing clinical guidelines need to be expanded with subsections addressing conditions in after-hours care and acute care setting. Support of the nurse telephone triage by a telephone GP to improve patient safety. Improving access and extension of surgery hours of GPs (in the evening) Improvement areas are: Getting to the patient's home within 15 minutes in case of urgency Quality and safety of telephone triage Discovering patients' care needs and expectations and giving patient-tailored telephone advice

Data sources : after-hours care in The Netherlands.



8.4.1.1. Websites

<http://www.acutezorg.nl/>

http://nhg.artsennet.nl/winkel/winkel_implementatie/winkel_praktijkvoering/winkel_NHGTelefoonwijzer.htm

<http://www.de-nts.nl/>

<http://vhn.artsennet.nl/>

<http://www.nhg.artsennet.nl>

<http://www.nivel.nl/pdf/HIT-rapport-Netherland.pdf>

<http://vhn>

<http://vhn.artsennet.nl> artsennet.nl/

8.4.1.2. References

1. Giesen P, Haandrikman L, Broens S, Schreuder J, Mookink H. Centrale Huisartsenposten: Wordt de huisarts er beter van? Huisarts Wet 2000; 43: 508-10.
2. Busser G, Giesen P. De telefoonarts, een nieuwe functie in de groot-schalige huisartsenpost. Med Contact 2002; 57: 1353-5.
3. Giesen P, Wilden-Van Lier E, Schers H, Schreuder J, Busser G. Telefonisch advies en triage tijdens de dienst. Huisarts Wet 2002; 45: 299-302.
4. Giesen P, Fraanje W, Klomp M. De rammelende keten: afstemming van taken spoedeisende zorg is dringend gewenst. Med Contact 2003; 43: 495-6.
5. Post J. Groot-schalige huisartsenzorg buiten kantooruren (Doctoral thesis). University of Groningen, 2004.
6. Van Uden C, Crebolder H. Does setting up out of hours primary care cooperatives outside a hospital reduce demand for emergency care? Emerg Med J 2004; 216: 722-3.
7. Giesen P, Moll van Charante E, Janssens H, Mookink H, Grol R. Huisartsenposten: het oordeel van de patient over de zorg: onderzoek onder veertien huisartsenposten. Med Contact 2004; 59(17): 672-5.
8. Giesen P, Mookink H, Ophey G, Drijver R, Grol R, Van den Bosch W. Hoe urgent is de gepresenteerde morbiditeit op de Centrale Huisartsenpost? Huisarts Wet 2005; 48: 207-11.
9. Van Uden C. Studies on general practice out-of-hours care (Doctoral thesis). University of Maastricht, 2005.
10. Van Uden C, Winkens R, Wesseling G, Fiolet H, van Schayck O, Crebolder H. the impact of a primary care physician cooperative on the caseload of an emergency department: the Maastricht integrated out-of-hours service. J Gen Intern Med 2005; 20(7): 612-7.
11. Van Uden C, Ament A, Hobma S, Zwietering P, Crebolder H. Patient satisfaction with out-of-hours primary care in the Netherlands. BMC Health Serv Res 2005; 5(1):6.
12. Van Uden C, Nieman F, Voss G, Wesseling G, Winkens R, Crebolder H. General practitioners' satisfaction with and attitudes to out-of-hours services. BMC Health Serv Res 2005; 5(1): 27.
13. Grol R, Giesen P, Van Uden C. After-hours care in the United Kingdom, Denmark, and the Netherlands: New models. Health Aff 2006; 25: 1733-7.
14. Helsloot R, In 'tVeld K, Giesen P. De eerste schakel: de huisartsgeneeskundige inbreng in de acute ketenzorg. Med Contact 2006; 61: 653-6.
15. Moll van Charante E, Giesen P, Mookink H, Oort F, Grol R, Klazinga N et al. Patient satisfaction with large-scale out-of-hours primary health care in the Netherlands: Development of a postal questionnaire. Fam Pract 2006; 23: 437-43.
16. Moll van Charante E, Ter Riet G, Drost S, Van der Linden L, Klazinga N, Bindels P. Nurse Telephone triage in out-of-hours GP practice: determinants of independent advice and return consultation. BMC Fam Pract 2006;7.
17. Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Peugh J, Zapert K. On the front lines of care: primary care doctors' office systems, experiences, and views in seven countries. Health Aff (Millwood). 2006;25:w555-71.
18. Van Uden C, Ament A, Voss G, Wesseling G, Winkens R, van Schayck O, et al. Out-of-hours primary care. Implications of organization and costs. BMC Family Practice 2006; 7(29).
19. Van Uden C, Giesen P, Metsemakers J, Grol R. Development of out-of-hours primary care by general practitioners (GPs) in the Netherlands:



- From small scale call-rotations to large-scale GP cooperatives. *Fam Med* 2006; 38: 548-52.
20. Giesen P, Franssen E, Mokkink H, Bosch W van den, Vugt A van, Grol R. Patients either contacting a general practice cooperative or accident and emergency department out of hours: a comparison. *Emerg Med J* 2006;23(9):731-734.
21. Moll van Charante E. Dutch General Practitioners in a time of change-Studies on out-of-hours and GP hospital care (Doctoral thesis). University of Amsterdam, 2007.
22. Giesen P, Huibers L, Goossens M, Willekens M. Tussen droom en daad. Toekomstvisie huisartsen op hun positie in de spoedzorg. *Med contact* 2007; 15: 653-5.
23. Giesen P, Franssen E, Mokkink H, Van den Bosch W, Van Vugt A, Grol R. Patiënten die buiten kantooruren de huisartsenpost of de Spoedeisende hulp bezoeken: een vergelijking. *Huisarts Wet* 2007; 50: 202-6.
24. Giesen P, Van Lin N, Mokkink H, Van den Bosch W, Grol R. Huisartsenposten: lang wachten op een visite? *Huisarts Wet* 2007; 50: 296-9.
25. Giesen P, Halink D. Smeerolie van de huisartsenpost: patiënten en hulpverleners tevreden over regiearts. *Med Contact* 2007; 69: 371-3.
26. Giesen P, Ferwerda R, Tijssen R, Mokkink H, Drijver R, Van den Bosch W, et al. Safety of Telephone triage in GP cooperatives: Do triage nurses correctly estimate urgency? *BMC Health Serv Res* 2007; 7: 19.
27. Giesen P, Willekens M, Mokkink H, Braspenning J, Van den Bosch W, Grol R. Quality of out-of-hours primary care: development and testing of indicators for prescribing and referring. *Int J Qual Health Care* 2007; 16: 181-4.
28. Giesen P, Moll van Charante E, Janssens H, Mokkink H, Bindels P, Van den Bosch W et al. Patients evaluate accessibility and nurse telephone consultations in out-of-hours GP care: determinants of a negative evaluation. *Patient Educ Couns* 2007; 65: 131-6.
29. Giesen P, Van Lin N, Mokkink H, Van den Bosch W, Grol R. General practice cooperatives: long waiting times for home visits due to long distances? *BMC Health Serv Res* 2007; 7.
30. Vermue N, Giesen P, Huibers A, Van Vugt C. Samenwerking tussen huisartsenposten en spoedeisende hulp: huidige situatie en toekomstplannen van huisartsenposten in Nederland. *Med Contact* 2007; 62: 1092-3.
31. Van Steenwijk-Opdam P, Van Charante E, Ebbens E, Bindels P. Demand for and supply of out-of hours primary care in Almere after centralization and introduction of Telephone tri-age. *Huisarts Wet* 2007; 50 (6): 244-7.
32. Moll van Charante E, van Steenwijk-Opdam P, Bindels P. Out-of-hours demand for GP care and emergency services: patients' choices and referrals by general practitioners and ambulance services. *BMC Fam Pract* 2007; 8: 46.
33. Derkx H. For your ears only. Quality of telephone triage at out-of-hours centres in the Netherlands. Thesis. Maastricht: Univ of Maastricht, 2008. www.arno.unimmaas.nl.
34. Derkx H, Rethans J, Muijtjens A, Maiburg B, Winkens R, Van Rooij H, Knottnerus J. Quality of clinical aspects of call handling at Dutch out of hours centres: cross sectional national study. *BMJ* 2008; 12; 337.
35. Giesen P, Mokkink H, Van Den Bosch W, Bottema B, Grol R. Hoe functioneren de huisartsenposten in Nederland? *Huisarts Wet* 2008; 51 (5): 219-23.
36. Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Telefoonwijzer. Een leidraad voor triage en advies (National guidelines for telephone triage and advice in Family Practice). 2 nd edn. Utrecht, the Netherlands: NHG, 2008.
37. Giesen P, Moll van Charante E, Janssens H, Mokkink H, Bindels P, Bosch W van den, Grol R. Wie een huisartsenpost belt verwacht een huisarts aan de telefoon. *Huisarts Wet* 2008;51(3):147-150.
38. Giesen P, Mokkink H, Wensing M, Bosch W van den, Grol R. Rude or aggressive patient behaviour during out-of-hours GP care: Challenges for communications with patients. *Patient Educ Couns* 2008;73(2):205-208.
39. Moll van Charante E, Bindels P. huisartsenpost en spoedeisende eerste hulp: wel of niet integreren? *Huisarts Wet* 2008; 51(5): 215-19.
40. Kool R, Homberg D, Kamphuis H. towards integration of general practitioner posts and accident and emergency departments: a case



- study of two integrated emergency posts in the Netherlands. *BMC Health Services Research* 2008; 8(225).
41. Derkx H, Rethans J, Maiburg B, Winkens R, Muijtjens A, van Rooij H, et al. Quality of communication during Telephone triage at Dutch out-of-hours centres. *Patient Educ Couns* 2009; 74(2): 174-8.
 42. Giesen P, Hammink A, Mulders A, Oude Bos A. Te snel naar de huisartsenpost. Spoedbeleving van patiënt amper te beïnvloeden. *Medisch Contact* 2009;64(6):239-243.
 43. Huibers L, Giesen P, Wensing M, Grol R. Out-of-hours in western countries: assessment of different organizational models. *BMC Health Serv Res*. 2009; 9: 105.
 44. Markhorst J, Calsbeek H, Braspenning J. Publieke indicatoren acute zorg door huisartsenposten en spoedeisende hulpafdelingen. Deel 10 uit de serie Voorhoedeproject Eerstelijns en Acute zorg – publieke indicatoren voor de eerstelijnszorg. Nijmegen: IQ healthcare, november 2009.
 45. Schoen C, Osborn R, Doty MM, Squires D, Peugh J, Applebaum S. A survey of primary care physicians in eleven countries, 2009: perspectives on care, costs, and experiences. *Health Aff (Millwood)*. 2009; 28:w1171-83.
 46. Den Boer-Wolters D, Knol M, Smulders K, de Wit N. Frequent attendance of primary care out-of-hours services in the Netherlands: characteristics of patients and presented morbidity. *Fam Practice* 2010; 27: 129-134.
 47. Giesbers Steven (2010). Master thesis. Spoedeisende hulp en huisartsenzorg: een kostenanalyse.
 48. Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, Berg M van den, Westert G, Devillé W, et al. The Netherlands: health system review. *Health Systems in Transition* 2010; 12: 1-229. www.nivel.nl.
 49. Smits M, Huibers L, Kerssemeijer B, de Feijter E, Wensing M, Giesen P. Patient safety in out-of-hours primary care: a review of records. *BMC Health Serv Res* 2010; 10: 335.
 50. Van Ierland Y, van Veen M, Huibers L, Giesen P, Moll H. Validity of telephone and physical triage in emergency care: The Netherlands Triage System. *Family Pract* 2010; 0: 1-8.
 51. Giesen P, Smits M, Huibers L, Grol R, Wensing M. Quality of after-hours primary care in the Netherlands: A narrative review. *Ann Intern Med* 2011; 155: 108-113.
 52. Huibers, L, Moth, G, Bondevik, G, Kersnik, J, Huber, C, Christensen, M, Leutgeb, R, Casado, A, Remmen, R, Wensing, M. *BMC family practice*, 2011; 12:1, 30-1-.
 53. Willekens M, Giesen P, Plat E, Mookink H, burgers J, Grol R. Quality of after-hours primary care in the Netherlands: adherence to national guidelines. *BMJ Qual Saf*; 20: 223-7.



8.4.2. After-hours care in The United Kingdom

Items	Results
Expert(s) interviewed	- Quality Care Commission: Jo Williams, Cynthia Bower. Email: enquiries@cqc.org.uk The Care Quality Commission (CQC) is the independent regulator of all health and adult social care in England. They inspect all health and adult social care services in England, whether they are provided by the NHS, local authorities, private companies or voluntary organizations. Before 1 April 2009, this work was carried out by the Healthcare Commission, the Mental Health Act Commission and the Commission for Social Care Inspection. Sean Boyle (S.Boyle@lse.ac.uk)
Literature base	National and international publications on the topic of after-hours care in the UK.
Characteristics of the health system with relevance to out of hours services—relevant data on after-hours care	Health care in England is provided to all residents through the National Health Service (NHS), including hospital and physician services and prescription drugs. Health care is largely free at the point of use. The NHS accounts for 87 percent of total health expenditure. It is funded by general taxation (76%), national insurance contributions (18%), user charges (3%), and other sources of income (3%) Health care spending per capita: 2.199 EUR. About one of 10 residents has supplementary private insurance covering choice of specialist and faster access to elective surgery. Eighty percent of the NHS budget is controlled by 152 primary care trusts (PCTs), which contract with physicians and hospitals to provide care to a geographically defined population. General practitioners (n= 40 000) are mainly self-employed and operate under an annual national contract with a primary care trust. GPs are paid directly by PCTs through a combination of salary, capitation, and fee-for-service. The 2004 GP contract introduced a comprehensive pay-for-performance initiative, providing substantial financial incentives tied to achievement of clinical and other performance targets. Since 2009, a proportion of the income of GPs is conditional on quality and innovation. After-hours services have more information and measures being routinely reported than any other area of primary care. Around seven million patients contact GP after-hours services in England each year.
Situation before reform	Since mid-1990s: After-hours provision was delegated to a third party (GP co-operatives or the private sector). Apart from providing after-hours themselves, GPs could join a practice rota or area cooperative, under which they could pool their responsibility through a rota system. In addition GPs could employ a commercial deputizing service. These trends helped reduce the scale of GPs' personal involvement, but personal responsibility for the service remained unpopular among GPs, particularly among the growing numbers of female GPs. It was possible to contract out one's after-hours care duty, depending on the type organization that the GP joined. For example, a GP belonging to a large urban co-operative could give the revenue from night house calls to the co-operative or pay a subscription to the co-operative (a non-profit-making body managed by local GPs). The subscription could then be redistributed to the doctors taking the rota duty. Thus it was possible to pay to avoid working after-hours. It was also possible to take more on-call sessions to increase one's income. The co-operative could change the subscription rates and the price of rota duty (raising fees in the case of unattractive rotas) in order to balance supply and demand, and most practices sought to recover their contributions. There was not much information on overall quality, costs or outcomes of after-hours care provision. There was anecdotal evidence that the quality of care varied considerably between different provider types and different geographical areas, and in early 2000, a rising number of complaints and negative reports in the media led to raise concerns about after-hours services. The existing model for after-hours care was considered inefficient by GPs and the government.
Drivers for system reform on after-hours care	Main drivers from the GP perspective: - Dissatisfaction with workload during out of hours period in GPs - Desire for separation of work and private life - Growing demand for services by the public - Non-urgent interventions during out of hours period - Complaints from rural doctors about workload and disproportionately low remuneration in comparison with urban doctors - Lack of personnel and logistic support



Items	Results
	Main drivers from the government perspective: Increasing demands for after-hours care in the 1970s and 1980s placed the system of 24-hour care under increasing strain and, by 1992, many GPs in England aspired to opt out of the responsibility for after-hours care entirely. Addressing inadequate standards of care (failure to investigate, act upon and learn from serious incidents). Addressing difficulties in retaining doctors in general practice.
System reform (since 2000) and type of reform	In 2000: GPs: GPs were able to choose whether to provide 24-hour care for their patients or to transfer responsibility for after-hours services to primary care trusts (PCTs). PCTs are responsible for providing a high quality service for the local population. Some PCTs provide care themselves. Others provide care through external organizations. Primary Care Centres: The first of changes was the introduction of Primary Care Centres, resourced after-hours care to enable patients to be seen in a properly equipped centre. The advantages of such an approach are the significant economies of scale (one GP working in a Primary Care Centre can see many more patients than if s/he visits each of them separately in their own homes) and the Centre is much better suited to effective patient assessment and diagnosis, within a safe working environment. NHS Direct service: Integration of the NHS Direct service (=national service) with existing out-of- hours service provision. NHS Direct handles the calls and triages the patient's needs – the local GP Co-operative or deputising service provides the telephone or face-to-face medical services for those callers whose clinical needs can only be met in this way. Walk-in centre: The first Walk-in Centre was opened in January 2000 to provide a nurse-led service to deal with minor illness and treatments, and to further encourage patients to manage their own health. The majority of these centres are open from 7.00 a.m. until 10.00 p.m., seven days a week, so there was ample opportunity to make their own distinctive contribution to the delivery of care after-hours and, recognising this opportunity, a number of GP Co-operatives have been actively involved (either on their own or in partnership with others), in the development of particular centres. Accident and emergency consultants: Introduction of 'accident and emergency consultants', working with GPs and nurses in the locality served by the hospital, have developed a service in which all patients attending Accident and Emergency are triaged at the door; those with 'primary care' needs are directed to a service resourced by local GPs and nurses and the remainder are referred to a Department of Emergency Medicine. Carson review: The Department of Health commissioned a review for after-hours care in England and the 'Carson Review' was published in October that year. The investigation was conducted by Dr. David Carson on behalf of the Department of Health in October 2000. The Carson review was a major driver for system reform: It included 22 recommendations on after-hours care provision. It proposed a flexible, national model of integrated after-hours provision. Primary Care Trusts (PCTs) would develop an integrated network of unscheduled care provision, bringing together providers of after-hours services to work collaboratively with other health and social care providers (e.g. emergency departments and ambulance services). It was based on twin principles: patient access to services should be as simple and straightforward as possible, and professionals should work together co-operatively and collaboratively. It identified core quality standards for after-hours services and were primarily designed to ensure a consistent baseline standard that the public could expect of their local after-hours service. In 2004: At the beginning of 2004, fewer than 5% of GPs provided after-hours services themselves, about 70 per cent of GPs had delegated the responsibility to a GP co-operative, and around 25 per cent to a commercial provider. In 2005:



Items	Results
	Since the beginning of 2005, the health authorities have exercised responsibility for the design, recruitment and operation of after-hours services for which the framework is laid down by the recent General Medical Services (GMS) contract. This contract gives GPs the opportunity for the first time of contracting out their responsibility for after-hours service delivery for patients on their list. In areas where doctors choose this option, the regional health authorities purchase the services of doctors employed seasonally or on a short/medium term basis to cover after-hours care for a given budget, but they are also looking into the ways in which the provision of care might develop in the longer term. As a result, rather than being requested to provide a service, GPs are given an incentive to remain in the after-hours service scheme as contractors to the health authority. The Carson standards were reviewed and formed the foundation for the national quality requirements (NQRs), which came into effect in January 2005. From that time all after-hours services had to be delivered to these requirements as a contractual obligation, regardless of where patients lived. As part of this, providers had to regularly report and exchange information, undertake regular audits, operate an appropriate complaints system, and demonstrate the availability of capacity to meet demand at all times. Providers also had to ensure that an appropriately qualified member of staff was available when needed, that they met targets relating to the initial phone call, initial consultation and face- to-face consultation, and that provision was made for those who did not speak English. The requirements are further described under the section indicators/quality requirements. In 2008: The Health and Social Care Act 2008 introduced a new, single registration system that applies to both health and adult social care. The new system will make sure that people can expect services to meet new essential standards of quality and safety that respect their dignity and protect their rights. The new system is focused on outcomes, rather than systems and processes, and places the views and experiences of people who use services at its centre. In 2010: Since 1 April 2010, all NHS care providers are required by law to be registered with CQC and must show that they are meeting the essential standards. All adult social care and independent healthcare providers must be registered under the 2008 Act (which replaces the Care Standards Act 2000).
Four Models used with GPs:	Co-operatives set up by professionals: Usually doctors, who tender for contracts to provide after-hours care for a set period for a PCT. Some of these are designated as 'social enterprises'. These organizations run as business models, but either invest all profits back in services or have expressed social aims. PCT-organized providers: through other NHS providers, e.g. ambulance trusts. Private commercial companies: that tender for contracts to provide after-hours care for a set period for a PCT. A mixture of the above.
Financer and financing system	Where GPs opted out to their Primary Care Trust (PCT) and under the General Medical Services Contract, they gave up an average of 6,000 pounds per annum. On average 72 and 115 euros per hour to take on locum (replacement) duties. Full-time after-hours service GPs, usually working within a co-operative, are paid between €118,000 and €147,000, as against €100,000 on average for the other GPs). Some organizations offer bonus payment schemes for some bank holiday weekends and when there is a high demand (e.g. swine flu).
Characteristics of model most frequently used (GP co-operatives)	Initiator: GPs. Number of GPs taking part in opting out after-hours care: 90%. Number of co-operatives 152. Population: No information available. Distance: No information available. Indication: Intended for urgent help requests that cannot wait until the next day. Availability: After-hours refers to the periods when GP surgeries are generally closed. These are from 6.30pm to 8.00am on weekdays and all day at weekends and bank holidays.



Items	Results
	Time frame for answering to calls: The national minimum standards for the time to answer calls, and proportions of calls that are engaged or abandoned, are set out under national quality requirements: All calls must be answered within 60 seconds of the end of the introductory message which should normally be no more than 30 seconds long. Where there is no introductory message, all calls must be answered within 30 seconds. A three-minute time standard for emergency calls, from the time they were identified as an emergency, to be transferred to the emergency services. Engaged and abandoned calls: No more than 0.1% of calls engaged and no more than 5% calls abandoned. Time frame for urgent and non-urgent visits: Providers must have a robust system for identifying all immediate life threatening conditions and, once identified, those calls must be passed to the ambulance service within 3 minutes. Providers that can demonstrate that they have a clinically safe and effective system for prioritising calls, must meet the following standards: Start definitive clinical assessment for urgent calls within 20 minutes of the call being answered by a person. Start definitive clinical assessment for all other calls within 60 minutes of the call being answered by a person. Providers that do not have such a system, must start definitive clinical assessment for all calls within 20 minutes of the call being answered by a person. There is a set of minimum standards for time to start, definitive clinical assessment by a clinician (i.e. the last triage assessment if there is more than one) for urgent (within 20 minutes) and less urgent/routine calls (within 60 minutes). The national minimum standards for time from definitive clinical assessment to face-to-face consultation are set out are broken down into three levels of priority emergency (within one hour), urgent (within two hours) and less urgent (within six hours). Patients will be seen either at the patient's place of residence or at a primary care centre (base). As well as the patient's clinical condition, the criteria for deciding whether to visit a patient's home or ask them to come to a base will vary, but will generally take into account location, available transport and other relevant factors. Some patients such as those receiving palliative care will always receive home visits. At the end of the assessment, the patient must be clear of the outcome including (where appropriate) the timescale within which further action will be taken and the location of any face-to-face consultation. Location: Situating near or within a hospital, but there is often no regulated flow between them. Access: Calling the service directly or being diverted after calling either their normal GP practice or NHS Direct. Workload GPs: No information available. Services: Triagee The triage stage will always be conducted by clinical members of staff, doctors, nurses or emergency care practitioners, and will generally involve the clinician calling the patient to conduct the assessment over the phone. Some providers will have face-to-face triage available at their primary care centres for walk-in patients but many

^e Triage is a method of ranking sick or injured people according to the severity of their sickness or injury so that they receive the right service with the appropriate degree of urgency.



Items

Results

providers will move straight to face to face assessments.

The call handler's first step will be to ask for the patient's demographic details such as name, address, date of birth etc. The call handler will input these into the IT system to search for any previous records for this patient or to create a new record if this is the patient's first contact with the service. This search will also identify if the patient's GP has provided the service with any information (called special patient notes) relating to the patient's condition. At this stage the call handler will also try to identify whether the condition of the patient is of an immediately life threatening nature and if so, the call will be transferred to the emergency services along with the demographic information.

After taking demographic details and transferring any life threatening calls the call handler will ask a number of questions about the patient's condition/symptoms. The degree to which these questions are based on an algorithm or proscriptive process will vary depending on the organization but all providers are likely to have some set questions to identify common urgent conditions.

The specific questions asked will depend on the caller's description of the patient's symptoms. The aim of this stage is to identify the urgency of the call rather than to take a full history or make a diagnosis. At the end of this stage the call handler will have entered notes on the system about the symptoms described by the caller/patient focusing on the most important details, and will have prioritised the call as either emergency, urgent or less urgent/routine. The emergency calls are passed to 999.

Telephone advice/telephone consultation

Consultations

For patients who walk into a primary care centre rather than telephoning the service, the intake will usually be undertaken by a receptionist asking similar questions to call handlers or giving the patient a form to fill in.

A minority of after-hours organizations have implemented a further process for some calls, usually referred to as 'call streaming'. For example as most children under the age of five will require a face-to-face assessment, some services bypass triage and the call handler arranges an appointment at the primary care centre for the patient. As this type of process is outside the national quality requirements, which assume that all calls should receive clinical assessment, it is important that services agree this variation with the commissioning primary care trust (PCT). They also need to be able report on the numbers and waiting times for these patients separately.

Home visits

Staff involved:

Call handlers:

Are generally responsible for the first stage of the process with their duties primarily consisting of answering calls, taking patient details, inputting these into the system and prioritising calls based on symptoms as described by the caller.

Receptionists:

Are responsible for receiving patients at primary care centres and will also conduct the first stage for walk-in patients who arrive without telephoning the service first.

Duty managers:

Are responsible for running the call centres or central hubs where calls are answered and where triage is often located. They manage call handlers, receptionists and dispatchers.

Dispatchers:

Are normally located at the call centre/hub and are responsible for assigning home visit calls to different mobile clinicians in cars. They may also be responsible for assigning triage calls to clinicians and booking base visit appointments. Some organizations manage all of their visits centrally using dispatchers to determine to which mobile clinician a home visit should be assigned and to call patients to book base visit appointments. Others will manage calls by locality, e.g. sending all home visits for an area to a particular mobile clinician in a car, reducing the demands on central dispatching.

General practitioners (GPs):

For most after-hours organizations the majority of clinical staff working in the service will be GPs. They may work for the service full-time but most do shifts on a part-



Items	Results
	time basis as freelance, locum or agency doctors. GPs will be responsible for clinical assessments and face-to-face consultations. Nurses: As with GPs, nurses will be involved in clinical assessments and face-to-face consultations depending on their particular skills and qualifications. For example a nurse with experience of working in a minor injuries unit might see some patients, particularly if the provider has a base co-located with a minor injuries unit, but will probably not be used for telephone triage. A nurse practitioner may be employed in either role. Emergency care practitioners (ECPs): Some organizations use ECPs to conduct home visits for particular categories of patients. Most ECPs are ambulance clinicians or paramedics with extended skills. There are usually restrictions about the type of patients that an ECP can see. Clinical lead: Some services will also have a clinical lead covering a particular area who can be contacted if issues or problems arise, and can provide support and advice on clinical matters. The clinical lead is usually a GP or nurse with significant after-hours experience. <u>Remark: The specific skill mix of clinicians varies between organizations with some exclusively using GPs while others have a greater proportion of nurses and ECPs.</u> Logistic support: Drivers are responsible for driving clinicians to and from home visits. They may also have responsibilities for stocking up on equipment and certain medications in the cars. Overnight drivers will often take the role of receptionist in between home visits. Information and communication technology: I Information and communication technology (ICT) support including electronic patient files and online connection to the GP care
Critical success factors	No information available.
Guidelines	No information available.
Indicators (national quality requirements for after-hours services)	National Quality Requirements for after-hours services (since January 1, 2005): Providers^f must report regularly to PCTs on their compliance with the Quality Requirements. Providers must send details of all after-hours consultations (including appropriate clinical information) to the practice where the patient is registered by 8.00 a.m. the next working day. Where more than one organization is involved in the provision of after-hours services, there must be clearly agreed responsibilities in respect of the transmission of patient data. Providers must have systems in place to support and encourage the regular exchange of up-to-date and comprehensive information (including, where appropriate, an anticipatory care plan) between all those who may be providing care to patients with predefined needs (including, for example, patients with terminal illness). GP practices are encouraged to send any special notes on their patients, e.g. for palliative care patients, to the relevant out-of- hours service. These notes will then be kept on the system to assist clinicians and call handlers with prioritising calls. Providers must regularly audit a random sample of patient contacts and appropriate action will be taken on the results of those audits. Regular reports of these audits will be made available to the contracting PCT. The sample must be defined in such a way that it will provide sufficient data to review the clinical performance of each

^f A provider is any organization providing after-hours services



Items	Results
	individual working within the service. This audit must be led by a clinician with suitable experience in providing AH care and, where appropriate, results will be shared with the multi-disciplinary team that delivers the service. Providers must cooperate fully with PCTs in ensuring that these audits include clinical consultations for those patients whose episode of care involved more than one provider organization. Providers must regularly audit a random sample of patients' experiences of the service (for example 1% per quarter) and appropriate action must be taken on the results of those audits. Regular reports of these audits must be made available to the contracting PCT. Providers must cooperate fully with PCTs in ensuring that these audits include the experiences of patients whose episode of care involved more than one provider organization. Providers must operate a complaints procedure that is consistent with the principles of the NHS complaints procedure. They will report anonymised details of each complaint, and the manner in which it has been dealt with, to the contracting PCT. All complaints must be audited in relation to individual staff so that, where necessary, appropriate action can be taken. Providers must demonstrate their ability to match their capacity to meet predictable fluctuations in demand for their contracted service, especially at periods of peak demand, such as Saturday and Sunday mornings, and the third day of a Bank Holiday weekend. They must also have robust contingency policies for those circumstances in which they may be unable to meet unexpected demand. Providers must ensure that patients are treated by the clinician best equipped to meet their needs, (especially at periods of peak demand such as Saturday mornings), in the most appropriate location. Where it is clinically appropriate, patients must be able to have a face-to-face consultation with a GP, including where necessary, at the patient's place of residence. Face-to-face consultations: whether in a centre or in the patient's place of residence, must be started within the following timescales, after the definitive clinical assessment has been completed. Patients unable to communicate effectively in English will be provided with an interpretation service within 15 minutes of initial contact. Providers must also make appropriate provision for patients with impaired hearing or impaired sight. Accreditation: Once an organization is accredited, the Health Authority is responsible for ensuring that the performance of the organization met the Quality Standards. All Standards have equal status and any assessment of whether or not they are being met must take account of the provider's performance across the full range. In the first instance, audit data would be reported quarterly to the PCT with an annual report by the PCT to the Health Authority, but PCTs will have a duty to report to the Health Authority if, at any time, they have serious concerns about the ability of an individual provider to meet those Standards. Once such a report has been made, if the Health Authority is satisfied that the provider is in- deed failing to meet the Standards, a remedial notice is issued, requiring the provider to meet the Standards within a maximum of six months. If, at the end of six months, the Standards are still not being met, accreditation will then be withdrawn and the provider will no longer be able to provide services for GMS contractors or PMS sites. In such circumstances, responsibility for the provision of those services will revert to the GPs who had delegated their after-hours responsibilities to that provider although, in almost all circumstances, the Health Authority and the PCT/G, working with those GPs, would have made sure that appropriate alternative arrangements for the proper provision of after-hours services would have been put in place. Individual GPs who provide their own after-hours services (either on their own or through a practice rota), or who belong to a small, informal GP rota, and who are working within GMS rules, will be required to meet exactly the same Quality Standards, for it is only in this way that real equity of provision for patients will ever be achieved. They will report their performance directly to the Health Authority. The PMS contracts of those GPs who also deliver their out-of- hours services in this way will be amended so that they too include the requirement to meet and report on the Quality Standards. In either case, Health Authorities are charged with responsibility for taking appropriate action wherever an individual GP fails to meet the Standards.
Who does the measurement	Department of Health and the Care Quality Commission. Local health authorities (responsible for accreditation and monitoring of quality of after-hours services).
Outcomes (evidence):	National Audit Office Report In May 2006 the National Audit Office published a report examining the provision of after-hours care in England. It had four key findings. The report found some shortcomings in the initial commissioning process because PCTs lacked experience, time and reliable management data.



Items	Results
	Secondly, after-hours providers were beginning to deliver a satisfactory standard of service but most were not yet meeting all the national quality requirements, particularly on speed of response. Thirdly, the actual cost of running after-hours was higher than the money allocated by the Department of Health. Fourth, commissioners were entering into contracts with multiple providers and the market was maturing. In 2007, the Department of Health commissioned the Primary Care Foundation to develop the audit tool used by the National Audit Office in their 2006 report The Provision of Out-of-hours Care in England. This was piloted across a number of PCTs and has now been adopted by two thirds of PCTs in England. The benchmark aims to assist PCTs to improve the quality of care and to allow services to identify where they might be able to operate more efficiently through comparison with other providers. The main indicators are cost, productivity, process, outcomes, performance and patient experience. 'Outcomes' in the context of this benchmarking does not relate to clinical outcomes but to whether patients received advice, a home visit or attended a centre and whether the patient was referred or made their own decision to go to hospital. Clinical coding is not generally complete enough to allow more detailed comparison of outcomes, though the Primary Care Foundation is looking to increase the factors included in the benchmark. Department of Health's 2009 project to assess after-hours care In October 2009, the Minister of State for Health asked the National Director for Primary Care and the Chairman of Council, Royal College of General Practitioners to review the local commissioning and provision of after-hours services. This was published in February 2010. The reviewers visited five after-hours services and their commissioners across England. The sites visited demonstrated a range of service provision including PCT providers, ambulance services, social enterprises and commercial organizations. The authors stated that they knew from their combined experience that the quality of after-hours services in many areas was good. During their visits they saw several examples of good practice but also examples of where improvement was needed from both the commissioners and providers of services. The report noted that staff who work for out-of- hours services, face a number of challenges. They treat patients who are not known to them, often without access to their medical records. Furthermore, their initial contact and assessment of these patients is invariably on the telephone. They operate in settings that are not like their usual surgery or place of work, and they use unfamiliar equipment. They may work in an area unfamiliar to them, and with colleagues who they have never worked with before. In addition, they may deal with a higher proportion of patients who are in need of urgent care, and are therefore particularly vulnerable. These may be the young, the elderly, or those with chronic or terminal conditions. The report made 24 recommendations. Eight of these referred to commissioning and performance management; ten to selection, induction and training of after-hours clinicians, and six to the management and operation of performers lists.
Suggestions for improvement of after-hours care	The National Audit Office Report suggested that the Department of Health should encourage PCTs: - To improve cost-effectiveness - To improve the cost-effectiveness of the service through benchmarking of costs, improvements to local commissioning, and making available training and best practice. - To perform benchmarking For PCTs, it was suggested that they should benchmark their costs against those of other geographically comparable PCTs. There was also a need to ensure that all groups within the community could access services effectively and that the PCTs, or their providers, met the access requirements set out within the national quality requirements. It noted that the manner in which patient feedback was collected, could be improved. - To invest in software systems After-hours health care is delivered in a complex environment. It needs to co-ordinate the sharing of information flows not only across geographically dispersed bases/primary care centres and mobile clinicians, but also between different providers of health and social care. While there are significant variations in the details and layout of different software solutions, successful applications should be able to meet the following basic requirements. Input, transfer and secure storage of confidential patient information. The input of information will largely be conducted by simply typing the information into specified text fields (i.e. call handlers or clinicians entering patient notes) but more advanced applications will allow for daytime GPs to place special notes about their patients directly onto the after-hours database. Transfer of patient information involves both transfer within the service, e.g. allowing clinicians to view previous consultation and triage notes, and transfer between services such as the national requirement to pass details of the consultation to the patient's GP by 8am the next day. Prioritisation and 'time stamping'



Items	Results
	At the initial contact stage and at the end of triage, calls need to be prioritised into three different categories – emergency, urgent and routine. In order to report whether the time standards in the National Quality Requirements are being met, the software application needs to record the time intervals between different stages, e.g. record the time taken between a call being answered and definitive triage being conducted. These prioritisations and the associated time need to be immediately visible at subsequent stages, so that for example a clinician at the triage stage can see which calls have been designated urgent, which are routine and how long each call has been waiting in order to determine which call they should triage next. Search, retrieval and reporting of information held within the database Each time a patient contacts the service, the system needs to be able to find any earlier information held about this person, e.g. any special notes provided by their GP or any past contact with the service. In order to report on the National Quality Requirements the system has to produce the necessary data to show whether the relevant standards have been met. The system will also record and report on the activities of staff, e.g. length of time spent on triage calls by each clinician. National Quality Requirement 4 specifies auditing requirements; these audits will most commonly be conducted using the Royal College of GPs (RCGP) audit toolkit. It is possible to manually conduct these audits but the process can be made more efficient by using an in-built audit toolkit. Compatibility with other telephone systems and mobile devices Providers of software for after-hours services will often offer a telephone system as part of their software. If a different telephone system is used, the after-hours software has to be compatible with this. The telephone system must also fulfill basic requirements such as being able to record phone calls and details, and being able to record the information necessary to report against National Quality Requirement 8. Given the need for clinical staff to conduct home visits the software has to be compatible with mobile devices (i.e. laptops) to allow clinicians to view and enter notes while travelling to and from home visits.

Data sources on after-hours care in United Kingdom

8.4.2.1. Websites

<http://www.cqc.org.uk>

<http://www.nhsdirect.nhs.uk/About/WhatIsNHSDirect>

http://www.eurAHnet.eu/index.php?option=com_content&view=article&id=22&Itemid=24

<http://www.out-of-hours.info/documents.php>

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/135148/e94836.pdf

8.4.2.2. References

- Hallam L. Primary medical care outside normal working hours: review of published work. *BMJ* 1994; 308: 249-53.
- Ale J, Shipman C, Lacock I, Davies M. Creating a shared vision of out of hours care. *BMJ* 1996; 312: 1206-10.
- Heaney D, Gorman D. Auditing of out-of-hours primary medical care. *Health Bulletin* 1996; 54(6):495-8.
- Murphy A, Bury G, Plunkett P, et al. Randomised controlled trial of general practitioner versus usual medical care in an urban accident and emergency department: process, outcome and comparative cost. *BMJ* 1996; 312: 1135-42.
- Cragg D, McKinley R, Oland M, Campbell S, Hastings M, et al. Comparison of out of hours care provided by patients' own general practitioners and commercial deputizing services: a randomized controlled trial I: The process of care. *BMJ* 1997; 314: 187-9.
- Jessopp L, Beck I, Hollins L, Reynolds M, Dale J. Changing the pattern out of hours: a survey of general practice cooperatives. *BMJ* 1997; 314: 199-200.
- McKinley R, Manku-Scott T, Hastings A, French D, Baker R. Reliability and validity of a new measure of patient satisfaction with out of hours primary medical care in the United Kingdom: development of a patient questionnaire. *BMJ* 1997; 314: 139-8.
- Salisbury C. Evaluation of a general practice out of hours cooperative: a questionnaire survey of general practitioners. *BMJ* 1997; 314: 1598-9.
- South Wiltshire Out of Hours project (SWOOP) Group. Nurse telephone triage in out of hours primary care: a pilot study. *BMJ* 1997; 314: 198-9.



10. Dale J, Crouch R, Lloyd D. Primary care: nurse-led telephone triage and advice out-of-hours. *Nurs Stand* 1998; 12(47): 41-5.
11. Heany D, Gorman M, Porter. Self-recorded stress levels for general practitioners before and after forming an out-of-hours primary care centre. *Br J Gen Pract* 1998; 48: 1077-8.
12. Roberts E, Mays N. Can primary care and community-based models of emergency care substitute for the hospital accident and emergency (A&E) department? *Health Policy* 1998; 44(3): 191-214.
13. Charles-Jones H, Houlker M. Out-of-hours work: the effect of setting up a general practitioner cooperative on GPs and their families. *Br J Gen Pract* 1999; 49(440): 215-6.
14. Free C, White P, Shipman C, Dale J. Access to and use of out-of-hours services by members of Vietnamese community groups in South London: a focus group study. *Family Practice* 16(4):369-74.
15. Hulland J, Avery A, Groom L, Boot D. Use of primary health care and accident and emergency services for children under 5 years outside normal office hours. *Ambulatory Child Health* 1999; 5 (323- 30).
16. O'Donnell C, Drummond N, Ross S. Out of hours primary care: a critical overview of current knowledge. *Health Bull (Edinb)* 1999; 5754: 276-84.
17. Shekelle P, Roland M. Nurse-led telephone advice lines. *Lancet* 1999; 354: 88-9.
18. Thompson F, George S, Lattimer V, Smith H, Moore M, Turnbull J. Overnight calls in primary care: randomized controlled trial of management using nurse telephone consultation. *BMJ* 1999; 319: 1408.
19. Raising Standards for Patients New Partnerships in Out-of-Hours Care. An Independent Review of GP Out-of-Hours Services in England. Commissioned by the Department of Health October 2000.
20. Lattimer V, Sassi F, George S, Moore M, Turnbull, Mullee M, et al. Cost analysis of nurse telephone consultation in out of hours primary care: evidence from an randomized controlled trial. *BMJ* 2000; 320: 1053-7.
21. Munro J, Nicholl J, O'Cathain A, Knowles E. Impact of NHS direct on demand for immediate care: observational study. *BMJ* 2000, 15; 321: 150-3.
22. Nicholl J, Munro J. Systems for emergency care. Integrating the components is the challenge. *BMJ* 2000; 320:955-6.
23. Salisbury C, Trivella M, Bruster S. Demand for and supply of out of hours care from general practitioners in England and Scotland: observational study based on routinely collected data. *BMJ* 2000; 320: 618-21.
24. Shipman C, Payne F, Hooper R, Dale J. Patient satisfaction with out-of-hours services: how do GP cooperatives compare with deputizing and practice-based arrangements? *J Public Health Med* 2000; 22: 149-54.
25. Coleman P, Irons R, Nicholl J. Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency? *Emerg Med* 2001; 18; 482-7.
26. O'Reilly D, Stevensn M, McCay C, Jamison J. General practice out-of-hours service, variations in use and equality in access to a doctor: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract* 2001; 51: 625-9.
27. Payne F, Shipman C, Dale J. Patients' experiences of receiving telephone advice from a GP co-operative. *Fam Pract* 2001; 18(2): 156-60.
28. Shipman C, Payne F, Dale, Jessopp L. Patient-perceived benefits and barriers to using out-of-hours primary care centres. *Fam Pract* 2001; 18(2): 149-55.
29. Snooks H, Williams S, Crouch R, Foster T, Hartley-Shaper C, Dale J. NHS emergency response to 999 calls: alternatives for cases that are neither life threatening nor serious. *BMJ* 2002; 325: 330-333.
30. McKinstry B, Walker J, Campbell C, Haeney D, Wyke S. telephone consultations to manage requests for sameday appointments: a randomized controlled trial in two practices. *Br J Gen Pract* 2002; 52: 306-10.
31. McKinley R, Stevenson K, Adams S, Manku-Scott T. Meeting patient expectations of care: the major determinant of satisfaction with out-of-hours primary medical care? *Fam Pract* 2002; 19: 333-8.
32. Chalder M, Sharp D, Moore L, Salisbury C. Impact of NHS walk-in centres on the workload of other local healthcare providers: time series analysis. *BMJ* 2003; 326: 532.
33. Hildebrandt D, Westfall J, Smith P. After-hours telephone triage affects patient safety. *J Fam Pract* 2003; 52: 222-7.



34. Hsu R, Lamert P, Dixon-Woods M, Kurinczuk J. Effect of NHS walk-in centre on local primary healthcare services: before and after observational study. *BMJ* 2003; 326: 530.
35. Pickin D, O'Cathain A, Fall M, Morgan A, Howe A, Nicholl J. The impact of a general practice cooperative on accident and emergency services, patient satisfaction, and GP satisfaction. *Fam Pract* 2004; 21: 180-2.
36. Bunn F, Byrne G, Kendall S. Telephone consultation and triage: effects on health care use and patient satisfaction. *Cochrane database of Systematic Reviews*. 2004(3).
37. Mark A, Sheperd I. NHS Direct: managing demand for primary care? *Int J Health Plann Manage* 2004; 19(1): 79-91.
38. Lattimer V, Turnbull J, Burgess A, Surridge H, Gerard K, Lathlean J, et al. Effect of introduction of integrated out of hours care in England: observational study. *BMJ* 2005; 331: 81-4.
39. Munro J, Sampson F, Nicholl J. The impact of NHS Direct on the demand for out-of-hours primary and emergency care. *Br J Gen Pract* 2005; 55: 790-2.
40. Fletcher J, Pickard D, Rose J, Stewart-Brown S, Wilkinson E, Brogan C et al. The introduction of integrated out-of-hours arrangements in England: a discrete choice experiment of public preferences for alternative models in health care. *Health Expect* 2006; 9(1): 60-9.
41. Grol R, Giesen P, Van Uden C. After-hours care in the United Kingdom, Denmark, and the Netherlands: New models. *Health Aff* 2006; 25: 1733-7.
42. Price J, Haslam J, Cowan J. Emerging risks in out-of-hours primary care services. *Clin Gov* 2006; 11(4): 289-98.
43. Hurst K. British out-of-hours primary and community care: a review of literature. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2006; 19(1): 42-59.
44. Halter M, Marlow T, Mohammed D, Ellison G. A patient survey of out-of-hours care provided by emergency care practitioners. *BMC Emerg Med* 2007; 7.
45. Richards S, Pound P, Dickens A, Greco M, Campbell J. Exploring users' experiences of accessing out-of-hours primary medical care services. *Qual Saf Health Care* 2007; 16(6): 469-77.
46. A guide to patient and public involvement in urgent care. 2008. Department of Health, UK.
47. Egbunike J, Shaw C, Bale S, Elwyn G, Edwards A. Understanding patient experience of out-of-hours general practitioner services in South Wales: a qualitative study. *Emerg Med J* 2008; 25: 649-54.
48. Turnbull J, Martin D, Lattimer V, Pope C, Culliford D. Does distance matter? Geographical variation in GP out-of-hours service use: an observational study. *Br J Gen Pract* 2008; 58(552): 417-7.
49. Campbell J, Roland M, Richards S, Dickens A, Greco M, Bower P. Users' reports and evaluations of out-of-hours health care and the UK national quality requirements: a cross sectional study. *Br J Gen Pract* 2009; 59(558): 8-15.
50. Egbunike J, Shaw C, Porter A, Button L, Kinnersley P, Hood K, et al. Streamline triage and manage user expectations: lessons from a study out-of-hours services. *Br J Gen Pract* 2010; 60: 83-97.
51. Kelly M, Egbunike J, Kinnersley P, Hood K, Owen-Jones E, Button L, et al. Delays in response and triage times reduce patient satisfaction and enablement after using out-of-hours services. *Fam Pract* 2010; 27: 652-63.
52. Kinnersley P, Egbunike J, Kelly M, Hood K, Owen-Jones E, Button LA, et al. The need to improve the interface between in-hours and out-of-hours GP care, and between out-of-hours care and self-care. *Fam Pract* 2010; 27(6): 664-72.
53. Carr-Bains S, Nightingale A, Ballard K. Patients' experiences and satisfaction with out-of-hours GP home visiting provided by a GP cooperative. *Family Practice* 2011; 28: 88-92.



8.4.3. After-hours care in Denmark

Items	Results
Expert(s) interviewed	Research Unit for General Practice, University of Aarhus, Denmark: Lone Flarup l.flarup@alm.au.dk tel: +45 8942 6159 Morten Bondo Christensen, mbc@alm.au.dk
Literature base	National and international publications and websites on the topic of after- hours care in Denmark
Characteristics of the health system with relevance to after-hours services	Danish healthcare is both tax funded and almost entirely publicly provided Health care spending per capita: \$3,512 Coverage is universal and compulsory. All those registered as residents in Denmark are entitled to health care that is largely free at the point of use. Equal access to healthcare for all 5.56 million citizens. A major national administrative reform in 2007 reduced the number of communities from 271 to 98 and 13 counties to five regions. After the reform health care is financed by the regions through four economical sources: a general financial contribution from the central government, a basic contribution from the communities within the region, an activity depended contribution from the central government and finally a centrally collected tax set at 8 percent of taxable income are earmarked for health. Public expenditure accounted for around 82 percent of total health expenditure in 2005. The five regions are responsible for providing hospital care, and own and run the hospitals. The regions also pays activity depended financial contributions to general and specialist practice, physiotherapy and pharmaceuticals. The 98 municipalities are responsible for most of the nursing homes, home nursing care, health visitors, municipal dentists (children's dentists and home dental services for disabled people), school health services, home help, and the treatment of alcoholics and drug addicts. Healthcare is organized in such a way that responsibility for services provided lies within the lowest possible administrative level, usually the county (now region) councils (subsidiarity). Since 1970, most decisions regarding the form and content of health care activity have been made at county (now region) and municipal level. The regions are given wide powers to make organizational decisions for health services according to their own political decisions and possibilities. Roughly two in five citizens have complementary private insurance as a supplement to the services that are not fully covered by the state, such as dentist and some sorts of physiotherapy, and around 5% of all citizens has a private insurance that covers access to treatments at private hospitals. In addition, some companies provide health insurance for their employees. GPs are organized as self-employed doctors in private clinics. GPs, of which there are roughly 3,600, operate wholly within the public healthcare system, acting as gatekeepers to specialists and hospitals. Number of practicing physicians per 1000 population = 3.2 (2006) Patients must register with a GP of their choice practising within 15 km of their home. They have the right to change their GP, but in practice this rarely happens. Each GP has about 1,600 registered patients. The number of practising GPs in each region is subject to collective agreements negotiated between the regions and the GP section of the Danish Medical Association. The result is an even distribution across the population. Compared to some neighbouring countries, the Danish service is characterized by a high number of telephone contacts per doctor per hour (> 15 contacts) and relatively low cost per contact. Total costs per person are relatively high, though, due to a high number of contacts per inhabitant (535 per 1000 per year). In contrast, the use of emergency departments is relatively low. After-hours care is regionally organized as an economically agreement between the GP's and the regions. All GP's under the age of 60 are obligated to participate.
Situation before reform	Before the reform of January 1992 basically the GP's were responsible for their own patients 24/7/365. The doctor had to manage the patient contact by him selves mainly without any assistance. In villages and rural areas, between three and 10 doctors co-operated to provide out-of-hours cover according to a rota. Telephone calls from patients were answered by the GPs or their spouses. A large amount of patients' calls ended with telephone advice but home visits were the most common contact and surgery consultations were kept to a minimum. In large towns, a locally organized rota system provided after-hours care for the registered patients of 20 to 100 GPs. Doctors' duty sessions lasted eight to 12 hours. In some of the largest towns some rota groups contracted with a central service with receptionists to handle the patients' calls but the most common telephone contact was answered by the rota group doctors themselves. There were emergency consultation centres, but these were rarely used; 90–95% of patients received home visits.



Items	Results
Drivers for system reform on after-hours care	From the perspective of the GP: - Dissatisfaction with workload during out of hours period in GPs - Desire for separation of work and private life among physicians - Growing demand for services by the public - Non-urgent interventions during out of hours period - Lack of personnel and logistic support - The wish of moving costs and workload from after-hours to daytime 94 From the perspective of the government: - The change is not seen as a political but rather as a practical issue (efficiency of care organization).
System reform (since 1992) and type of reform	National reform of after-hours care was implemented January 1, 1992. Locally negotiated rota systems were replaced by 16 county based after-hours organizations with five regional based services Before as well as after the reform there are three types of patient contacts - Telephone consultations - Surgery consultation - Home visits
Number of actual models used:	(see above)
Type of models	Large scale cooperatives Remark: Each of the five regions in The Danish after-hours system has their own telephone number, call centre and consultation rooms.
Financer and financing system	GPs are paid using a mix of quarterly capitation (30%) and fee-per-service (70%). Doctors on duty are paid a fee per consultation according to a fee schedule. Fees are thus graded, and doctors are encouraged to give telephone consultations rather than arrange for clinic consultations or home visits. The doctors union and the regions sign an agreement on the care to be provided by after-hours services. The duration of that agreement varies, but normally the period is running for two years.
Characteristics of model most frequently used (large scale cooperative)	Initiator: GPs (as associations) Number of GPs taking part in large scale cooperatives: Even though all GP's are obligated to take part in the after-hours care there is a voluntary collegial agreement that the youngest GPs are more active than the oldest GPs. Although there is not at lack of participating GP's in the after-hours service and therefore no need to force the GP's to have their shifts. This collegial agreement is illustrated by the number of participating GP's in the area around Aarhus, which is the second largest town in Denmark. Only around 53% of all GPs in Aarhus take part in the after-hours service. Number of county based services: There are 16 county based after-hours organizations with five regional based services Remark: A national structure for after-hours care has been defined but the five regions are allowed to establish some individual organizational solutions taking into account the national structure. Population: by region: - The Capital Region of Denmark: 1.7 million citizens - Region Zealand: 820.500 citizens - The Region of Southern Denmark: 1.19 million citizens - Central Denmark Region: 1.25 million citizens - The North Denmark Region: 580.515 citizens Distance: The longest distance between patient and the cooperative is around 50 km. However the distances are much shorter for most of the patients.



Items	Results
	Annual use of the cooperative by patients: There are no official data on the use of the cooperatives by patients.
	Indication: Intended for urgent help requests that cannot wait until the next day
	Availability: Available daily from 4 p.m. to 8 a.m. and the entire weekend and public holidays.
	Time frame for answering to calls: The five regions have defined quality standards with respect to after-hours care including waiting times, the time from arrival to the consultation room until doctor consultation, and the time until the doctor arrives at a home visit.
	As an example the service goals for The Central Denmark Region: 90% of all telephone calls should be answered by a doctor within 5 minutes.
	Time frame for urgent and non-urgent visits:
	As an example the service goals for The Central Denmark Region: 90% of all patients should be seen by a doctor within 1 hour after referral to the consultation room. 90% of all home visits should be provided within 3 hours after referral.
	Location: After-hours organized in local after-hours clinics (often in connection with local hospitals, but not as an implemented part of the hospital organization). The service thus functions as a gate-keeper or gate-opener to hospitals.
	Access: With single regional telephone number.
	Workload GPs: The workload varies depending of the region and age of the GP. Some GPs are 8-16 hours on duty per month but other GPs have a more important workload (up to 48 hours per month).
	Services: Telephone consultations: doctors on duty are trained general practitioners who provide telephone consultations Consultations in local after-hours clinics (often in connection with local hospitals) Home visits when needed.
	Remark: About half of the contacts are terminated by providing advice only (including prescriptions or referral to their own doctor the following day). In emergency cases they refer patients directly to a hospital.
	Staff: Only GPs In some regions there is a lack of trained GP's therefore other doctors are allowed to take shifts but only in the after-hours consultation rooms or at home visits. Telephone consultations are managed by trained GP's only. Medical students can in their last year participate to some extent in after-hours care (phone consultations and home visits). Remark: Representatives from the Association of General Practitioners (representatives for the after-hours organizations) are against the idea that a nurse should take care of the triage.
	Logistic support: Only a few GPs use there own car when on duty. Most GPs have a car with chauffeur provided by the region. The car is an (ordinary) taxi often with standard medical equipment in the trunk.



Items	Results
	Information and communication technology: Modern information technology is used in a large extent, including a patient record, and electronic contact to all pharmacies in the region. There is no electronic connection to the hospitals records nor to daytime records at the GP's clinics. The doctors doing home visits are connected by computer in the car and use cell phones Information concerning the encounters is sent electronically to each patient's own doctor (98% of all citizens have their own family doctor).
Critical success factors	High level of medical service/outcome. High satisfaction among patients. Low use of GPs time (so they can work in daytime). Reasonable costs.
Guidelines	The different regions have their own guidelines for after-hours care, mostly including guidelines on the organizational aspects of after-hours care.
Indicators/ quality requirements	Report from the National Board of Health (2009) concluded that the primary service after-hours care functions well. Patient satisfaction is high although improvements can be made, for example concerning the communication between the service and hospitals. Moreover, when run by general practitioners it functions more or less in isolation, and there may be a need to integrate the service better with the broader acute service, including the municipal home nursing service.
Who does the measurement	National Board of Health.
Outcomes (evidence):	Individual scientific studies Increase in the proportion of phone consultations Reduction in proportion of centre consultations Reduction in the proportion of home visits Reduction in doctors' after-hours workload Reduction in number of home visits Satisfaction in doctors, patients and administrators
Suggestions for improvement of after -hours care	Since 2010: Danish Regions plan to have general practitioners working in the new acute hospital service as hired staff and under the hospital management structure. That plan needs further discussion because the GP's and the politicians do not agree at all about the organizational details yet. The idea is to merge the after-hours function into the hospitals' new acute function. A single telephone number applying to the whole country is to give access to a service where health care personnel can refer a patient to a relevant service like acute hospital service, an acute local clinic or home nursing. Merging of after-hours service with the hospitals' new acute service may be an issue in the coming negotiations between Danish Regions and the Association of General Practitioners on the terms of service. As a result of a recent agreement between GP's organizations and the Danish Regions Quality monitoring will be performed for certain indicators. These indicators will be mandatory as from 2013 as a part of an accreditation process.

Data sources with regard to after-hours care in Denmark



8.4.3.1. Websites:

www.hpm.org

<http://www.eurAHnet.eu>

8.4.3.2. References:

1. Niels Bentzen, Terkel Christiansen, Kjeld Møller Pedersen. Out-of-hours primary health care in Denmark the function of and the expectations to the primary health care service out of hours. Institute of Social Sciences, University of Odense in Odense, 1980.
2. National Health Insurance, Copenhagen. Patienters oplevelse og vurdering af vagt lægers service i 2. halvår 1992. [Patients' experience and assessment of duty service in the second half of 1992]. Copenhagen: Vilstrup Research, 1993. (In Danish).
3. Laegeragten er ikke et færdigt produkt [The out of hours service not fully developed]. Ugeskr Laeger 1994;156:1676-8. (In Danish.)
4. Olesen F, Jolleys J. Out of hours service: the Danish solution examined. BMJ 1994; 309: 1624-6.
5. Christensen M, Olesen F. Out of hours service in Denmark: evaluation five years after reform. BMJ 1998; 316(7143): 1502-5.
6. Hansen B, Munck A. Out-of-Hours Service in Denmark: The Effect of a Structural Change. Br J G Pract 1998; 48, no. 433: 1497–1499.
7. Christensen MB, Olesen F. Out-of-hours service in Denmark: evaluation five years after reform. BMJ 1998; 316(7143): 1502-5.
8. Vedsted P, Olesen F. Effect of a reorganized after-hours family practice service on frequent attenders. Fam Med 1999; 31(4): 270-5.
9. Vedsted P, Christensen M. The effect of an out-of-hours reform on attendance at casualty wards. The Danish example. Scand J Prim Health Care 2001; 19: 95-8.
10. Grol R, Giesen P, Van Uden C. After-hours care in the United Kingdom, Denmark, and the Netherlands: New models. Health Aff 2006; 25: 1733-7.
11. Vedsted P, Christensen M. The effect of an out-of-hours reform on attendance at casualty wards. The Danish example. Scand J Prim Health Care 2001; 19(2): 95-8.
12. Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Peugh J, Zapert K. On the front lines of care: primary care doctors' office systems, experiences, and views in seven countries. Health Aff (Millwood). 2006;25:w555-71.
13. Christiansen T. "Primary care outside normal working hours". *Health Policy Monitor*, October 2010. Available at <http://www.hpm.org/survey/dk/a16/2>.
14. Huibers L, Moth G, Bondevik G, Kersnik J, Huber C, Christensen M, Leutgeb R, Casado A, Remmen R, Wensing M. Diagnostic scope in out-of-hours primary care services in eight European countries: an observational study. BMC Family Practice 2011, 12:30doi:10.1186/1471-2296-12-30.
15. Flarup L, Moth G, Christensen M, Vedsted P, Olesen F. Den danske lægevagt i international perspektiv – en sammenlignende undersøgelse af lægevagter i Danmark, England, Holland, Norge og Sverige. Aarhus: Forskningsenheden for Almen Praksis. 2010.



8.4.4. After-hours care in France

Items	Results
Expert(s) interviewed	Emgan QUERELLOU Isabelle Aubin-Auger (Secrétaire générale CNGE; i.aubin@cnge.fr)
Literature base	National and international publications on the topic of after-hours care in France
Characteristics of the health system with relevance to after-hours services	Population of 63.8 million in metropolitan France France has a social insurance system financed by employer–employee payroll taxes and central taxes. 2007: total expenditure on health in France was estimated at €208 billion or 11% of gross domestic product (GDP), of which 79% is publicly funded. Expenditure on personal health care accounted for 88% of total expenditure on health and represents an average of €2895 per person. Statutory insurance covers all residents for hospital and ambulatory care, prescription drugs, and, to a lesser extent, dental and optometry care. Cost-sharing requirements apply to all publicly covered services, although these are waived for patients with any of 30 chronic diseases. Roughly nine of 10 residents have complementary private insurance that covers most cost-sharing charges under the public system; they either obtain this insurance themselves (usually through employment) or, if they have low income, have it provided by the government. Since 2000: in order to ensure that measures increasing patients' co-insurance would not increase social inequities in access, public complementary insurance (complementary universal health coverage (couverture maladie universelle complémentaire, CMU-C)) is offered on a voluntary basis to lower socioeconomic groups. It covers 7% of the population. Ambulatory care is provided mostly by self-employed physicians paid fee-for-service. Tariffs are negotiated in pluri-annual agreements between SHI and representatives of health professionals. Since 2004: registration with primary care physicians who act as gatekeepers has been encouraged through higher copayments for self-referrals, and roughly 90 percent of the population is now registered. A further primary care reform has been the 2009 introduction of pay-for-performance, with GPs able to earn up to €5,000 for achieving quality targets on prevention, chronic disease management, and drug prescriptions. Responsibility for capacity planning is shared by the central and the regional level. At the regional level, the ARSs were implemented in April 2010 to coordinate ambulatory and hospital care and health and social care for the elderly and disabled through a regional strategic health plan (plan stratégique régional de santé; PRS) that is based on population needs. Each sector's planning process will have to comply with the PRS. This is a first attempt at regional planning of the ambulatory care sector. Quality of care is regulated at the national level. 122 500 self-employed GPs (2009) Most French patients have chosen a preferred doctor (85% in 2008) which is almost always a GP (more than 99%). 40% of self-employed physicians are involved in group practices. Physicians involved in group practice never share a common patient list but aim to ensure continuity of care (through shared electronic records) and mutualize extensive capital investments.
Situation before reform	After-hours care was historically organized by the local centre of the Physicians Association, which scheduled on-call rounds.
Drivers for system reform on after-hours care	- Self-employed GPs, whose number is scarce in certain areas and whose workload was increasing, became increasingly reluctant to participate in the rota system. - Hospital emergency departments dealt with an increasing workload. The overload of these departments has been related to the lack of access to primary care ambulatory services as well as to a lack of available hospital beds for emergency admissions. Remark: There is widespread concern in France about the excessive use of the SAMU in circumstances that prove not to be warranted. In theory, if a patient calls out the SAMU and it proves not to be a real emergency, the doctor or hospital receiving the patient may be unwilling to sign off a treatment certificate, as a result of which the patient will be expected to pay the costs.
System reform since and type of reform	Between 2003 and 2005: Development of ambulatory care centres (les maisons médicales de garde; MMG) that are accessible during nights and weekends, in order to guarantee continuity of access to care. This attempt has been only partly successful, mainly because of difficulties in hiring physicians for night shifts.



Items	Results
	The system is still facing difficulties in several regions, mainly through the reluctance of physicians to participate in under-served areas. As a response, the 2009 HPST Act developed measures to improve PDS, which now falls under the responsibility of ARSs. The new system (development of ambulatory care centres) falls under the responsibility of the representative of the state in each department (préfet de département), who is in charge of organizing it with the help of the local Committee for Emergency Care, Continuity of Care and Transportations (comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires; CODAMUPS). Since 2005: After-hours care has been made voluntary with the Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) organising the rotas. However, the regional préfet may occasionally require doctors to make up for shortfalls in the rota system. The level at which after-hours care is regulated is the "Département", via a departmental board of the medical council, broken down into sectors. After-hours service provision is thus a matter for regional authorities comprising independent bodies of general practitioners established on a regional or sometimes local level, as specified in the national regulations. The areas and rotas are determined by the professional doctors' bodies, which are required to ensure permanent access to primary care during and out of normal practice hours. The on-call periods are relatively short because of the longer regular working week (self-employed doctors being free to fix the opening times of their practices), while these services may be provided indiscriminately by general practitioners or specialists. Since 2009: The 2009 HPST Act attempted to tackle increasing geographical disparities of the health care workforce: the responsibility for providing continuous access to health care services now falls under the ARSs, which can contract with ambulatory care physicians in order to meet these goals. In addition, call centres dedicated to primary care issues have been created in order to reduce the burden of calls received by the SAMU (services d'aide médicale urgente) call centres.
Number of actual models used:	There is no single system of after-hours services, with ad hoc regional variations taking account of local needs and geographical factors.
Type of models	Rota-system (= the conventional on-call system): rotas being determined by a zoning system concerning all GPs. Doctors work voluntarily on the duty rotas – sometimes exclusively so – and constitute separate structures to which part of the AH service is subcontracted. These structures may be private (e.g. SOS Médecins in France). On-call medical centres (=Ambulatory care centres; 'les maisons médicales de garde') ensuring continuity of care (permanence des soins; PDS). Services are provided in walk-in centres by self-employed doctors working their obligatory on-call hours, or by hospital doctors on a flat rate, or by doctors employed exclusively at these centres. Hospital A&E departments (with direct access). Medical emergency call centres (services d'aide médicale urgente; SAMU). The SAMU is a public service attached to a hospital and responsible for emergencies in its area. The SAMU: can send out a vehicle that resembles a surgery on wheels and is accompanied by an emergency medical team. SAMU call centres deal with patient requests and direct them depending on the demand to on-call physicians, hospital emergency departments or a doctor's appointment. So a single number designed to coordinate emergencies has been set up, where a telephone operator (generally a doctor) determines the type of care needed and transfers the call to the appropriate centre for treatment. These call centres have been created to ensure that primary care and hospital services operate as one. Since 1986, SAMU have been freely accessible nationwide from any phone (by dialing 15). The centres share information with the police (dial 17) and fire brigade (dial 18) emergency call centres, so that medical emergencies are appropriately addressed. The European emergency number "112" is answered either by the medical or the fire brigade call centres, depending on the department. The system relies on doctors who are on-call on a voluntary basis, towards whom financial incentives are directed. There are nearly 100 SAMU call centres in France each on run by the local major hospital. Many of those manning the centres will themselves be doctors, or at the least, trained medical staff. Depending on the circumstances, they are able to organise transport to hospital, a home visit by a doctor or simply medical advice over the telephone.
	Since 2003: the principle of prior screening of requests for non-elective care has been adopted, implying in principle a protocol classifying calls



Items	Results
	according to three criteria of severity (urgent medical assistance, medical consultation within the half-day, counselling). After-hours care and urgent medical assistance may be managed separately but the two management centres are interconnected.
Financer and financing system	Legal framework: the public health code applied nationwide. Between 2004 and 2007, the SHI budget dedicated to PDS ('permanence des soins') increased from €270 million to €350 million (that is, 4.4% of the total SHI fees of self-employed physicians), showing a relative success in developing the system. After-hours care is generally subject to flat-rate remuneration. Hourly payment for regulating self-employed doctors – payment of time on call for after-hours doctors (per duty session) specific additions per procedure. Hourly rates for the regulating doctors with higher fees for care provided and a time-slot-based on-call care payment formula.
Characteristics of model most frequently used	Initiator: After-hours service provision is organized and regulated by regional authorities comprising independent bodies of general practitioners. Both hospitals and GPs initiate the service based on agreements determined by the ARS for a period of five years. Number of GPs taking part in after-hours care: According to a 2009 cross-national survey, 78% primary care practices in France offer after-hours arrangements whereby patients could see a physician or nurse without visiting the ED. An estimated number of 300 GPs are taking part in the on-call medical centres (primary care centres). Number of Ambulatory care centres: Not known Population: Not known Distance: Not known Indication: Intended for urgent help requests that cannot wait until the next day Availability of after-hours care: Usual opening times: from 8 p.m. to 8 a.m. (nights from Monday to Friday) and from 10 p.m. to 8 a.m. on the following working day on WE or public holidays. Time frame for answering to calls: Between 1 and 15 minutes. Time frame for urgent and non-urgent visits: see above Location: Situated near or within a hospital, but there is often no regulated flow between them. Access: There are three ways of accessing by phone. Through the 'centres 15', or a phone number linked to the centres or through a direct phone call. Workload GPs: Not known Services: Telephone service Home visits Consultation in ambulatory care centre Staff involved: GPs, specialists, nurses and administrative personnel Logistic support: Not specified Information and communication technology: Not specified
Critical success factors	Not specified
Guidelines	Not specified



Items		Results
Indicators	Not specified	
Who does the measurement	Reports from the national regulatory body for social services (the IGAS, Inspection Générale des Affaires Sociales) regularly takes stock of how after-hours services are operating nationwide.	
Outcomes (evidence)	Not specified	
Suggestions for improvement of after-hours care	The difficulties faced by the emergency care system are linked to the difficulties of the primary care sector, which are currently exacerbated by the increasing geographical disparities of the health care workforce. The hiatus between the self- employed practices and the hospital sector does nothing to facilitate the coordination, nonetheless essential, between outpatient and inpatient care. The separation between the two sectors still implicitly relies on the assumption that these services are substitutable. After-hours services turn out to be expensive, especially between midnight and 8 a.m., which poses the question of their appropriateness, since a hospital treatment paid for on a charge-per-service basis could prove much less expensive for the payer. Patient education on when to use after-hours care Preventing misuse of the hospital emergency department.	



8.4.4.1. Websites

<http://appelurgence.free.fr/>

<http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/tarifs/tarifs-conventionnels-des-medecins-generalistes/tarifs-des-medecins-generalistes-en-metropole.php>

8.4.4.2. References for France

1. Bunhes B, Glorion M, Paul S, and Rochaix X. (2001), *Mission de Concertation sur l'évolution de la médecine de ville*, report for the French ministry of health.
2. Desours C. (2003), *La permanence des soins*, January, report for the French ministry of health. INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES (IGAS) (2003), *Continuité et permanence des soins libéraux pendant l'été 2003*, Report no. 2003-154.
3. Audric S. (2004). L'exercice en groupe des médecins libéraux », *Études et Résultats*, no. 314, June, DREES.
4. ROCHAIX L. (2004), « Les modes de rémunération des médecins », *Revue d'économie financière*, no. 76, pp. 223-239.
5. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS (2005), *Démographie médicale française – Situation au 1er Janvier 2004* », *Étude n° 38*, June, 126 pages, CNOM.
6. COMMISSARIAT GÉNÉRAL DU PLAN (2005), *Pour une régionalisation du système de santé en 2025*, report under the management of S. Chambaretaud and B. Péricard, November, 132 pages.
7. Ulman P, Hartmann L, Rochaix A, Garcia-Prado D, Gali D, Heaney B, Lindgren B, Mayor E, SchletteALI, Tesdeschi P. (2005). Les soins la nuit et dans les zones rurales à faible densité médicale – Comparaison internationale des modes d'organisation et d'incitation, report for the Direction de la Sécurité Sociale, French ministry of health, May, 174 pages.
8. Couffinhal A, Dourgnon, P, Geoffard M, Grignon F, Jusot J, Lavis F, Naudin, Polton D (2005). Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé? Un éclairage européen, *Questions d'économie de la santé*, nos. 92 and 93, February, IRDES.
9. Hartmann Laurence et al., « GPs and access to out-of-hours services in six European countries » (Germany, Spain, France, Italy, the United Kingdom and Sweden), *Revue Française des Affaires sociales*, 2006/6 n° 6, p. 89-114.
10. INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES (IGAS) (2006), *Évaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine*, Report no. 2006-029. POLTON D. (2000), *Quel système de santé à l'horizon 2020?*, preparatory report on collective health services, October, La Documentation française.
11. Grall JY. Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins. Ministère de la Santé, de la jeunesse et des sports. 2007.
12. Schoen C, Osborn R, Doty MM, Squires D, Peugh J, Applebaum S. A survey of primary care physicians in eleven countries, 2009: perspectives on care, costs, and experiences. *Health Aff (Millwood)*. 2009;28:w1171-83.
13. Chevreul K, Durand-Zaleski I, Bahrami S, Hernández-Quevedo C and Mladovsky P. France: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2010; 12(6): 1–291.



8.4.5. After-hours care in Italy

Items		Results
Expert(s) interviewed		Prof. Massimiliano Panella Università degli Studi del Piemonte Orientale "Amedeo Avogadro" Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale Via Solaroli 17, 28100 Novara Italia Ufficio +390321660635(682) Fax +390321620421 Mobile +393388109442 e-mail panella@med.unipmn.it
Literature base		National and international publications on the topic of after-hours care in Italy
Characteristics of the health system with relevance to after-hours care		Population of 57,5 million (2004) Italy operates a universal, tax-funded health system modeled after the British NHS. While the central government determines the required minimum benefit package (which includes hospital and physician services and some prescription drugs) and mostly controls the distribution of tax revenue, responsibility for the organization and delivery of health services is left to the 20 regions. The regionally based National Health Service (Servizio Sanitario Nazionale (SSN) provides universal coverage free of charge at the point of service. The national level is responsible for ensuring the general objectives and fundamental principles of the national health care system. Total expenditure on health as a proportion of gross domestic product (GDP) has risen from 7.9% in 1990 to 8.7% in 2007. Health care spending per capita: \$2,686 Voluntary health insurance (VHI) does not play a significant role in funding health care in Italy. Spending on VHI, both as a percentage of total expenditure and of private expenditure, is well under 5%. Primary care is provided by GPs and paediatricians. Average number of GPs per 1000 resident population is 1.19 (2005). Most GPs operate in solo practices, group practices and networks. In 2004, each GP averaged 1107 patients. Patients are allowed to access specialist care either through a referral by their GP or for some services, by directly booking an appointment themselves through a central booking point. GP payments flow through a combination of capitation and fee-for-service—sometimes related to performance—and are regulated under a national contract and regional agreements.
Situation before reform		Patients in need of help after-hours care contacted their individual GP or refereed themselves to a local hospital and in some regions rota systems were organized by small groups of GPs.
Drivers for system reform of after-hours care		Not applicable.
Type of reform and type of reform		The organization of after-hours care in each region (20) is laid down by laws and agreements in which professional representatives have an active role to play: services and rotas, standards regarding the workforce and deputising rules. The district employs after-hours care doctors and must ensure after-hours GP care and the availability of medicines and necessary equipment. It also provides doctors' surgeries, health supplies and service vehicles. During regular hours, care is provided by GPs; there is a handover to after-hours service doctors (medici di continuità assistenziale) for nights, weekends and public holidays, a full-time AH service 24/24 (via 118), an ambulance service and the hospital A&E services. If they wish, general practitioners can also become involved in after-hours services: they then have two different contracts (one with the national government and one with the region).
Number of actual models used:		After-hours care is provided by after-hours doctors operating from an after-hours care point.
Type of models		After-hours services provided by after-hours doctors operating from and after-hours primary care point: After-hours doctors have no specific training but hold a general practitioner (even specialist) diploma, and perform these duties for five to eight years before setting up practice. If an after-hours doctor receive a call while on duty rota, they follow specific protocols; if they visit a patient (or vice versa) they give him or her a form that has to be passed



Items	Results
	on to the family doctor. Their prescriptions are valid for a short period and require confirmation from the family doctor. When a call comes in, they decide whether to send the patient to the primary care point (free of charge), make a home visit or provide telephone advice. Each after-hours primary care point in each of the 20 regions has its own specific telephone number. Unlike emergency physicians, after-hours doctors in Italy do not enjoy a high social image and the posts are subject to heavy turnover.
Financer and financing system	Financer: region Remuneration specifically designed for after-hours care doctors. The after-hours service doctor is generally paid in the form of an hourly flat rate under a regional scheme: the mean annual gross income is around 30,000 to 50,000 euros, a relatively low level compared to other general practitioners. Since 2007: a fixed co-payment has been levied for unwarranted access to hospital emergency departments.
Characteristics of model most frequently used	Initiator: District Number of doctors taking part in after-hours services: No data available Number of contact points for after-hours services/inhabitants: No data available. Population: There is a physician/population ratio of one after-hours care doctor per 5,000 inhabitants. Distance: Distances up to 20-30 kilometer, varies by region. Indication: Intended for urgent help requests that cannot wait until the next day. Availability: Available from 8 p.m. to 8 a.m. for nights from Monday to Friday and from 8 p.m. to 8 a.m. on the following working day on weekends or public holidays. Time frame for answering to calls: No data available. Time frame for urgent and non-urgent visits: No data available. Location: Not linked to a hospital. Access: With local phone number. Workload doctors: 12 hours duty. Services: - Phone consultations - Home visits - Consultations Logistic support: No data available. Information and communication technology: Not formally organized.
Critical success factors	No data available.
Guidelines	No data available.
Indicators	No data available.
Who does the measurement	No data available.
Outcomes	No data available.
Suggestions for improvement of after-hours care	There are experiments in certain areas with the setting up of a single call centre for all after-hours care doctors, aiming at screening incoming calls and directing the caller, as appropriate, to the nearest after-hours care doctor.



8.4.5.1. Websites and references for Italy:

<http://www.statoregioni.it/>

<http://www.sisac.info/default.do>

8.4.5.2. References :

1. Hartmann Laurence, Philippe Ulmann and Lise Rochaix. GPs and access to out-of-hours services in six European countries (Germany, Spain, France, Italy, the United Kingdom and Sweden), *Revue Française des Affaires Sociales*, 2006/6 n° 6, p. 89-114.
2. Lo Scalzo A, Donatini A, Orzella L, Cicchetti A, Profili S, Maresso A. Italy: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2009; 11(6)1-216.



8.4.6. Illustration of an indicator in different countries

Countries		Time frame for answering to calls and visits
The Netherlands (research from Giesen et al.)	Urgent calls	Within 30 seconds
	Regular calls	Within 2 minutes
UK (National Quality requirements: publication from Campbell et al)	Urgent calls	From the time they were identified as an emergency: within 3 minutes
	Regular calls (when no introductory message)	Within 30 seconds
	Regular calls (when introductory message)	Within 60 seconds
	(Engaged calls)	No more than 0,1%
	(Abandoned calls)	No more than 5%
	Face-to-face consultation after urgent calls and initial clinical assessment	Within 20 minutes
Denmark (Research Unit for General Practice, University of Aarhus, Denmark)	Face-to-face consultation after regular call and judged priority and initial clinical assessment	After 1 hour
	Face-to-face consultation after regular calls and judged non-priority and initial clinical assessment	Within 2 to 6 hours
	90% of the calls	Should be answered by a doctor within 5 minutes
	90% of all patients	Should be seen by a doctor within 1 hour after referral to the consultation room
France (Hartmann Laurence et al)	90% of all home visits	Should be provided within 3 hours after referral
	Regular calls	Between 1 and 15 minutes
Italy	No data available	

8.5. Appendices : Belgian legislation

L'analyse de la législation belge se déroule en deux temps :

- description de la législation actuelle :
 - o présentation des acteurs de la garde de médecine générale;
 - o étude de la législation belge en matière de garde, en exposant quelques-uns des principaux problèmes liés à celle-ci.
- relevé de quatre alternatives à l'organisation actuelle de la garde, des difficultés juridiques qu'elles posent et des modifications législatives à proposer.

8.5.1. Methodology

Le chapitre legal est basé sur la méthodologie classique, qui consiste en la consultation et le traitement des textes légaux et déontologiques, les documents parlementaires, la jurisprudence et la doctrine.

8.5.2. Description of the current legislation

8.5.2.1. Institutions prenant part à l'organisation des gardes de médecine générale

La garde de médecins généralistes voit de nombreux acteurs prendre part à son fonctionnement au sens large. Parmi les acteurs principaux, on retrouve celui qui est chargé du financement (l'INAMI), ceux qui s'occupent de la définition des besoins et des normes (Ordre des médecins avec son conseil national et ses conseils provinciaux, les commissions médicales provinciales et les gouverneurs de provinces), ceux qui assurent l'organisation de la garde (le Conseil Fédéral des Cercles de médecins généralistes, les Cercles de médecins généralistes et le SPF santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement) ainsi que ceux qui réalisent les gardes de médecine générale (les postes de garde et les médecins généralistes). Tour à tour, une définition, les missions dans le cadre de la garde ainsi que les relations qu'il y a entre les acteurs seront apportées.

**INAMI/RIZIV/NIHDI (Institute for Health and Disability Insurance)**

- Définition

L'INAMI est un Institut national public d'assurance maladie-invalidité.^g

- Missions dans le cadre des gardes de médecins généralistes

L'INAMI, dans son devoir de gérer et de contrôler la branche des soins de santé et indemnités, a notamment pour mission d'élaborer la réglementation relative à l'assurance soins de santé et indemnités en collaboration avec d'autres acteurs, d'organiser la rencontre des intervenants de l'assurance soins de santé et indemnités, de veiller à ce que les activités médicales soient adéquatement financées, etc. Le système de fonctionnement de l'INAMI est basé sur un principe de collaboration et de solidarité, ce qui est entre-autre illustré par le fait que différents acteurs comme les syndicats, les mutualités, des organisations et le gouvernement participent aux décisions.^h Sur la participation d'acteurs à l'administration de l'assurance soins de santé, voy. notamment art. 15 et 16 du Loi coordonnée le 14 juillet 1994.ⁱ

La Commission nationale médico-mutualiste a conclu avec les médecins un accord médico-mutualiste le 13 décembre 2010, qui est d'application jusqu'au 31 décembre 2011¹¹⁹. Dans le cadre de cet accord, la Commission attache une importance particulière à la garde de médecine générale et à cet effet envisage dans le courant de l'année 2011 d'élaborer des propositions favorisant une politique intégrée pour les services et postes de garde de médecine générale, par le biais notamment de l'adaptation et de la simplification de la procédure d'accords en matière de postes de garde de médecine générale, de l'ancrage du financement dans un cadre structurel au lieu d'un contexte expérimental, de la précision des conditions de financement, de l'incitation à l'application généralisée du régime du tiers payant dans le cadre des postes de garde, de l'augmentation du budget pour l'extension du nombre de postes de garde et pour le financement d'un

nombre de solutions similaires et du suivi et de l'évaluation périodiques des mesures concernées.^j

C'est dans cette même convention qu'est décidée l'intervention annuelle, visant à soutenir la pratique de la médecine générale, accordée aux médecins généralistes agréés qui sont inscrits au service de garde organisé par le cercle agréé de médecins généralistes, et qui ont une activité d'au moins 1.250 consultations et/ou visites à domicile par an.^k

- Relations entre les acteurs dans le cadre spécifique de la garde de médecins généralistes

- o Avec le Conseil fédéral des Cercles de MGs :

Deux représentants de l'INAMI siègent avec voix consultative au sein de ce conseil.^l

- o Avec les Cercles de MGs :

L'INAMI octroie un budget pour les Cercles de médecins généralistes agréés et augmente celui-ci pour les Cercles qui organisent un système d'appel unifié.^m

- o Avec des associations temporaires de personnes qui assurent l'organisation des services de gardes de MGs :

Des conventions peuvent être conclues entre l'INAMI et de telles associations. Dans ce cadre, l'INAMI interviendra dans les frais des projets temporaires et expérimentaux de services de gardes de médecins généralistes.ⁿ

- o Avec les médecins généralistes participant aux gardes :

L'INAMI donne des honoraires particuliers pour les médecins agréés qui participent aux services de garde organisés, qui ont été communiqués à la Commission médicale compétente.^o

^g Art. 6, Loi du 9 août 1963¹¹⁷

^h Brochure de présentation, L'INAMI sous la Loupe, Partie I, Qu'est-ce que l'INAMI ?, <http://www.inami.fgov.be>, consulté le 16 mars 2011 et Brochure de présentation, L'INAMI sous la Loupe, Partie III, le contexte belge, <http://www.inami.fgov.be>, consulté le 16 mars 2011

ⁱ Art. 15 et 16 du Loi coordonnée le 14 juillet 1994¹¹⁸

^j Art. 3.4. de l'accord médico-mutualiste 119

^k Art. 3.7. de l'accord médico-mutualiste 119

^l Art. 5, de l'A.R. du 16 février 2006¹²⁰

^m Art. 3 et de l' A.R. du 4 juin 2003 121

ⁿ Art. 1 et 2 de l'A.R., 16 janvier 2003 122

^o Art. 1 et 3 § 1 A.R. du 25 novembre 2002¹²³



Ces honoraires peuvent être payés directement aux médecins soit au conseil d'administration du Cercle de médecins généralistes dont font partie ces médecins, et ce sous certaines conditions.^p Pour les conditions, voir art. 7bis de l'arrêté susmentionné.)

Les données relatives à l'identification des médecins ayant pris part à la garde et les dates auxquelles ils y ont participé sont transmises au Service des soins de santé de l'INAMI. Ces informations peuvent être communiquées par ce service de l'INAMI à l'Administration des Soins de santé du SPF santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, à la Commission médicale compétente par le truchement de l'Administration des Soins de santé du Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, aux organismes assureurs et au Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.^q Pour les conditions, voir art. 7bis de l'arrêté susmentionné.

Ordre des Médecins (OM)/Medical Order (MO)

- Définition

L'Ordre des Médecins comprend tous les médecins professionnellement actifs (à l'exception des médecins militaires ne pratiquant pas l'art médical en dehors de leur emploi militaire) domiciliés en Belgique inscrits au tableau de l'Ordre de la province dans laquelle est situé leur domicile, étant entendu comme étant le lieu où ils exercent leurs activités principales.^r L'Ordre est composé de trois types d'organes étant les conseils provinciaux, les conseils d'appel et le conseil national.^s

L'Ordre agit par son conseil national et est représenté par son président et un vice-président ou, à défaut, par le président suppléant et un vice-président.^t Le conseil national a comme mission d'élaborer les principes généraux et les règles relatifs à la moralité, l'honneur, la discrétion, la probité, la dignité et le dévouement indispensables à l'exercice de la profession, qui constituent le code de déontologie médicale (1°), de tenir à jour un répertoire

des décisions disciplinaires non susceptibles de recours et d'adapter en fonction, s'il y a lieu, le code de déontologie (2°), de donner des avis motivés sur des questions d'ordre général, sur des problèmes de principe ou sur des règles de déontologie médicale, de même que d'approuver les avis des conseils provinciaux (3°), de prendre toutes mesures nécessaires pour la réalisation de l'objet de l'Ordre (4°), de déterminer le montant annuel qui, outre la cotisation destinée au conseil provincial, est réclamé aux médecins (5°), de délivrer aux médecins projetant d'exercer dans un autre Etat membre de l'Union européenne, l'attestation de moralité et d'honorabilité (6°) et de s'exprimer sur les faits graves et précis commis par un médecin belge dans un autre Etat membre de la Communauté économique européenne, pouvant avoir des conséquences sur l'accès ou l'exercice de l'art médical.^u

Les conseils ont pour missions de dresser le tableau de l'Ordre (1°), de veiller au respect des règles de la déontologie médicale et au maintien de l'honneur, discrétion, probité et dignité des médecins, et à cet effet de réprimer disciplinairement leurs fautes (2°), de donner aux membres de l'Ordre des avis sur des questions de déontologie médicale (3°), de signaler aux autorités compétentes les actes d'exercice illégal de l'art médical dont ils ont connaissance (4°), d'arbitrer en dernier ressort et sous certaines conditions, les contestations relatives aux honoraires réclamés par le médecin à son client (5°), de répondre à toute demande d'avis des cours et tribunaux relative à des contestations d'honoraires (6°) et de déterminer chaque année la cotisation due par les médecins à l'Ordre (7°).^v

Relations entre les acteurs dans le cadre spécifique de la garde de médecins généralistes

- o Avec les médecins généralistes :

Les médecins généralistes composent, avec les assesseurs magistrats, les membres des conseils provinciaux.^w De plus, les conseils provinciaux veillent au respect des règles de la déontologie médicale et au maintien de l'honneur, discrétion, probité et dignité des médecins, et à cet effet peuvent réprimer disciplinairement leurs fautes.^x

^p Art. 5 et 7bis de l' A.R. du 25 novembre 2002¹²³

^q Art. 4 et 7 de l' A.R. du 25 novembre 2002¹²³

^r Art. 2 de l' A.R. n° 79¹²⁴

^s Art. 1 de l' A.R. n° 79¹²⁴

^t Alinéa 1er art. 3 § 1 de l' A.R. n° 79¹²⁴

^u Art. 15, §§ 1-2 de l' A.R. n° 79¹²⁴

^v Art. 6 de l' A.R. n° 79¹²⁴

^w Art. 7, §§ 1er et 2 et art. 8 de l' A.R. n° 79¹²⁴

^x Art. 6 de l' A.R. n° 79¹²⁴



- o Avec les magistrats

Il y a deux magistrats assesseurs pour chaque conseil provincial.^y

Commissions médicales provinciales (CMP)/provincial medical commissions (PMC)

- Définition

Les commissions médicales sont des entités composées principalement de praticiens du milieu médical qui émettent des propositions relatives à la santé publique et qui facilitent la collaboration entre les différents professionnels de la santé afin de prévenir et de combattre les maladies quaranténaires ou transmissibles.^z Chaque province comprend une commission médicale.^{aa} Les commissions médicales, qui sont présidées par un médecin, se composent de médecins, de divers praticiens du milieu médical et paramédical, ainsi que de fonctionnaires d'inspection du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé. En outre, les commissions peuvent faire appel à la collaboration de personnes choisies en raison de leur compétence.^{bb}

- Missions dans le cadre des gardes de médecins généralistes

Les commissions médicales ont tant des missions générales que spéciales.

Parmi les missions d'ordre général, les commissions médicales proposent à l'autorité toutes mesures destinées à contribuer à la santé publique.^{cc}

Dans le cadre de leurs missions spéciales, les commissions médicales, entre-autre sans préjudice de la compétence d'autres personnes chargées à cet effet par ou en vertu de la loi de missions de contrôle ou de surveillance^{dd}.

- o veillent à ce que l'art médical soit exercé conformément aux dispositions légales,

^y Art. 7, §§ 1er et 2 et art. 8 de l' A.R. n° 79 ¹²⁴⁾

^z Art. 36, § 2 et art. 37, § 1er, 1°, ¹⁷

^{aa} Art. 36, § 1er, ¹⁷

^{bb} Art. 36, § 2, ¹⁷

^{cc} Art.37, § 1er, 1°, ¹⁷

^{dd} Art. 9 et art. 37, § 1er, 2°, c, d et f, ¹⁷

- o recherchent et signalent au parquet les cas d'exercice illégal de l'art médical,
- o définissent les besoins en matière de service de garde, surveillent le fonctionnement de ceux-ci, se voient remettre leur rôle de garde et leurs modifications, approuvent les règlements d'ordre intérieur des organisations professionnelles représentatives des praticiens ou des groupements constitués à cet effet qui instituent des services de garde garantissant à la population la dispensation régulière et normale des soins de santé tant en milieu hospitalier qu'à domicile, tranchent les contestations en matière de services de garde et éventuellement déterminent les besoins si les services de garde ne fonctionnent pas de manière satisfaisante dans le délai imparti par le gouverneur de province.
- o font connaître aux organes des Ordres intéressés les fautes professionnelles reprochées aux praticiens qui en relèvent.
- Relations entre les acteurs dans le cadre spécifique de la garde de médecins généralistes
 - o Avec le Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé :

Pour chaque commission médicale, deux fonctionnaires d'inspection des services susmentionnés sont membres des commissions médicales.^{ee}

- o Avec les services de garde de médecine générale :

Les commissions médicales définissent les besoins en matière de service de garde, surveillent leur fonctionnement, se voient remettre leur rôle de garde et leurs modifications, tranchent les contestations en matière de services de garde, définissent éventuellement les besoins si les services de garde ne fonctionnent pas de manière satisfaisante.^{ff}

- o Avec les organisations professionnelles représentatives des praticiens ou des groupements constitués à cet effet qui instituent des services de garde :

^{ee} Art. 36, § 2, 9° et 10°, ¹⁷.

^{ff} Art. 9 et art. 37, § 1er, 2°, ¹⁷.



Les commissions médicales approuvent leurs règlements d'ordre intérieur.^{gg}

- o Avec le conseil national de l'Ordre des médecins :

Les commissions médicales devront se référer aux règles relatives aux services de garde établies dans le code de déontologie médicale, élaboré par le conseil national de l'Ordre dans l'exercice de leurs missions, lorsque ce code sera rendu obligatoire par le Roi.^{hh}

- o Avec les médecins généralistes :

Les commissions sont présidées par un médecin et sont composées notamment de médecins. Les commissions veillent à ce qu'ils exercent leur profession en respectant la loi, et à cet effet recherchent et signalent au parquet les cas d'exercice illégal et font connaître aux Ordres les éventuelles fautes professionnelles des médecins.ⁱⁱ

Les données relatives à l'identification des médecins ayant pris part à la garde et les dates auxquelles ils y ont participé peuvent être transmises par le Service des soins de santé de l'INAMI à la Commission médicale compétente par le truchement de l'Administration des Soins de santé du Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement.^{jj} (Pour les conditions, voir art. 7bis de l'arrêté susmentionné²)

- o Avec les gouverneurs de provinces :

Le gouverneur d'une province peut demander à la commission médicale qui exerce ses activités sur le territoire correspondant de collaborer avec des organisations ou des praticiens pour instituer ou compléter les services de garde en cas de carence ou insuffisance.^{kk} A cet effet, si dans le délai imparti

par le gouverneur de province les services de garde ne fonctionnent pas de manière satisfaisante, la commission médicale, normalement présidée par un médecin, le sera par le gouverneur de la province.^{ll}

- o Avec toute personne choisie pour sa compétence :

Les commissions peuvent faire appel à la collaboration de personnes en raison de leur compétence.^{mm}

Gouverneurs de province (GP)/province governors (PG)

- Définition

Les gouverneurs de province sont des commissaires du gouvernement fédéral dans les provinces. Ils assurent l'exécution et l'application de la réglementation fédérale.ⁿⁿ

- Missions dans le cadre des gardes de médecins généralistes

Les gouverneurs de province interviennent lorsqu'il y a un dysfonctionnement dans le cadre des services de garde de médecine générale. Chaque gouverneur d'une province peut demander à la commission médicale qui exerce ses activités sur le territoire correspondant de collaborer avec des organisations ou des praticiens pour instituer ou compléter les services de garde en cas de carence ou insuffisance.^{oo} A cet effet, si dans le délai imparti par le gouverneur de province les services de garde ne fonctionnent pas de manière satisfaisante, la commission médicale, normalement présidée par un médecin, le sera par le gouverneur de la province.^{pp}

- Relations entre les acteurs dans le cadre spécifique de la garde de médecins généralistes

- o Avec les commissions médicales :

Les gouverneurs de province peuvent demander aux commissions médicales de collaborer avec des organisations ou des praticiens pour instituer ou

^{gg} Art. 9 et art. 37, § 1er, 2°, d, ¹⁷.

^{hh} Art. 9, § 2, ¹⁷.

ⁱⁱ Art. 36, § 2, 1°- 3°, ¹⁷.

^{jj} Art. 4 et 7, A.R. du 25 novembre 2002 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires de disponibilité aux médecins qui participent à des services de garde organisés.²

^{kk} Art. 4 et 7, A.R. du 25 novembre 2002 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires de disponibilité aux médecins qui participent à des services de garde organisés. Pour les conditions, voir art. 7bis de l'arrêté susmentionné.²

^{ll} Art. 9, § 3 et art. 36, § 2, 1°, ¹⁷

^{mm} Art. 36, § 5°, ¹⁷

ⁿⁿ 125

^{oo} Art. 9, § 2, A.R. n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé¹⁷

^{pp} Art. 9, § 3 et art. 36, § 2, 1° ¹⁷.



compléter les services de garde en cas de carence ou insuffisance.^{qq} A cet effet, si dans le délai imparti par le gouverneur de province, les services de garde ne fonctionnent pas de manière satisfaisante, la commission médicale, normalement présidée par un médecin, le sera par le gouverneur de la province.^{rr}

- o Avec des organisations et des praticiens :

si les services de garde ne fonctionnent pas de manière adéquate, soit en raison de carence, soit en raison d'insuffisance, les gouverneurs de province peuvent demander aux commissions médicales de collaborer avec des organisations ou des praticiens afin de les instituer ou de les compléter.^{ss}

Conseil Fédéral des Cercles de médecins généralistes (CFCMG)/ Federal Council of GPs Circles (FCGPC)

- Définition

Le CFCMG est institué auprès du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et est composé de douze membres désignés par le Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales parmi les représentants proposés par les organisations qui fédèrent les cercles de médecins généralistes.^{tt}

- Missions dans le cadre des garde de médecins généralistes

Parmi les missions incombant au CFCMG, se trouvent les obligations de donner au Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales un avis concernant les missions des Cercles, les modalités et les critères de leur agrément, les modalités de leur financement (1°) et de déterminer la manière dont les Cercles peuvent collaborer à la mise en œuvre et au suivi du projet de numéro d'appel unique des garde en médecine générale (2°).^{uu}

Le CFCMG a élaboré un plan stratégique pour les années 2010-2012 avec l'objectif de préciser, de renforcer et de développer le rôle des Cercles de médecins généralistes dans une politique cohérente de la santé qui nécessite

une première ligne de soins forte et responsable. Dans ce contexte, le CFCMG a mis sur pied un groupe de travail pour gérer les nombreux problèmes et faire des propositions pour assurer la durabilité du service de garde et l'optimisation des ressources. (Conseil fédéral des Cercles de médecins généralistes, Plan stratégique de CFCMG, Site du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, <http://www.health.belgium.be>, consulté le 14 mars 2011, 10 pp.)

- Relations entre les acteurs dans le cadre spécifique de la garde de médecins généralistes
 - o Avec l'INAMI :

Deux représentants de l'INAMI siègent avec voix consultative au sein du CFCMG.^{vv}

- o Avec le Service public fédéral de la Santé publique, de la Sécurité de la Chaîne alimentaire et de l'Environnement :

Deux représentants de ce SPF siègent avec voix consultative au sein du CFCMG.^{ww}

- o Avec les Cercles de médecins généralistes:

le CFCMG détermine la manière dont les Cercles peuvent collaborer à la mise en œuvre et au suivi du projet de numéro d'appel unique des gardes en médecine générale.^{xx} Le CFCMG a élaboré un plan stratégique pour les années 2010-2012 avec l'objectif de préciser, de renforcer et de développer le rôle des Cercles de médecins généralistes dans une politique cohérente de la santé qui nécessite une première ligne de soins forte et responsable.^{yy}

- o Avec des représentants d'organisations professionnelles représentatives des médecins, siégeant à la Commission nationale Médico-Mutualiste :

^{qq} Art. 9, § 2¹⁷.

^{rr} Art. 9, § 3 et art. 36, § 2, 1°¹⁷

^{ss} Art. 9, § 2¹⁷.

^{tt} Art. 1, 2 et 3,¹²⁶

^{uu} Art. 7, 1° et 3°,¹²⁶

^{vv} Art. 5,¹²⁶

^{ww} Art. 5,¹²⁶

^{xx} Art. 7, 1° et 3°,¹²⁶

^{yy} Conseil fédéral des Cercles de médecins généralistes, Plan stratégique de CFCMG, Site du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, <http://www.health.belgium.be>, consulté le 14 mars 2011, 10 pp.



Quatre de ces représentants, siègent avec voix consultative au sein du CFCMG.^{zz}

- o Avec le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions et le Ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions :

Les membres du CFCMG sont désignés par ces Ministres.^{aaa} Le CFCMG leur donne un avis concernant les missions des Cercles, les modalités et les critères de leur agrément ainsi que les modalités de leur financement. (Art. 7, 1^o, ¹²⁶)

Cercle des médecins généralistes/GPs Circles

- Définition

Les Cercles de médecins généralistes sont des associations sans but lucratif composées de tous les médecins généralistes qui y ont librement adhéré et qui exercent leur activité professionnelle dans une zone de médecins généralistes correspondant à une aire géographique d'une partie, d'une ou de plusieurs communes au sein de(s) la(es)quelle(s) le Cercle de médecins pratique son activité.^{bbb}

Chaque zone de médecins généralistes ne peut avoir sur son territoire qu'un seul Cercle agréé de médecins généralistes, sauf pour la région bilingue de Bruxelles-Capitale où il est possible que deux Cercles (l'un de langue française et l'autre de langue néerlandaise) couvrent le territoire de communes appartenant à une zone.^{ccc}

Chaque Cercle est dirigé par un Conseil d'administration étant composé exclusivement de médecins généralistes agréés qui pratiquent leur profession dans la zone de médecins généralistes correspondante.^{ddd}

- Missions dans le cadre des gardes de médecins généralistes

Dans le cadre de sa mission de représentation de la zone de médecins généralistes, le Cercle œuvre pour la politique de santé locale en promouvant les soins de santé de première ligne et le travail des médecins généralistes,

en optimisant une collaboration multidisciplinaire entre les prestataires de soins de première ligne, en concluant des accords de coopération avec les hôpitaux pour garantir la continuité des soins au patient et en assurant la meilleure accessibilité à la médecine générale pour tous les patients de la zone de médecins généralistes.^{eee}

En outre, le Cercle organise, pour la zone de médecins généralistes, le service de garde de médecine générale.^{fff}

- Relations entre les acteurs dans le cadre spécifique de la garde de médecins généralistes
 - o Avec l'INAMI :

Les Cercles de médecins généralistes agréés reçoivent annuellement un subside de la part de l'INAMI. Une contribution financière supplémentaire peut être octroyée lorsque les Cercles organisent un système d'appel unifié pour l'ensemble de la population d'une zone de médecins généralistes moyennant le respect de certaines conditions.^{ggg}

- o Avec les services de garde de médecins généralistes :

le Cercle organise, pour la zone de médecins généralistes, le service de garde de médecine générale.^{hhh}

- o Avec les hôpitaux :

Dans le cadre de sa mission de représentation de la zone de médecins généralistes, le Cercle œuvre pour la politique de santé locale en concluant

^{zz} Art. 5, ¹²⁶

^{aaa} Art. 2-3, ¹²⁶

^{bbb} Art. 1, 2^o et 4^o et art. 4, §§ 1 et 4, ¹²⁷)

^{ccc} Art. 3, ¹²⁷

^{ddd} Art. 4, § 4, ¹²⁷

^{eee} Art. 3, A. R. du 8 juillet 2002 fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes¹⁸

^{fff} Art. 4, A. R. du 8 juillet 2002 fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes¹⁸

^{ggg} Art. 3 et 4, Arrêté royal du 4 juin 2003 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière dans le fonctionnement des cercles de médecins généralistes agréés conformément aux normes fixées sur la base de l'article 9 de l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé ¹²⁸

^{hhh} Art. 4, A. R. du 8 juillet 2002 fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes¹⁸



des accords de coopération avec les hôpitaux pour garantir la continuité des soins au patient.ⁱⁱⁱ

- o Avec les médecins généralistes :

Dans le cadre de sa mission de représentation de la zone de médecins généralistes, le Cercle œuvre pour la politique de santé locale en promouvant les soins de santé de première ligne et le travail des médecins généralistes.^{jjj}

- o Relations en général :

Dans le cadre de sa mission de représentation de la zone de médecins généralistes, le Cercle œuvre pour la politique de santé locale, en optimisant une collaboration multidisciplinaire entre les prestataires de soins de première ligne.^{kkk}

Service public fédéral (SPF) Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement/Federal public service, Health, Food Chain Safety and Environment

- Définition

Le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement constitue l'un des quatorze services publics fédéraux belges. Il est composé de la DG Organisation des établissements de soins, de la DG Soins de Santé primaires et Gestion de Crise, de la DG Animaux, Végétaux et Alimentation et de la DG Environnement, ainsi que de services de recherches et d'expertises.^{lll}

- Missions dans le cadre des gardes de médecins généralistes

Dans le cadre des gardes de médecine générale, le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement soutient la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.

ⁱⁱⁱ Art. 3, A. R. du 8 juillet 2002 fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes.¹⁸

^{jjj} Art. 3, A. R. du 8 juillet 2002 fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes.¹⁸

^{kkk} Art. 3, A. R. du 8 juillet 2002 fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes.¹⁸

^{lll} Site du Portail Belgium, <http://www.belgium.be>, consulté le 20 mars 2011, Site du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, <https://portal.health.fgov.be>, consulté le 20 mars 2011.

Le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement travaille actuellement sur le projet 1733 qui a comme objectif de résoudre divers problèmes que posent actuellement les gardes de médecins généralistes.^{mmm}

- Relations entre les acteurs dans le cadre spécifique de la garde de médecins généralistes

Le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement est en étroite collaboration avec divers acteurs des gardes de médecins généralistes, comme les cercles de médecins, l'Ordre des médecins, etc.ⁿⁿⁿ

- o Avec le Conseil Fédéral des Cercles de médecins généralistes :

Le CFCMG est institué auprès du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.^{ooo}

- o Avec les médecins généralistes qui participent aux gardes et avec l'INAMI :

Les données relatives à l'identification des médecins ayant pris part aux gardes et les dates auxquelles ils y ont participé peuvent être transmises par l'INAMI au SPF santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.^{ppp} Le SPF santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement informe le médecin généraliste qui n'aurait pas rempli son obligation d'effectuer des gardes de médecine générale pendant un an. Si le médecin ne participe pas aux gardes pendant une période cinq années consécutives, il devra se justifier devant la chambre compétente de la commission d'agrément. Si ses arguments ne convainquent pas, il devra se conformer, endéans une période de deux ans, à son obligation de

^{mmm} Site du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, <https://portal.health.fgov.be>, consulté le 20 mars 2011

ⁿⁿⁿ Site du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, <https://portal.health.fgov.be>, consulté le 20 mars 2011.

^{ooo} Art. 1, 2 et 3, A. R. du 16 février 2006 instituant un Conseil fédéral des Cercles de médecins généralistes.¹²⁰

^{ppp} Art. 4 et 7, A.R. du 25 novembre 2002 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires de disponibilité aux médecins qui participent à des services de garde organisés. Pour les conditions, voir art. 7bis de l'arrêté susmentionné²



participation aux gardes de médecine générale, afin de conserver son agrément.^{qqq}

Médecins généralistes qui effectuent des gardes/Individual GPs that perform the afterhours

- Définition

Le médecin généraliste est titulaire d'une part du diplôme de docteur en médecine et d'autre part d'un document sanctionnant une formation spécifique en médecine générale suivie et validée après l'obtention du diplôme de docteur en médecine.^{rrr} Afin de maintenir leur agrément, les médecins généralistes doivent participer aux gardes de médecine générale organisées par les Cercles de médecins généralistes.^{sss}

- Missions dans le cadre des gardes de médecins généralistes

Dans le cadre des stages que le candidat-médecin généraliste effectue, il a l'obligation de participer à la dispense des soins de santé au sein d'un service de garde local, sous la supervision d'un maître de stage.^{ttt} Il peut toutefois être dérogé à cette obligation dans le cadre de situations particulières ou pour des questions de dispositions transitoires.^{uuu} Pour

davantage de précisions concernant l'obligation du candidat-médecin de participer aux gardes de médecines générales.^{vvv}

Afin de conserver son agrément, le médecin généraliste a l'obligation de satisfaire à certains critères, dont:

- o La participation au service de garde organisé par un Cercle agréé de médecins généralistes, dans le contexte de l'article 9 de l'A.R. n° 78.^{www}
- o La continuité des soins aux patients qu'il traite en s'assurant que leur prise en charge soit poursuivie sans interruption conformément à l'article 8, § 1^{er} A.R. n°78. Cette obligation implique qu'en cas d'indisponibilité d'un service de garde, le médecin généraliste doit prendre les mesures nécessaires pour assurer la continuité des soins à sa patientèle.^{xxx}
- o La formulation de l'article 8 suggère que pour assurer la continuité individuelle des soins, un médecin doit prendre des mesures telles que cette continuité soit assurée par un praticien possédant les mêmes qualifications légales. Le concept de « 'praticien possédant les mêmes qualifications » n'est pas clair. Est-ce qu'on vise un médecin et donc pas un dentiste, une infirmière, etc. ou est-ce qu'on réfère à un médecin avec la même spécialisation? La première interprétation serait en fait une confirmation du fait que les consultations médicales ne peuvent qu'être effectuées par un médecin. Si on vise la deuxième interprétation, l'application en pratique est nettement différente. En effet, des patients qui choisissent de consulter exclusivement un spécialiste en semaine pour des problèmes spécifiques (gynécologie, pédiatrie) optent fréquemment pour l'appel du médecin généraliste de garde plutôt que de consulter un autre spécialiste de même qualification légale

^{qqq} Art. 25bis, §§ 2-4, Arrêté royal du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes¹²⁹

^{rrr} Art. 1 A.M. du 1 mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes.¹³⁰ Pour les modalités et les critères de l'agrément des médecins généralistes, voy. A.M. du 1 mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes, M.B., 4 mars 2010, p. 13767¹³⁰ et A.R. du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes.¹²⁹

^{sss} Art. 10, 4° et 5°, A.M. du 1er mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes,¹³⁰

^{ttt} Art. 7 et 8, A.M. du 1 mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes¹³⁰

^{uuu} Voy. À cet effet, Art. 11-16, A.M. du 1 mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes¹³⁰

^{vvv} Circulaire du 25 novembre 2004 concernant la participation obligatoire au service de garde des médecins généralistes en formation professionnelle dans le cabinet d'un maître de stage agréé en médecine générale.¹³¹

^{www} Art. 10, 4°, A.M. du 1 mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes¹³²

^{xxx} Art. 10, 5°, A.M. du 1 mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes.¹³²



qui serait de garde aux urgences. En conséquence, le médecin généraliste de garde assure non seulement la continuité des soins de la patientèle de médecine générale mais également d'une fraction de la patientèle de certaines spécialités.

- o La permanence des soins, c'est-à-dire l'accès aux soins de médecine générale pendant les heures normales de service, correspondant aux heures n'étant pas prises en compte dans le paiement des honoraires de disponibilité aux médecins qui participent à des services de garde organisés.^{yyy}
- o La réalisation, au minimum une fois sur une période de cinq ans, d'au moins 500 contacts-patients par an, étant visites à domicile, consultations dans le cadre de la pratique ou avis médicaux.^{zzz}

En cas de non-respect de la part du médecin généraliste de son obligation d'effectuer des gardes de médecine générale pendant un an, il en sera informé par le Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. S'il ne participe pas aux gardes pendant une période cinq années consécutives, il devra se justifier devant la chambre compétente de la commission d'agrément. Si ses arguments ne convainquent pas, il devra se conformer, endéans une période de deux ans, à son obligation de participation aux gardes de médecine générale, afin de conserver son agrément.^{aaaa}

- Relations entre les acteurs dans le cadre spécifique de la garde de médecins généralistes
 - o Avec l'INAMI :

Les médecins agréés qui participent aux services de garde organisés qui ont été communiqués à la Commission médicale compétente, perçoivent des honoraires particuliers que l'INAMI leur verse soit directement soit via le conseil d'administration du Cercle de médecins généralistes dont ils font

^{yyy} Art. 10, 6°, A.M. du 1 mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes¹³⁰

^{zzz} Art. 10, 7°, A.M. du 1 mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes¹³⁰

^{aaaa} Art. 25bis, §§ 2-4, A.R. du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes¹²⁹

partie.^{bbbb} Pour les conditions d'octroi de ces honoraires, voy. art. 7 bis de l'A.R. susmentionné.)

- o Avec les Commissions médicales :

Les données relatives à l'identification des médecins ayant pris part à la garde et les dates auxquelles ils y ont participé peuvent être transmises par l'INAMI aux Commissions médicales.^{cccc}

- o Avec le SPF santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement :

les données relatives à l'identification des médecins ayant pris part à la garde et les dates auxquelles ils y ont participé peuvent être transmises par l'INAMI à cet SPF.^{dddd}

Postes de garde (PG)/Organized duty centres (ODC)

- Définition

Les PG sont des centres de consultation d'urgence en médecine générale organisés par les cercles de médecine générale, les autorités locales et un ou plusieurs hôpitaux.^{eeee}

Il peut être créé des PG dans la Région de Bruxelles-capitale et dans les communes de la Région flamande et wallonne de plus de 150 000 habitants.^{ffff}

^{bbbb} Art. 1, art. 3 § 1, art.5 et art. 7bis de l'A.R. du 25 novembre 2002 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires de disponibilité aux médecins qui participent à des services de garde organisés.²

^{cccc} Art. 4 et 7, A. R. du 25 novembre 2002 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires de disponibilité aux médecins qui participent à des services de garde organisés²

^{dddd} Art. 4 et 7, A. R. du 25 novembre 2002 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires de disponibilité aux médecins qui participent à des services de garde organisés²

^{eeee} Art. 56, § 4, L. coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités¹¹⁸



- Missions dans le cadre des gardes de médecins généralistes

Afin d'obtenir une intervention financière pour l'installation et les frais de fonctionnement de PG de médecine générale, ceux-ci doivent notamment offrir des consultations de médecine générale, disposer de la logistique médicale nécessaire permettant un traitement, sans en référer systématiquement vers le service d'urgence le plus proche, conclure une convention avec un ou plusieurs hôpitaux de façon à pouvoir orienter rapidement le patient vers un hôpital si nécessaire, couvrir au minimum les weekends et les jours fériés tout en offrant une accessibilité durant la période comprise entre 19 heures et 24 heures du lundi au vendredi et s'intégrer dans le projet des rôles de garde des médecins généralistes de la zone que ce soit durant les journées (rôle de garde via les plages de consultations sans rendez-vous) ou les nuits et weekends (via les rôles de garde de médecine générale organisés au préalable dans la zone concernée par le poste de garde).⁹⁹⁹⁹

- Relations entre les acteurs dans le cadre spécifique de la garde de médecins généralistes

- o Avec le Ministre qui a les affaires sociales dans ses attributions :

Dans le cadre de l'intervention de l'assurance soins de santé pour des modèles spéciaux de dispensation ou de paiement de soins de santé, le Ministre qui a les affaires sociales dans ses attributions peut conclure des conventions pour octroyer une intervention financière dans l'installation et les frais de fonctionnement de postes de garde de médecine générale, organisés par les Cercles de médecine générale, les autorités locales et un ou plusieurs hôpitaux, qui délivrent des soins urgents de médecine générale. Les dépenses y afférentes sont imputées intégralement au budget des soins de santé et sont définies annuellement dans le cadre de l'objectif budgétaire

^{ffff} Art. 2, b et 56, § 4, L. coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités¹¹⁸

⁹⁹⁹⁹ Art. 4 § 2, A.R. du 13 janvier 2006 fixant les conditions auxquelles une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités¹⁴ peut être accordée aux postes de garde de médecine générale visés à l'article 56, § 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994¹¹⁸

global.^{hhhh} La convention que le Ministre qui a les affaires sociales dans ses attributions peut conclure en vue de créer des PG de médecine générale doit contenir notamment les critères permettant l'évaluation du projet, dont l'information des patients sur les possibilités et les avantages des postes de garde, la sécurité des médecins généralistes, en particulier sur le chemin des visites à domicile et durant celles-ci, la collaboration et la communication avec les autres dispensateurs de soins, en particulier les médecins généralistes agréés qui gèrent le dossier médical global des patients ainsi que les services des urgences des hôpitaux.ⁱⁱⁱⁱ

- o Avec les Cercles de MGs, les autorités locales et un ou plusieurs hôpitaux, qui délivrent des soins urgents de médecine générale :

Les PG sont organisés par ces Cercles, ces autorités locales et ces hôpitaux, qui délivrent des soins urgents de médecine générale. Les dépenses y afférentes sont imputées intégralement au budget des soins de santé et sont définies annuellement dans le cadre de l'objectif budgétaire global.^{jjjj}

- o Avec les MGs qui effectuent des gardes au sein des PG :

Dans le cadre de l'exercice de leur profession au sein des postes de garde, les médecins généralistes ne peuvent exiger de leurs patients des suppléments aux prix et aux honoraires réglementaires ou stipulés dans un accord ou une convention visés à l'article 50 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.^{kkkk}

^{hhhh} Art. 2, b et 56, § 4, L. coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités¹¹⁸

ⁱⁱⁱⁱ Art. 3, A.R. du 13 janvier 2006 fixant les conditions auxquelles une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités peut être accordée aux postes de garde de médecine générale visés à l'article 56, § 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994¹⁴

^{jjjj} Art. 2, b et 56, § 4, L. coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités¹¹⁸

^{kkkk} Art. 5, A.R. du 13 janvier 2006 fixant les conditions auxquelles une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités peut être accordée aux postes de garde de médecine générale visés à l'article 56, § 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994¹⁴



8.5.2.2. Normes encadrant la garde de médecins généralistes

Cette partie sera l'occasion d'étudier d'une part les normes actuelles et d'autre part, les problèmes qui peuvent en découler.

Etude des normes actuellement en vigueur

Après des remarques introductives, cette étude se concentrera sur l'obligation de l'organisation de services de gardes, sur leurs plages horaires, sur leur organisation, ainsi que sur l'obligation des médecins de se rendre aux chevet des personnes en faisant la demande.

- Remarques préliminaires : Normes relatives aux gardes de MGs

Dans cette deuxième partie de l'étude, tant les normes juridiques et déontologiques, que les avis du conseil national de l'Ordre des médecins seront examinés.

o Normes juridiques

A titre de remarque préliminaire, on se doit de donner un mot d'explication quant aux règles qui seront analysées. En effet, deux types de sources trouvent à s'appliquer dans le cadre de la réglementation des gardes de médecine générale. D'une part, les dispositions légales, qui se déclinent en lois, règlements, arrêtés, etc. et qui n'apportent pour l'instant pas de remarques supplémentaires, si ce n'est celle évidente de ce que les médecins généralistes sont tenus de respecter cet ensemble normatif, sous peine de se voir appliquer une sanction civile et/ou pénale.

Une sanction civile pourrait découler :

- soit d'une violation d'une obligation contractuelle (Art. 1146-1155, Code civ.). Ceci est le cas par exemple de la relation entre les médecins généralistes et les services de garde, en raison des règles internes définissant les droits et devoirs de chaque parties.ⁱⁱⁱⁱ
- soit de la responsabilité extracontractuelle (Art. 1382-1386, Code civ.)

ⁱⁱⁱⁱ Avis du conseil national de l'Ordre des médecins du 6 décembre 2008, doc. A123011, Bull., n° 123, p. inconnue, Site de l'Ordre des médecins, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 1er mars 2011.

Dans les deux cas, le juge évaluera si les éléments requis pour engager la responsabilité des acteurs de la garde sont réunis. Il basera son appréciation sur le critère d'une personne normalement prudente et diligente.^{mmmm}

Les conditions, les possibilités d'exonérations et le niveau des sanctions résultant du manquement à des dispositions pénales seront mentionnées dans celles-ci.

o Normes déontologiques

On retrouve, à côté de la législation en matière de gardes de médecine générale, les règles déontologiques. Ces règles sont notamment définies par le Conseil national de l'Ordre des médecins dans le Code de déontologie médicale.ⁿⁿⁿⁿ Notez toutefois que les normes déontologiques ne se limitent pas au Code.^{oooo}

Le Code de déontologie médicale a comme objectif de réguler les rapports entre les praticiens de même que de définir les principes soutenant l'exercice de l'art médical.

Si le Roi a la possibilité de donner force obligatoire à ce Code, il n'a pas encore utilisé cette prérogative.^{pppp}

Toutefois, le Code garde toute son importance pour notre propos, et ce, à trois égards. Primo, le Code de déontologie médicale comprend tout un volet sur les gardes de médecins généralistes et, même s'il n'a pas à ce jour force juridique obligatoire, sa lecture permet d'appréhender les règles, telles qu'édictees par les acteurs au cœur de la garde. Secundo, bien que les cours et tribunaux ne soient pas en droit de baser leurs décisions sur le Code, il est peut être raisonnablement pensé qu'ils l'utiliseront à des fins d'inspiration.^{qqqq} Tertio, s'il n'est pas possible que les médecins soient condamnés civilement

^{mmmm} G. GENICOT, Droit médical et biomédical, Bruxelles, Larcier/De Boeck, 2010, pp. 322-323.¹³³

ⁿⁿⁿⁿ (Art. 15, § 1er, A.R. n° 79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des médecins,¹²⁴

^{oooo} Voy. par exemple le serment d'Hippocrate. G. Genicot, Droit médical et biomédical, Bruxelles, Larcier/De Boeck, 2010, p. 76. ¹³³

^{pppp} G. Genicot, Droit médical et biomédical, Bruxelles, Larcier/De Boeck, 2010, p. 76.¹³³

^{qqqq} G. Genicot, Droit médical et biomédical, Bruxelles, Larcier/De Boeck, 2010, p. 76.¹³³



ou pénalement sur base du Code, ils peuvent toutefois l'être sur base disciplinaire par les Conseils provinciaux (Ce sont les Conseils provinciaux qui, dans l'exercice de leur mission de garantie du respect des règles de déontologie médicale, répriment disciplinairement les fautes commises par les médecins.^{rrrr} Pour les conditions, voy. supra, dont les peines, allant d'un avertissement à la radiation du tableau de l'Ordre (les cinq peines prévues par l'arrêté royal sont : l'avertissement, la censure, la réprimande, la suspension du droit d'exercer l'art médical pendant un terme qui ne peut excéder deux années et la radiation du tableau de l'Ordre. Art. 16, A.R. n° 79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des médecins^{ssss}, peuvent s'avérer lourdes de conséquences et se cumuler aux sanctions de l'appareil judiciaire.^{tttt} Il est cependant à noter que les médecins ne peuvent être sanctionnés que pour autant que leurs fautes soient de nature à entacher l'honneur ou la dignité de la profession.^{uuuu}

o Application parallèle des normes juridiques et déontologiques

Le médecin généraliste de garde peut donc se voir appliquer une triple sanction : pénale, civile et disciplinaire.

Les normes contenues dans le Code de déontologie médicale sont générales et dès lors, les normes légales apportent à certains égards davantage de précisions. Ceci explique que dans l'analyse qui suit des normes encadrant la garde, certains points ne seront examinés qu'à la lumière des dispositions juridiques, faute de normes déontologiques.

o Avis du conseil national de l'Ordre des médecins

Le conseil national de l'Ordre des médecins rend des avis, de sa propre initiative ou à la demande de l'autorité publique, d'organismes publics ou d'organisations professionnelles de médecins, sur des questions d'ordre

général, sur des problèmes de principe ou sur des règles de déontologie médicale et approuve les avis des conseils provinciaux.^{vvv}

Les avis du conseil national de l'Ordre des médecins n'ont pas de force juridique obligatoire, mais sont importants à deux égards.

- Du point de vue déontologique, les avis donnent un aperçu de la position de l'Ordre sur des sujets particuliers, ce qui peut être révélateur de la manière dont les conseils provinciaux sanctionneront disciplinairement un médecin.
- Du point de vue tant juridique que déontologique, les avis du conseil national de l'Ordre donnent une manière d'interpréter les dispositions légales et le Code de déontologie médicale.

En raison des deux apports des avis du conseil national de l'Ordre, il y sera fait référence au cours de l'analyse des dispositions relatives à la garde de médecins généralistes, tant dans la partie des normes juridiques que déontologiques.

L'obligation des acteurs dans le cadre des gardes de médecins généralistes

- La distinction entre l'obligation de continuité de soins et l'institution des services de garde de médecins généralistes

Les soins de médecine générale durant les périodes de garde (Comme il sera étudié infra, les heures normales de service correspondent aux heures n'étant pas prises en compte dans le paiement des honoraires de disponibilité aux médecins qui participent à des services de garde organisés^{wwww}) doivent être assurés à la population belge, selon le l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967^{xxxx} et du code de déontologie médicale^{yyyy}. L'on examine l'un et puis l'autre.

^{rrrr} Art. 6, 2°, A.R. n° 79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des Médecins, M.B., 14 novembre 1967, p. 11894.¹²⁴

^{ssss} Art. 16 A.R. nr. 79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des médecins¹²⁴

^{tttt} Art. 417, Code judiciaire.

^{uuuu} Art. 6, 2° A.R. n° 79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des médecins, ,¹²⁴

^{vvv} Art. 6 et 15, § 2, 2°, A.R. n° 79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des Médecins,¹²⁴.

^{wwww} Art. 10, 6°, A.M. du 1 mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes¹³⁰

^{xxxx} A.R. n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, M.B., 14 novembre 1967, p. 11881¹⁷

^{yyyy} Art. 114 et 115, Code de déontologie médicale, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 22 mars.



- Les normes juridiques

Deux dispositions de l'arrêté royal n° 78 nous intéressent : l'article 8, imposant une continuité des soins et l'article 9, traitant de l'institution de services de garde.^{zzzz} Si ces dispositions peuvent s'appliquer conjointement, il est important de saisir la différence entre l'article 8 et l'article 9.

L'article 8, § 1er dudit arrêté impose aux médecins, en cas d'absence, d'assurer la continuité des soins de leur patientèle. Concrètement, les médecins doivent garantir la poursuite de la prise en charge de leurs patients en prenant au préalable toutes les mesures nécessaires afin d'assurer la continuité du traitement en cours, des soins palliatifs ou du traitement de la douleur du patient.^{aaaaa} En effet, si en tant que titulaires d'une profession libérale, les médecins généralistes disposent de liberté quant à l'organisation de leur travail, ils sont néanmoins soumis à l'obligation d'effectuer des gardes.^{bbbbb} Le conseil national de l'Ordre des médecins considère que « le patient a droit - durant le service de garde et dans le cadre de la continuité - à des soins analogues/équivalents, comme si les soins étaient dispensés par son propre médecin généraliste ». ^{ccccc} Afin de satisfaire à cette obligation, le médecin généraliste qui s'absente voit diverses possibilités s'offrir à lui.

La première option est d'organiser lui-même la continuité des soins. Pour ce faire, le praticien fait appel à un ou plusieurs médecin(s) généraliste(s) agréé(s) ou bien à une forme structurée, comme des pratiques de groupes, des accords de collaboration ou des réseaux.

La seconde option consiste à faire participer le service de garde de population, organisé par le Cercle de médecins généralistes, tel qu'institué à

l'article 9 de l'arrêté royal n° 78.^{dddd} L'article 9, § 1er de l'arrêté envisage donc la création de services de garde de médecins généralistes, garantissant à la population la dispensation régulière et normale des soins de santé tant en milieu hospitalier qu'à domicile.

Les articles 8 et 9 instaurent des obligations à des niveaux différents. On voit que dans le cadre de la continuité de soins (article 8), le médecin généraliste peut choisir, parmi les possibilités qui s'offrent à lui, de faire appel à un service de garde (tel que défini dans l'article 9).^{eeee} En effet, comme le rappelle le conseil national de l'Ordre des médecins, dans son avis du 10 mai 2003 « le service de garde ne doit pas prendre en charge la continuité des soins de tous les médecins du ressort de la garde ». ^{ffff} Le service de garde de population est donc subsidiaire à la permanence pour la patientèle généraliste, comme le confirme une autre disposition légale.^{ggggg} Cependant, comme la frontière des obligations est mince, celle-ci doit être définie dans le règlement interne du service de garde si le médecin généraliste fait appel à un tel service.^{hhhhh}

- Les normes déontologiques

L'article 113 du Code de déontologie médicale insiste sur le fait qu'assurer la continuité des soins est un devoir déontologique.ⁱⁱⁱⁱ Le conseil national de

^{zzzz} Art. 8 et 9, A.R. n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, M.B., 14 novembre 1967, p. 11881.¹⁷

^{aaaaa} Art. 8, A.R. n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé.¹⁷

^{bbbbb} Art. 10, 4°, A.M. du 1er mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes.¹³⁰

^{ccccc} Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 6 décembre 2008, doc. A123013, Bull., n° 123, p. inconnue, Site de l'Ordre des médecins, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 1er mars 2011.

^{dddd} Avis du conseil national de l'Ordre des médecins du 22 janvier 2011, doc. A132012, Bull., n° 132, p. inconnue, Site de l'Ordre des médecins, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 1er mars 2011.

^{eeee} J.-F. De Bock, Note concernant le projet d'arrêté royal réformant le service de garde de médecins généralistes, n'ai pas la référence, document du KCE

^{ffff} Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 10 mai 2003, doc. a101003, Bull., n° 101, p. 4, Site de l'Ordre des médecins, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 1er mars 2011.)

^{ggggg} Art. 6, A. R. du 8 juillet 2002 fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes, M.B., 5 octobre 2002, p. 45235.

^{hhhhh} Art. 6, A. R. du 8 juillet 2002 fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes.¹⁸

ⁱⁱⁱⁱ Art. 113, Code de déontologie médicale, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 22 mars 2011.



l'Ordre des médecins considère depuis longtemps que les médecins généralistes doivent assurer la continuité des soins.^{jjjjj}

Les articles 114 et 115 du Code s'inscrivent dans la même lignée que les normes juridiques imposant aux médecins généralistes l'obligation de réaliser des gardes.^{kkkkk} Le conseil de l'Ordre a eu l'occasion d'insister sur le caractère obligatoire de la participation aux gardes de médecins généralistes.^{lllll}

Cependant, à l'instar des normes juridiques, les dispositions déontologiques et les avis du conseil national de l'Ordre, montrent que la continuité des soins et la participation aux gardes sont deux obligations différentes.^{mmmmm}

- Le caractère obligatoire de la garde de médecins généralistes
 - o Les normes juridiques

Comme il sera expliqué infra, les services de garde doivent au minimum être en fonction durant les weekends et les jours fériés, mais ils peuvent couvrir davantage de plages horaires. On verra d'abord la situation du minimum instauré par la loi, ensuite celle de l'extension des plages horaires du service de garde.

^{jjjjj} Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 22 janvier 2011, doc. A132012, Bull., n° 132, p. inconnue, Site de l'Ordre des médecins, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 1er mars 2011 ; Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 16 février 1980, Bull., n° 28, p.46 Site de l'Ordre des médecins, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 1er mars 2011.

^{kkkkk} Art. 114 et 115, Code de déontologie médicale, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 22 mars.

^{lllll} Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 16 février 1980, Bull., n° 28, p.46 Site de l'Ordre des médecins, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 1er mars.)

^{mmmmm} Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 22 janvier 2011, doc. A132012, Bull., n° 132, p. inconnue, Site de l'Ordre des médecins, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 1er mars 2011 ; Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 10 mai 2003, doc. a101003, Bull., n° 101, p. 4, Site de l'Ordre des médecins, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 1er mars 2011 ; Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 16 février 1980, Bull., n° 28, p.46 Site de l'Ordre des médecins, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 1er mars 2011.

- o Couverture inférieure ou égale au minimum légal des permanences de garde

Plusieurs dispositions légales imposent aux acteurs des gardes de les organiser ou de les effectuer.

- **Les Cercles de médecins généralistes, les gouverneurs de provinces et les inspecteurs d'hygiène**

Chaque Cercle de médecins généralistes organise, pour la zone de médecins généralistes, le service de garde de médecine générale, sous peine de ne pas obtenir son agrément ou de le perdre.ⁿⁿⁿⁿⁿ

Dans l'hypothèse particulière où les services de garde ne fonctionnent toujours pas de manière adéquate dans le délai prescrit par le gouverneur de province pour instituer ou compléter ces services, l'inspecteur d'hygiène prend les mesures afin de pallier à ce dysfonctionnement, comme par exemple imposer à un médecin de collaborer à un service de garde.^{ooooo}

- **Les médecins généralistes**

Les médecins généralistes doivent participer aux gardes de médecine générale organisées par les Cercles de médecins généralistes :

afin de conserver leur agrément, qui est nécessaire pour exercer leur profession.^{ppppp} Si les médecins généralistes ne sont pas obligés légalement d'être membres d'un Cercle, ils sont cependant obligés de participer aux gardes telles qu'organisées par les Cercles.^{qqqqq} En cas de non-respect de la part du médecin généraliste de son obligation d'effectuer des gardes de médecine générale pendant un an, il en sera informé par le Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

ⁿⁿⁿⁿⁿ Art. 2 et 4, A. R. du 8 juillet 2002 fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes¹⁸.

^{ooooo} Art. 9 et 38, § 1^{er}, 3°, A.R. n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé,¹⁷.

^{ppppp} Art. 10, 4° et 5°, A.M. du 1er mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes,¹³⁰

^{qqqqq} Art. 1er, 2°, A.R. du 8 juillet 2002 fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes,¹⁸ et art.1er, 2°, A.M. du 28 juin 2002 fixant les conditions en vue de l'obtention de l'agrément des cercles de médecins généralistes,¹²⁷.



S'il ne participe pas aux gardes pendant une période cinq années consécutives, il devra se justifier devant la chambre compétente de la commission d'agrément. Si ses arguments ne convainquent pas, il devra se conformer, endéans une période de deux ans, à son obligation de participation aux gardes de médecine générale, afin de conserver son agrément.^{rrrrr}

Il est néanmoins autorisé qu'un médecin généraliste ne participe pas aux gardes de médecine générale en fournissant des justifications suffisantes à la chambre compétente de la commission d'agrément des médecins généralistes afin d'éviter une sanction civile ou pénale.^{sssss}

Si l'inspecteur d'hygiène demande à un médecin de collaborer à un service de garde et que ce dernier s'y refuse, une sanction pénale peut lui être imposée, étant un emprisonnement de huit jours à trois mois et d'une amende de vingt-six francs à deux mille francs ou de l'une de ces peines seulement (multipliés par les décimes additionnels).^{ttttt} Pour échapper à ces peines, le médecin doit pouvoir justifier d'un empêchement professionnel plus urgent, d'un motif grave ou s'être fait remplacer par un autre médecin.^{uuuuu} Pour un exemple de justification non-adéquate, voyez par exemple l'arrêt du tribunal de Namur.^{vvvvv}

le défaut de participation à la garde, de la part du médecin généraliste peut également donner lieu à une sanction disciplinaire.

- o Extension du minimum légal de permanences de la garde

Comme il a été traité au point précédent, les médecins généralistes doivent participer aux gardes de médecine générale organisées par les Cercles de médecins généralistes afin de conserver leur agrément.^{wwwww} Cela étant, on

^{rrrrr} Art. 25bis, §§ 2-4, A.R. du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes¹²⁹

^{sssss} Art. 25bis, § 3, A.R. du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes¹²⁹

^{ttttt} Loi du 5 mars 1952 relative aux décimes additionnels,¹³⁴

^{uuuuu} Art. 9 et 38, § 2, 3°, A.R. n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé,¹⁷

^{vvvvv} Civ. Namur (réf.), 4 mai 2010, Journal des tribunaux, 2011, pp. 13-14.

^{wwwww} Art. 10, 4° et 5°, A.M. du 1er mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes¹³⁰

verra infra que les services de garde peuvent être étendus à des permanences en semaine, en journée ou en soirée. Dès lors, les médecins généralistes sont-ils tenus de participer à ces « gardes supplémentaires » ?

Deux cas sont à distinguer.

- Si le Cercle de médecins généralistes adopte à l'unanimité l'instauration de permanences en journée, les médecins sont tenus d'y participer. Cette situation ne soulève pas de commentaire particulier.^{xxxxx}
- Par contre, si tel n'est pas le cas, deux questions sont à élucider :
 - o l'organe compétent pour prendre la décision. Il s'agit de l'assemblée générale du Cercle de médecins généralistes étant donné que le service de garde est organisé par le Cercle^{yyyyy} qui, en tant qu'association sans but lucratif (ASBL), a ses règles relatives aux décisions dans ses statuts.^{zzzzz}
 - o la décision en elle-même. Si une majorité simple des voix suffit, rien n'empêche que l'assemblée ne décide de voter à majorité qualifiée. Cependant, le conseil national de l'Ordre des médecins est d'avis que bien que la majorité qualifiée puisse s'avérer un gage de soutien, elle n'est pas obligatoire.^{aaaaa}

Selon le conseil national, lorsque la décision d'extension des permanences du service de garde est adoptée conformément aux statuts du Cercle et à la législation relative aux ASBL, et si la garde peut être qualifiée de service de

^{xxxxx} Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 22 janvier 2011, doc. A132012, Bull., n° 132, p. inconnue, Site de l'Ordre des médecins, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 1^{er} mars 2011.

^{yyyyy} Art. 4, A. R. du 8 juillet 2002 fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes¹⁸

^{zzzzz} Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 22 janvier 2011, doc. A132012, Bull., n° 132, p. inconnue, Site de l'Ordre des médecins, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 1^{er} mars 2011

^{aaaaa} Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 22 janvier 2011, doc. A132012, Bull., n° 132, p. inconnue, Site de l'Ordre des médecins, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 1^{er} mars 2011 ; Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 2 octobre 2010, doc. A131012, Bull., n° 131, p. inconnue, Site de l'Ordre des médecins, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 1^{er} mars 2011.



garde en vertu de la loi (arrêté royal n° 78, art. 9, § 1er), l'ensemble des médecins qui pratiquent au sein du service de garde doivent participer aux gardes pendant les nouvelles plages horaires.^{bbbbbb}

Le règlement interne du service de garde doit contenir les modifications apportées aux heures proposées par le service de garde. Tant le conseil provincial de l'Ordre des médecins que la commission médicale provinciale compétente seront informés du changement opéré.^{cccccc}

o Les normes déontologiques

Le Code de déontologie médicale impose, via l'article 117, une obligation pour les médecins de participer aux services de garde et même d'intervenir dans les frais de fonctionnement de ces services. Le Code établit, aux articles 115 et 116, que des services de garde sont institués et que leur l'organisation est confiée aux organisations professionnelles ou à des organisations locales constituées à cette fin.^{dddddd}

Cependant, les médecins généralistes peuvent se voir dispenser de la participation aux gardes pour des raisons d'âge, de santé^{eeeeee} ou d'autres motifs justifiés.^{fffff} Selon le conseil national de l'Ordre des médecins, les

^{bbbbbb} Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 30 avril 2011, doc. A133023, Bull., n° 133, p. inconnue, Site de l'Ordre des médecins, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 10 novembre 2011, Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 2 octobre 2010, doc. A131012, Bull., n° 131, p. inconnue, Site de l'Ordre des médecins, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 1er mars 2011

^{cccccc} Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 2 octobre 2010, doc. A131012, Bull., n° 131, p. inconnue, Site de l'Ordre des médecins, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 1er mars 2011.

^{dddddd} Art. 115-117, Code de déontologie médicale, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 22 mars 2001 et art. 15, § 1er, A.R. n° 79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des médecins, M.B., 14 novembre 1967, p. 11894 et Code.)

^{eeeeee} Pour les détails concernant les éventuels problèmes qui peuvent se poser dans le cadre de justifications pour raisons de santé, voy. Avis du conseil national de l'Ordre des médecins du 6 décembre 2008, doc. A123012, Bull., n° 123, p. inconnue, Site de l'Ordre des médecins, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 1er mars 2011.

^{fffff} Art. 117, Code de déontologie médicale, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 22 mars 2001 ; Avis du conseil national de l'Ordre des médecins du 21 avril

critères d'exemption sont fixés par l'assemblée générale des Cercles de médecins qui s'assureront de maintenir un nombre suffisant de participants aux gardes pour garantir des soins de santé normaux et réguliers à la population. L'identité des médecins exemptés de même que les critères d'exemption seront communiqués au conseil provincial de l'Ordre des médecins.^{gggggg}

Si le médecin n'apporte pas de justification appropriées pour se soustraire aux gardes, il pourra être condamné disciplinairement par les conseils provinciaux, à condition que sa faute soit de nature à entacher l'honneur ou la dignité de la profession.^{hhhhhh} En effet, les conseils provinciaux, dans leur mission de garantie du respect des règles de déontologie médicaleⁱⁱⁱⁱⁱⁱ, répriment disciplinairement les fautes commises par les médecins.^{jjjjjj}

Les horaires des gardes de médecins généralistes

Plusieurs dispositions légales entrent en jeu.

L'article 9, § 1er de l'arrêté royal n° 78 nous apprend que les services de garde peuvent être institués afin de garantir à la population la dispensation régulière et normale de soins de santé.^{kkkkkk}

L'article 5 de l'arrêté royal sur les missions des Cercles de médecins généralistes stipule que les services de garde doivent au minimum être assurés pendant les weekends et les jours fériés.^{llllll}

2007, doc. A116006, Bull., n° 116, p. 9, Site de l'Ordre des médecins, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 1er mars 2011.

^{gggggg} Avis du conseil national de l'Ordre des médecins du 15 juillet 2006, doc. A113004, Bull., n° 113, p. 6, Site de l'Ordre des médecins, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 1er mars 2011

^{hhhhhh} Art. 6, 2° A.R. n° 79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des médecins,¹²⁴

ⁱⁱⁱⁱⁱⁱ Art. 117, Code de déontologie médicale, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 22 mars 2001.

^{jjjjjj} Art. 6, 2°, A.R. n° 79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des Médecins,¹²⁴ Pour les conditions, voy. supra).

^{kkkkkk} Art. 9, § 1er, A.R. n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé¹⁷.

^{llllll} Art. 5, 1°, A.R. du 8 juillet 2002 fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes¹⁸



Des deux dispositions qui précèdent, on constate que les services de garde doivent au minimum être en fonction durant les weekends et les jours fériés, mais qu'ils peuvent couvrir davantage de plages horaires. A cet effet, deux cas particuliers sont à mentionner :

- D'une part, les services de garde peuvent être assurés pendant les nuits de la semaine. Si tel est le cas, l'assurance soins de santé et indemnité octroie des honoraires supplémentaires aux médecins qui effectuent des gardes de nuit.^{mmmmmm}
- D'autre part, les services de garde peuvent fonctionner en journée. S'il est vrai que contrairement à l'hypothèse précédente, cette possibilité n'est pas expressément envisagée par une disposition légale, elle ressort de l'intention de l'accord médico-mutualiste pour l'année 2011 qui entend mener une politique intégrée en matière de services de garde de médecins généralistes.ⁿⁿⁿⁿⁿⁿ

En conclusion, pendant les heures normales de service, s'échelonnant de 8h00 à 19h00 pour les jours de semaine non fériés, (les heures normales de service correspondent aux heures n'étant pas prises en compte dans le paiement des honoraires de disponibilité aux médecins qui participent à des services de garde organisés. Art. 10, 6°, A.M. du 1 mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes^{oooooo}), le médecin généraliste soit assure lui-même la continuité des soins^{pppppp}, soit l'organise en faisant appel à un service de garde^{qqqqqq}, ou à défaut si ce service est indisponible, à

un médecin généraliste agréé.^{rrrrrr} En dehors des heures normales de service, soit le service de garde prend le relais, soit le patient est dirigé (au moyen de coordonnées enregistrées sur messagerie vocale par exemple) vers un confrère ou vers l'hôpital le plus proche, etc.

L'institution et l'organisation des services de garde de médecins généralistes

- Les normes juridiques

On a vu supra, dans la première partie de notre analyse que de nombreux acteurs intervenaient dans le cadre de la garde de médecins généralistes. Au niveau de l'institution et de l'organisation de la garde, il peut être relevé deux entités qui ont un rôle central : les Cercles de médecins généralistes et les commissions médicales.

Alors que précédemment, il n'y avait que des rôles de garde ne disposant pas de la personnalité juridique, la création d'associations sans but lucratif dotées de la personnalité juridique, en la personne des Cercles de médecins généralistes, a permis d'avoir une représentation locale des médecins généralistes ainsi que des interlocuteurs pour l'organisation des gardes.^{ssssss}

Chaque Cercle doit, afin de conserver son agrément, organiser, pour la zone de médecins généralistes, le service de garde de médecine générale.^{ttttt}

Les commissions médicales, quant à elles, définissent les besoins, surveillent le fonctionnement et sont habilitées à approuver les règlements d'ordre intérieur des organisations professionnelles représentatives des praticiens ou

^{mmmmmm} Art. 2, A.R. du 25 novembre 2002 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance soins de santé et indemnités paie les honoraires de disponibilité aux médecins qui participent à des services de garde organisés,²

ⁿⁿⁿⁿⁿⁿ Art. 3.4, Accord National médico-mutualiste de 2011 du 13 décembre 2010, M.B., 17 janvier 2011, p. 3081.

^{oooooo} Art. 10, 6°, A.M. du 1 mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes¹³⁰.

^{pppppp} Art. 8, § 1er A.R. n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, M.B., 14 novembre 1967, p. 11881.

^{qqqqqq} Art. 10, 5°, A.M. du 1 mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes,¹³⁰

^{rrrrrr} Art. 8, § 1er A.R. n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé,¹⁷; Art. 10, 6°, A.M. du 1 mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes,¹³⁰) Avis du conseil national de l'Ordre des médecins du 22 janvier 2011, doc. A132012, Bull., n° 132, p. inconnue, Site de l'Ordre des médecins, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 1er mars 2011

^{ssssss} Circulaire ICM/CMP/017 du 20 avril 2007 concernant les gardes de médecine générale, Rudy Demotte Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

^{ttttt} Art. 4, A. R. du 8 juillet 2002 fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes,¹⁸



des groupements constitués à cet effet qui instituent des services de garde et tranchent les contestations en matière de service de garde.^{uuuuuu}

- Les normes déontologiques

A part l'article 116 du Code de déontologie médicale qui stipule que l'organisation des services de garde est confiée aux organisations professionnelles ou à des organisations locales constituées à cette fin et que les modalités de fonctionnement de ces services et leurs rôles de garde doivent être communiqués au conseil provincial, les normes déontologiques sont pour le reste silencieuses.^{vvvvvv} Le conseil national de l'Ordre des médecins a, à plusieurs reprises, reprécisé l'étendue et les limites du rôle des différents acteurs de la garde de médecins généralistes.^{wwwwww}

Le financement des services de garde de médecins généralistes

L'INAMI finance tant les organisations qui instituent les services de garde que les praticiens qui y participent.

L'INAMI octroie un budget pour les Cercles de médecins généralistes agréés^{xxxxxx} (c'est-à-dire qui remplissent notamment leur mission d'organisation des services de garde de médecins généralistes dans toute les zones de médecins généralistes) et augmente celui-ci pour les Cercles qui organisent un système d'appel unifié.^{yyyyyy} Dans le cadre des conventions

^{uuuuuu} Art. 9 et 37, § 1er, 2°, d, A.R. n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé,¹⁷

^{vvvvvvvvvv} Art. 116, Code de déontologie médicale, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 22 mars 2001 et art. 15, § 1er, A.R. n° 79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des médecins,¹²⁴

^{wwwwww} Avis du conseil national de l'Ordre des médecins du 13 juin 2007, doc. A117011, Bull., n° 117, p. 8, Site de l'Ordre des médecins, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 1er mars 2011 ; Avis du conseil national de l'Ordre des médecins du 1er février 2003, doc. A100002, Bull., n° 100, p. 4, Site de l'Ordre des médecins, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 1er mars 2011.

^{xxxxxx} Art. 2, 4 et 5, A.R., du 8 juillet 2002 fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes,¹²⁴ ; A.M. du 28 juin 2002 fixant les conditions en vue de l'obtention de l'agrément des cercles de médecins généralistes,¹²⁷

^{yyyyyy} Art. 3 et 4, A.R. du 4 juin 2003 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière

qui peuvent être conclues entre l'INAMI et des associations temporaires de personnes qui assurent l'organisation des services de garde de médecins généralistes, l'INAMI intervient dans les frais des projets temporaires et expérimentaux de services de garde de médecins généralistes.^{zzzzzz} L'INAMI donne des honoraires particuliers, dits honoraires de disponibilité, pour les médecins agréés qui participent aux services de garde organisés, qui ont été communiqués à la commission médicale compétente.^{aaaaaa}

Ces honoraires peuvent être payés directement aux médecins soit au conseil d'administration du Cercle de médecins généralistes dont font partie ces médecins, et ce sous certaines conditions.^{bbbbbb}

L'obligation des médecins généralistes de garde de réaliser des visites à domicile

Dans ce cadre, deux questions doivent faire l'objet d'une étude. Tout d'abord, les médecins ont-ils l'obligation de se déplacer en cas d'appel durant les gardes ? Ensuite, les médecins peuvent-ils déléguer à une tierce personne ou à un service externe la réception des appels téléphoniques ? Comme pour les autres points de réflexion, il sera d'abord procédé à une analyse des dispositions légales, puis des règles déontologiques.

- Les normes juridiques
 - o Les lieux de la garde

dans le fonctionnement des cercles de médecins généralistes agréés conformément aux normes fixées sur la base de l'article 9 de l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé,¹²⁸

^{zzzzzz} Art. 1 et 2, A.R., 16 janvier 2003 fixant les conditions auxquelles une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités peut être accordée dans le cadre de projets temporaires et expérimentaux en rapport avec les services de garde des médecins généralistes,¹²²

^{aaaaaa} Art. 1 et 3 § 1, A.R. du 25 novembre 2002 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires de disponibilité aux médecins qui participent à des services de garde organisés,²

^{bbbbbb} Art. 5 et 7bis, A.R. du 25 novembre 2002 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires de disponibilité aux médecins qui participent à des services de garde organisés,².



L'article 9, § 1er de l'arrêté royal n° 78 prévoit qu'il peut être institué des services de garde afin de dispenser des soins de santé à l'hôpital et à domicile^{cccccc}, ce qui pourrait donner à penser que les médecins généralistes de garde devraient effectuer uniquement leurs visites au domicile des patients, sans possibilité d'examiner les malades dans leur cabinet médical.

Cette vision des choses refléterait une mauvaise perception de l'esprit de la loi, comme le souligne le conseil national de l'Ordre des médecins dans son avis du 8 mai 2010.

En effet, primo, la distinction opérée par l'article 9, entre hôpital et domicile, a pour visée de différencier la médecine spécialisée intramurale de deuxième ligne et la médecine extramurale de première ligne.^{ddddd}

Secundo, l'arrêté ministériel du 1er mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes stipule que pour conserver leur agrément, les médecins généralistes dispensent des soins tant au domicile des patients que dans leur cabinet médical.^{eeeeeee} Tertio, les règlements internes des services de garde^{ffffff} stipulent que les médecins généralistes doivent disposer d'un cabinet médical équipé pour participer à la garde.^{ggggggg} Quarto, la pratique depuis plus de quarante ans après l'entrée en vigueur de l'arrêté royal n° 78 montre que si des visites ont lieu au domicile des patients lors de la garde de médecine générale, elles ont également lieu au cabinet des

médecins.^{hhhhhh} D'ailleurs, plusieurs postes de garde de médecins généralistes disposant de cabinets médicaux ont été créés (Voir infra, texte écrit par un membre du KCE) et sont légalement reconnusⁱⁱⁱⁱⁱⁱ et subventionnés.^{jjjjjj}

Dans plusieurs avis, le conseil national de l'Ordre a eu l'occasion de rappeler que pour assurer la continuité de soins, le médecin généraliste qui est de garde doit non seulement être joignable et disponible, mais en plus disposer d'un cabinet médical suffisamment équipé sur le territoire couvert par la garde.^{kkkkkk}

o L'obligation de se déplacer ?

Dans la perception des médecins généralistes de garde il y a une obligation de se déplacer au chevet des patients lorsqu'il leur est demandé. Cette obligation n'est pas prévue par un texte spécifique, mais résulterait implicitement des dispositions 422bis et 422ter du Code pénal, au titre de l'assistance à personne en danger. En effet, il a été reconnu que ces articles s'appliquent aux médecins, et même particulièrement puisqu'en « refusant de se rendre sur place pour examiner un blessé, le médecin se met dans l'impossibilité d'apprécier la gravité de son état et se rend coupable du délit

^{cccccc} A.R. n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé,¹⁷

^{ddddd} Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 8 mai 2010, doc. A130016, Bull., n° 130, p. inconnue, Site de l'Ordre des médecins, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 1er mars 2011.

^{eeeeeee} Art. 10, 1°, A.M. du 1 mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes,¹³⁰

^{ffffff} Le Cercle de médecins généralistes doit élaborer son règlement interne pour le service de garde où sont fixées les modalités pratiques relatives à l'organisation et aux engagements entre les prestataires. Art. 5, 3°, A.R. du 8 juillet 2002 fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes,¹⁸

^{ggggggg} Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 8 mai 2010, doc. A130016, Bull., n° 130, p. inconnue, Site de l'Ordre des médecins, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 1er mars 2011.

^{hhhhhhh} Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 8 mai 2010, doc. A130016, Bull., n° 130, p. inconnue, Site de l'Ordre des médecins, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 1er mars 2011

ⁱⁱⁱⁱⁱⁱ Art. 2, b et 56, § 4, L. coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités,¹¹⁸

^{jjjjjj} Art. 4 § 2, A.R. du 13 janvier 2006 fixant les conditions auxquelles une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités peut être accordée aux postes de garde de médecine générale visés à l'article 56, § 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994,¹⁴

^{kkkkkkk} Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 8 mai 2010, doc. A130016, Bull., n° 130, p. inconnue, Site de l'Ordre des médecins, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 1er mars 2011 ; Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 16 septembre 2000, doc. A090004, Bull., n° 90, p. 11, Site de l'Ordre des médecins, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 1er mars 2011 ; Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 12 décembre 1998, doc. A084003, Bull., n° 84, p. 12, Site de l'Ordre des médecins, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 1er mars 2011.



d'abstention de porter secours à personne en danger »^{llllll} L'article 422bis vise l'abstention coupable de « celui qui s'abstient de venir en aide ou de procurer une aide à une personne exposée à un péril grave », alors qu'il « pouvait intervenir sans danger sérieux pour lui-même ou pour autrui ». L'article 422ter envisage quant à lui l'abstention coupable de « celui qui, le pouvant sans danger sérieux pour lui-même ou pour autrui, refuse ou néglige de porter à une personne en péril le secours dont il est légalement requis » ou qui « refuse ou néglige de faire des travaux, le service, ou de prêter le secours dont il aura été requis dans les circonstances d'accidents »^{mmmmmm}

L'application de l'art. 422bis requérant la réunion de quatre conditions cumulatives

Le médecin généraliste de garde qui ne se rend pas au chevet d'un patient, à la demande de ce dernier ou d'une personne tierce, peut être condamné pour non-assistance à personne en danger si quatre conditions cumulatives sont réunies, à savoir : que le médecin se soit abstenu d'agir (3°) alors qu'il avait connaissance (2°) que le patient était exposé à un péril grave (1°), et qu'il n'y avait pas de danger d'intervenir ni pour le médecin, ni pour autrui (4°).

- o Il faut tout d'abord que le patient soit exposé à un péril grave.

Le patient doit être vivant.

En effet, il n'y a pas d'obligation d'assistance pour des personnes décédées. Cependant, le médecin généraliste de garde doit se rendre au domicile des patients qui en ont fait la demande, même si par la suite il est avéré que le malade n'avait aucune chance de survie et que l'intervention du médecin

^{llllll} Conseil de guerre, 5 juillet 1977, R.G.A.R., 1979, n° 10 009 et 10 064., cité in G. Genicot, Droit médical et biomédical, p. 58¹³³ (See also H. Nys, Geneeskunde Recht en medisch handelen, Mechelen, E. Story-Scientia, 2005, p. 195¹³⁵).

^{mmmmmm} (Pour une analyse générale des articles 422bis et 422ter, voy. quelques récents écrits que cite G. Genicot (G. Genicot, Droit médical et biomédical, p. 58¹³³) : J. Du Jardin, « Schuldig verzuim », in Strafrecht en strafvordering. Artikelsgewijze commentaar met overzicht van rechtspraak en rechtsleer¹³⁶; A. Jacobs et A. Masset, « Abstentions coupables »¹³⁷; H. Vuye, « Schuldig hulpverzuim. Analyse van artikel 422bis Sw. In het licht van het algemene leer van de omissie in het strafrecht », ¹³⁸)

aurait de toute manière été inopérante.ⁿⁿⁿⁿⁿⁿ Il est à noter que dans cette optique, la définition du patient vivant inclut également l'enfant sur le point de naître.^{oooooooo}

Le patient doit être exposé à un danger sérieux.

La notion de 'danger sérieux' n'est pas définie par la loi^{pppppp}, mais la doctrine l'interprète comme étant tout danger sérieux pour la santé physique ou psychique.^{qqqqqq}

Il revient au juge de déterminer si le danger peut être qualifié de sérieux. L'appréciation se fait au moment du refus exprimé par le médecin généraliste de garde de se rendre au domicile du malade.^{rrrrrr}

Par exemple, le danger de mort^{ssssss} et le traumatisme psychique^{tttttt}, ont été considérés comme constituant des dangers sérieux auxquels les patients étaient confrontés.^{uuuuuu}

ⁿⁿⁿⁿⁿⁿ Cass., 9 novembre 1964, Pas., 1965, I, p. 242.) (Voy. également: G. Genicot, Droit médical et biomédical, p. 58¹³³; H. Nys, Geneeskunde Recht en medisch handelen, p. 61¹³⁵; M.-A. Beernaert, H.-D. et al., pp. 551-552.¹³⁹).

^{oooooooo} Voy. l'affaire suivante où un gynécologue a été condamné sur base de l'article 422bis du Code pénal : Cass., 11 février 1987, Pas., 1987, I, p. 694, cité in Beernaert M.-A. et al., p.551-552¹³⁹.

^{pppppp} M.-A. Beernaert et. al. pp. 551-552¹³⁹

^{qqqqqq} J.-L. Fagnart, « Aspects actuels de la responsabilité médicale », Droit et médecine, Formation permanente CUP, vol. XI, Liège, 1996, p. 228, cité in M. Uyttendaele et M. Coomans, Lettre du 7 décembre 2009, p. 7, cité in Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 8 mai 2010, doc. A130015, Bull., n° 130, p. inconnue, Site de l'Ordre des médecins, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 1er mars 201

^{rrrrrr} H. Nys, La médecine et le droit, Kluwer, Diegem, 1995, p. 109, cité in M. Uyttendaele et M. Coomans, Lettre du 7 décembre 2009, p. 7, cité in Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 8 mai 2010, doc. A130015, Bull., n° 130, p. inconnue, Site de l'Ordre des médecins, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 1er mars 2011

^{ssssss} Bruxelles, 23 octobre 1963, Pas., 1964, II, p. 282

^{tttttt} Liège, 25 juin 1986, Pas., 1986, II, p. 164

^{uuuuuu} M.-A. Beernaert et. al., p. 554.¹³⁹).



- o En outre, le médecin de garde doit avoir connaissance du péril grave.

A cet égard, le médecin généraliste de garde a deux obligations.

Premièrement, il doit s'informer correctement de l'état de santé des patients.^{vvvvvv} En effet, il est considéré en principe que les médecins doivent s'enquérir de l'état du patient et de sa gravité lorsqu'il y a un contact téléphonique.^{wwwwwww}

Deuxièmement, le médecin généraliste a une obligation plus large de détecter un danger sérieux, et ce même au téléphone, en raison de ses connaissances médicales.^{xxxxxxx}

Si le médecin ne reçoit pas les informations directement du patient lui-même ou de la personne appelant pour lui, mais qu'il en a connaissance par l'intermédiaire du personnel réceptionnant les appels (voy. infra), il ne sera probablement pas condamné si le réceptionniste a manqué à ses obligations (comme par exemple décrocher le téléphone ou informer correctement le médecin de garde). En effet, dans cette hypothèse particulière, une des conditions de l'article 422bis du Code pénal n'est pas remplie : le médecin n'est pas au courant de l'existence d'un danger sérieux.

- o Le médecin généraliste de garde doit s'être abstenu d'agir.
- Bien qu'il découle de l'article 422bis du Code pénal que le médecin généraliste de garde apporte son aide au patient de par son action

propre ou de par l'appel fait à une personne tierce, la première option doit être si possible privilégiée.^{yyyyyy}

- Etant donné que l'article 422bis du Code pénal impose une obligation de moyens et non de résultat, le médecin généraliste de garde doit se rendre au domicile du patient qui en a fait la demande, et ne peut pas justifier son refus par le fait que son aide aurait de toute façon été inutile.^{zzzzzz}
 - o Un dol général (et non spécial) est requis pour considérer que le médecin généraliste de garde a manqué à son devoir d'aide aux patients.^{aaaaaaa}
 - o Il sera considéré que le médecin enfreint la dernière condition de l'article s'il n'a pas agi, alors qu'il n'y avait pas de danger pour lui-même ou pour autrui.

Le danger doit être sérieux. La justification apportée par le médecin sera examinée par le juge qui utilisera le critère d'un médecin généraliste de garde prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances.

Le médecin de garde ne peut pas invoquer sa propre fatigue pour justifier son refus d'effectuer une visite au domicile d'un patient.^{bbbbbbb}

^{vvvvvv} Voy. sur l'obligation qu'ont les médecins généralistes : Mons, 25 octobre 1996, Rev. dr. santé, 1998-1999, p. 388. See a specific case of a medical doctor on duty: Bruxelles, 14 mai 1974, J.T., 1975, p. 193. Les deux jurisprudences sont citées dans M.-A. Beernaert et. al., pp. 551-552¹³⁹

^{wwwwww} M. Uyttendaele et M. Coomans, Lettre du 7 décembre 2009, p. 7, cité in Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 8 mai 2010, doc. A130015, Bull., n° 130, p. inconnue, Site de l'Ordre des médecins, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 1er mars 2011

^{xxxxxxx} See a case concerning the refusal of a medical doctor to visit a child of 6 months : Bruxelles, 23 octobre 1963, Pas., 1964, II, p. 282, cité in M.-A. Beernaert et. al., pp. 551-552.¹³⁹

^{yyyyyyyyyyyy} H. Nys, *La médecine et le droit*,¹³⁵ p. 109, cité in M. Uyttendaele et M. Coomans, Lettre du 7 décembre 2009, p. 8, cité in Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 8 mai 2010, doc. A130015, Bull., n° 130, p. inconnue, Site de l'Ordre des médecins, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 1er mars 2011

^{zzzzzz} M.-A. Beernaert, H.-D. et al., Les infractions, volume 2 Les infractions contre les personnes, Bruxelles, Larcier, 2010, pp. 551-552

^{aaaaaaaaaaaa} Voy. deux affaires qui ne visent pas expressément le cas des médecins de garde: Cass., 7 octobre 1981, Rev. dr. pén., 1982, p. 90 ; Corr. Hasselt, 24 décembre 1999, Rev. dr. santé, 2001-2002, p. 169., cité in M.-A. Beernaert, H.-D. et al., pp. 551-552.¹³⁹

^{bbbbbbb} Voy. une affaire concernant un médecin généraliste de garde qui refusa de se rendre au chevet d'un enfant de six ans qui était sérieusement malade : Bruxelles, 23 octobre 1963, Pas., 1964, II, p. 282. The appeal to the Court of Cassation has been rejected: Cass., 9 novembre 1964, Rev. dr. pén., 1964-1965, p. 502, cités in Beernaert M.-A. et al, p. 570.¹³⁹



Le médecin généraliste de garde peut néanmoins justifier son refus de visite à domicile au motif de ce qu'il/elle a d'autres patients à traiter qui nécessitent des soins au moins aussi urgents.^{ccccccc}

Possibilités d'exonération pour les médecins généralistes de garde

Il ressort de l'analyse des conditions de l'article 422bis du Code pénal que les médecins généralistes de garde ne voient que trois justifications qui s'offrent à eux : l'absence de péril ne fait aucun doute, l'appel n'est pas sérieux ou le déplacement du médecin entraînerait un danger sérieux pour lui-même ou pour d'autres personnes.^{ddddddd}

Plusieurs exemples jurisprudentiels démontrent que les médecins généralistes peuvent être exemptés de « l'obligation » de se rendre sur place.^{eeeeeee} lorsqu'ils n'ont pas reçu l'information correcte^{ffffff} ou encore quand le patient est décédé d'une maladie qui présentait des syndromes atypiques.^{ggggggg}

Sanctions en cas de non-respect

Le médecin qui ne s'est pas rendu au chevet d'un de ses patients sans pouvoir justifier de l'une des trois causes d'exonération mentionnées ci-dessus, se risquerait à une sanction pénale (emprisonnement de huit jours à un an et/ou une amende de 50 à 500 euros, multiplié par les centimes additionnels).^{hhhhhhh} Si le patient est mineur, la peine maximale d'emprisonnement peut être élevée à deux ans.ⁱⁱⁱⁱⁱⁱⁱ Le minimum de ces

sanctions peut être doublé si la discrimination est à la base du non-respect de l'obligation de visite à domicile.^{jjjjjjj}

Le médecin généraliste de garde peut aussi s'exposer à une sanction civile si son abstention de déplacement a engendré un dommage en lien causal avec cette abstention coupable.^{kkkkkkk}

Un cas spécifique: le déplacement du médecin généraliste de garde dans le cadre de l'aide médicale urgente

L'article 422ter du Code pénal vise le cas où un individu qui est obligé par la loi d'intervenir, n'a pas porté secours à une personne en danger. La situation du médecin généraliste de garde s'inscrit dans le contexte de cet article pour le cas spécifique où le préposé 100 lui demande de se rendre sur les lieux où un service de secours est attendu dans le cadre de l'aide médicale urgente.^{lllllll} Dans cette hypothèse, le péril grave n'est plus requis, mais uniquement le péril simple.

Il n'est possible de s'exonérer de cette obligation que pour les cas de danger sérieux pour le médecin ou toute autre personne.^{mmmmmmm}

Le médecin qui ne s'est pas rendu au chevet d'un de ses patients sans pouvoir justifier de la cause d'exonération mentionnée ci-dessus, se risquerait à une sanction pénale (emprisonnement de huit jours à un an, voire deux si le patient est mineur et/ou une amende de 50 à 500 francs) (Art. 422bis, Code pénal) de même qu'à une sanction civile (si le médecin commet une faute en lien causal avec le dommage) (Art. 1382, Code civil).

o La réception des appels téléphoniques

^{ccccccc} Beernaert M.-A. et. al., p. 570¹³⁹

^{ddddddd} M. Uyttendaele et M. Coomans, Lettre du 7 décembre 2009, p. 9, cité in Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 8 mai 2010, doc. A130015, Bull., n° 130, p. inconnue, Site de l'Ordre des médecins, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 1er mars 2011

^{eeeeeee} M.-A. Beernaert, et. al. pp. 551-552.¹³⁹

^{ffffff} Voy. une affaire concernant un médecin qui n'avait pas connaissance de l'information exacte : Corr. Arlon, 17 novembre 1976, Jur. Liège, 1977, p. 290

^{ggggggg} Voy. un cas où un médecin généraliste était de garde: Gand, 16 mai 2006, Rev. dr. santé, 2006-2007, p. 114

^{hhhhhhh} Code pénal, art. 422bis, al. 1er

ⁱⁱⁱⁱⁱⁱⁱ Code penal, art. 422bis, al. 3

^{jjjjjjj} Code pénal, art. 422quater

^{kkkkkkk} Art. 1382, Code civil.

^{lllllll} Art. 6quiquies, A.R. du 2 avril 1965 déterminant les modalités d'organisation de l'aide médicale urgente et portant désignation des communes comme centres du système d'appel unifié¹⁴⁰, L. du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente.¹⁴¹)

^{mmmmmmm} M. Uyttendaele et M. Coomans, Lettre du 7 décembre 2009, pp. 8-9, cité in Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 8 mai 2010, doc. A130015, Bull., n° 130, p. inconnue, Site de l'Ordre des médecins, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 1er mars 2011



L'on envisage sous cet intitulé la réception des appels téléphoniques pendant la garde par des personnes autres que le médecin généraliste qui effectue la garde. En effet, il se peut que le service de garde ait instauré un service de réception des appels par des tiers qui prennent note des informations communiquées par le patient afin d'en faire part au médecin de garde ou de transférer directement la communication au médecin.ⁿⁿⁿⁿⁿⁿⁿⁿ Dans ce contexte précis, il ne sera pas étudié le cas d'un dispatching des appels où du personnel juge lui-même de la pertinence des appels. Cette possibilité fera l'objet d'une analyse infra.

Lorsqu'un patient fait appel à un médecin généraliste de garde, il se peut que son appel soit traité par un service de réception des appels. Il s'agit d'une société qui a passé un contrat avec un Cercle des médecins. Le personnel de la société est chargé de la réception des appels ainsi que de leur communication et rapport au(x) médecin(s) de garde. Il ne fait pas partie du Cercle de médecins, car seuls les médecins généralistes qui ont librement adhéré au cercle de la zone où ils exercent leurs activités sont membres du Cercle.^{oooooooo} Ce personnel travaille en général sous contrat de travail.

Les différentes responsabilités en cas de réception des appels téléphoniques par des tiers

Si un réceptionniste des appels ne décroche pas ou s'il n'informe pas le médecin de garde de ce qu'un patient a appelé, la responsabilité de plusieurs personnes peut être engagée : le récepteur des appels (sa responsabilité peut être engagée s'il ne décroche pas le téléphone ou s'il ne communique pas sans délai les appels aux médecins de garde, mais il n'est pas responsable de la gestion ultérieure des appels), l'employeur du récepteur et éventuellement le Cercle de médecins. La responsabilité envisagée peut être civile et/ou pénale.

Diverses personnes peuvent agir en justice pour obtenir réparation du préjudice causé : l'employeur du récepteur des appels de même que tout tiers à la relation de travail, comme le patient, le Cercle des médecins, etc.

ⁿⁿⁿⁿⁿⁿⁿⁿ Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 8 mai 2010, doc. A130015, Bull., n° 130, p. inconnue, Site de l'Ordre des médecins, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 1er mars 2011

^{oooooooo} Art. 1, 2°, A.R. du 8 juillet 2002 fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes.¹⁸

Les conditions qui engagent la responsabilité, les modalités d'action en justice et les délais de prescription varient en fonction de la personne reconnue comme responsable légalement. Cependant, ces questions de responsabilité ne font pas l'objet de la présente étude et ne seront pas par conséquent analysées.

Quant à la responsabilité du médecin généraliste de garde qui ne se déplace pas au chevet de son patient elle ne sera probablement pas engagée, dans le cas où le préposé ne lui transmet pas les informations relatives à l'appel. En effet, le médecin qui ne connaît pas l'existence d'un péril grave, ne peut se voir appliquer l'article 422bis du Code pénal et par conséquent, sa responsabilité pénale ne sera pas engagée. Le médecin ne sera probablement pas condamné au civil à partir du moment où il n'a pas eu connaissance de la situation. (Hypothèse similaire, mais différente de celle envisagée dans M. Uyttendaele et M. Coomans^{pppppppp}, qui elle vise non seulement le cas de la réception mais aussi du triage des appels téléphoniques par du personnel formé à cet effet.)

La formation du personnel chargé de réceptionner les appels téléphoniques

Il ne semble pas obligatoire que ce personnel suive une formation médicale ou paramédicale, vu que leur tâche consiste à réceptionner les appels, à demander aux patients quelques informations sur leur état de santé ainsi qu'à contacter les médecins de garde pour leur communiquer les appels et les informations communiquées par les patients. Le personnel ne donne aucun avis, n'interprète pas les données des patients et ne gère pas le suivi des appels.

^{pppppppp} M. Uyttendaele et M. Coomans, Lettre du 7 décembre 2009, p. 14, cité in Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 8 mai 2010, doc. A130015, Bull., n° 130, p. inconnue, Site de l'Ordre des médecins, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 1er mars 2011



Le secret professionnel

L'appelant se verra demander, par le personnel récepteur des appels, les données et coordonnées générales du patient, de même que des informations sur l'état de santé du patient.

Le personnel des services de réception des appels est tenu au secret médical parce que sa profession l'amène à se voir confier des données personnelles d'ordre médical, selon l'article 458 du Code pénal.

Si le préposé divulgue des informations médicales à des tiers sans respecter l'article 458 du Code pénal, il sera puni d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de cent à cinq cents euros. (multipliée par un coefficient de 5,5 correspondant aux décimes additionnels.^{qqqqqqqq}

- Les normes déontologiques relatives à l'obligation des médecins de se déplacer en cas d'appel durant les gardes de MGs

Le Code de déontologie médicale renvoie expressément aux articles 422bis et 422ter pour les abstentions dans le cadre de la garde de médecins généralistes.^{rrrrrrrr}

Le Code insiste particulièrement sur le fait que lors d'une réquisition du médecin généraliste de garde par le préposé 100 dans le cadre de l'aide médicale urgente, le médecin ne peut s'y soustraire que s'il a acquis la conviction qu'il n'y a pas de réel danger ou qu'il est retenu par une urgence d'au moins égale importance.^{ssssssss} (Pour des considérations sur les obligations du médecin généraliste de garde dans le cadre de l'aide médicale urgente, voy. Avis du conseil national de l'Ordre des médecins du 6 décembre 2008^{tttttttt})

En cas de non-exonération du médecin généraliste, celui-ci pourra être condamné disciplinairement par les conseils provinciaux, (Les Conseils

provinciaux, dans leur mission de garantie du respect des règles de déontologie médicale, répriment disciplinairement les fautes commises par les médecins. Art. 6, 2°, A.R. n° 79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des Médecins, M.B., 14 novembre 1967, p. 11894. Pour les conditions, voy. supra), à condition que sa faute soit de nature à entacher l'honneur ou la dignité de la profession)^{uuuuuuuu}. Au vu des termes utilisés par le conseil national pour décrire les conséquences de l'abstention de déplacement, il semblerait que cette dernière condition puisse être remplie quand le médecin n'examine pas un patient qui en fait la demande durant la garde. En effet, une telle attitude « porte gravement préjudice à l'image de la profession de médecin généraliste et ne satisfait pas à la mission des services de garde ».^{vvvvvvvv}

Le conseil national de l'Ordre des médecins a rendu plusieurs avis concernant l'obligation de se déplacer, et ceux-ci vont tous dans le même sens: le médecin généraliste de garde doit examiner le patient qui en fait la demande. Une des raisons sous-tendant cette obligation de déplacement est qu'apporter au patient une seule réponse téléphonique est une pratique non compatible avec la qualité des soins.^{wwwwwwww} Une autre raison est que généralement, le médecin de garde n'est pas le médecin traitant du patient et dès lors, il ne connaît ni son dossier médical, ni ses antécédents.^{xxxxxxx} Au dire du conseil national de l'Ordre, la visite à domicile est un élément essentiel et particulier de l'activité médicale des médecins généralistes, qui se différencie en cela de la médecine spécialisée.^{yyyyyyyy}

^{qqqqqqqq} Loi du 5 mars 1952 relative aux décimes additionnels.¹³⁴

^{rrrrrrrr} Art. 118, Code de déontologie médicale, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 22 mars 2001.

^{ssssssss} Art. 117, Code de déontologie médicale, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 22 mars 2001

^{tttttttt} Avis du conseil national de l'Ordre des médecins du 6 décembre 2008, doc. A123011, Bull., n° 123, p. inconnue, Site de l'Ordre des médecins, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 1er mars 2011.)

^{uuuuuuuu} Art. 6, 2°, A.R. n° 79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des médecins.¹²⁴

^{vvvvvvvv} Avis de l'Ordre des médecins du 6 décembre 2008, Bull., n° 123, A 123015

^{wwwwwwww} Avis du conseil national de l'Ordre des médecins du 12 décembre 1998, doc. A084003, Bull., n° 84, p. 12, Site de l'Ordre des médecins, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 1er mars 2011.

^{xxxxxxx} Avis de l'Ordre des médecins du 6 décembre 2008, Bull., n° 123, A 123015.

^{yyyyyyyy} Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 6 décembre 2008, doc. A123013, Bull., n° 123, p. inconnue, Site de l'Ordre des médecins, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 1er mars 2011



Si le conseil national de l'Ordre reconnaît qu'une consultation au cabinet plutôt qu'au domicile du patient est de l'intérêt du malade^{zzzzzzzz}, le conseil national affirme que la demande de visite à son domicile d'un médecin généraliste est un droit fondamental du patient «quel que soit le motif sous-jacent ou la pertinence médicale de cette demande»^{aaaaaaaa}. Cette prise de position nous inquiète à deux égards. D'une part, on peut émettre des réticences quant à l'étendue presque sans limite du pouvoir du patient qui peut exiger une consultation à domicile quel qu'en soit le motif ou la pertinence. En effet, l'article 422bis du Code pénal, auquel renvoie expressément le Code de déontologie médicale^{bbbbbbbbb}, requiert un péril grave. Cependant, si le péril grave se définit comme étant «tout danger sérieux pour la santé physique ou psychique»^{cccccccc}, peut-il être interprété de manière aussi large qu'il englobe tout motif sous-jacent quel que soit la pertinence médicale de la demande ? D'autre part, on estime dangereux d'hisser la prérogative du patient d'exiger une visite à domicile, en droit fondamental. S'il est vrai que la loi sur les droits du patient du 22 août 2002 dispose en son article 5 que le patient a droit à des prestations de qualité répondant à ses besoins^{ddddddddd} et que part besoin on peut entendre dans certaines hypothèses les visites à domicile, en conclure que cela implique un

^{zzzzzzzz} Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 8 mai 2010, doc. A130016, Bull., n° 130, p. inconnue, Site de l'Ordre des médecins, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 1er mars 2011 ; Avis du conseil national de l'Ordre des médecins du 21 avril 2007, doc. A116006, Bull., n° 116, p. 9, Site de l'Ordre des médecins, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 1er mars 2011

^{aaaaaaaa} Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 6 décembre 2008, doc. A123013, Bull., n° 123, p. inconnue, Site de l'Ordre des médecins, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 1er mars 2011

^{bbbbbbbbb} Art. 118, Code de déontologie médicale, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 22 mars 2011

^{cccccccc} J.-L. Fagnart, « Aspects actuels de la responsabilité médicale », Droit et médecine, Formation permanente CUP, vol. XI, Liège, 1996, p. 228, cité in M. Uyttendaele et M. Coomans, Lettre du 7 décembre 2009, p. 7, cité in Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 8 mai 2010, doc. A130015, Bull., n° 130, p. inconnue, Site de l'Ordre des médecins, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 1er mars 2011

^{ddddddddd} Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient²¹),

droit sine qua non pour le patient ne paraît ni raisonnable, ni réaliste, ni en conformité avec l'objectif de la loi.

8.5.2.3. En résumé: points problématiques

Sous ce point, seront d'abord étudiés les problèmes liés à l'application concrète des dispositions encadrant la garde de médecins généralistes, et puis les difficultés d'ordre juridiques.

Problèmes rencontrés sur le terrain

Les problèmes rencontrés sur le terrain ont été mentionnés dans d'autres parties de ce rapport (voir notamment 8.2) :

- Perception des médecins généralistes de garde d'une obligation inconditionnelle de se déplacer ;
- Problème d'insécurité
- Manque de médecins généralistes dans certaines régions pour remplir les plages horaires des gardes 24 heures/24, 7 jours / 7.

Problèmes d'ordre juridique

- o Première imprécision: absence de disposition légale spécifique à l'obligation des médecins généralistes de se déplacer

La premier problème est que dans la perception des médecins il y a une 'obligation de se déplacer' absolue qui résulterait de deux dispositions d'application générale, les articles 422bis et 422ter du Code pénal. Bien qu'il y ait des possibilités de s'exonérer de cette « obligation », les conditions d'application des dédits articles sont soumis à l'interprétation du juge le cas échéant. Aucun texte particulier (légal ou déontologique) ne vient y apporter de détails. Cela peut présenter l'avantage de plus de liberté et de rapidité d'adaptation aux besoins de la pratique. Cependant, dans le cadre particulier de la garde de médecine générale, cette souplesse ne semble pas fonctionner. En effet, comme expliqué en introduction de ce rapport, de nombreux médecins se plaignent de cette « obligation de déplacement » et divers problèmes structurels émergent.

- o Seconde imprécision : notion du « patient qui ne peut se déplacer »

Si le conseil national de l'Ordre des médecins reconnaît le droit pour le patient de se faire ausculter à domicile, et ce pour diverses raisons déjà



examinées,^{eeeeeeee} le conseil estime qu'il est dans l'intérêt du patient de se rendre au cabinet de consultation.^{ffffff}

En effet, selon le conseil national de l'Ordre des médecins, la visite à domicile sera de préférence réservée au patient «qui ne peut se déplacer».^{gggggggg}

C'est là que deux voies s'ouvrent et qu'une position doit être adoptée en faveur de l'une ou de l'autre. Soit, les élaborateurs des normes, les organisateurs et les praticiens de la garde envisagent la garde comme étant une prestation de services qui peut s'effectuer au cabinet ou à domicile, au choix du patient, que celui-ci soit en mesure de se déplacer ou non (situation actuelle telle que perçue). Soit, ces acteurs estiment que la garde doit s'effectuer au cabinet médical et que la visite à domicile ne doit être réservée qu'aux patients qui ne sont pas capables de se déplacer. Pour que cette seconde option soit réalisable, il faut une disposition légale qui établisse ces règles et en outre il faut préciser ce que l'on entend par « le patient qui ne peut se déplacer ». La seconde imprécision que nous mentionnions en introduction à ce point réside dans la définition même du « patient qui ne peut se déplacer ».

8.5.2.4. Rôle de l'Ordre dans les gardes de médecins généralistes

Comme précisé supra dans la partie première de l'analyse de la situation belge relative à la présentation des différents acteurs de la garde, le conseil national de l'Ordre des médecins édicte les normes du Code de déontologie

médicale^{hhhhhhh} qui contient des normes en matière de gardeⁱⁱⁱⁱⁱⁱⁱ et les conseils provinciaux ont autorité et juridiction sur les médecins inscrits au tableau de l'Ordre de cette province qu'ils peuvent sanctionnés disciplinairement.^{jjjjjjj} Normalement, les conseils provinciaux doivent s'en tenir aux normes déontologiques, mais la pratique démontre le contraire. En effet, il s'avère que lorsqu'ils condamnent les médecins généralistes, les conseils provinciaux font parfois référence aux normes légales au sein de leurs décisions, avec le risque potentiel de baser leurs décisions et de condamner les médecins sur une base erronée en cas de mauvaise interprétation des normes égales.

Dans ce contexte, une question se pose. Que se passe-t-il si les conseils provinciaux s'écartent des dispositions légales et condamnent un médecin généraliste sur base de leur interprétation propre des normes découlant du Code de déontologie et de la loi ? Bien entendu, les médecins généralistes ne sont pas sans recours et peuvent contester cette décision devant les conseils d'appel^{kkkkkkkk}, ainsi que devant la Cour de Cassation (dans les conditions mentionnées dans les articles 23-27, A.R. n° 79 du 10 Novembre 1967 relatif à l'Ordre des Médecins.^{lllllll}

Ce questionnaire est intéressant non seulement dans l'état actuel du droit, mais aussi dans une perspective future, dans le cadre des pistes de solutions relatives à une réorganisation du système des gardes de médecins généralistes, que l'on envisagera infra.

8.5.3. Four alternative scenarios for after-hours care : legal considerations

Deze studie poogt alternatieven voor te stellen voor de huidige regeling inzake huisartsenwachtdiensten. Niettemin moeten geneesheren de continuïteit van zorg verzekeren. Daarom wordt in dit deel nagegaan of de voorgestelde initiatieven mogelijk zijn in het huidige wettelijk kader, welke

^{eeeeeeee} Avis du conseil national de l'Ordre des médecins du 12 décembre 1998, doc. A084003, Bull., n° 84, p. 12, Site de l'Ordre des médecins, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 1er mars 2011 ; Avis du conseil national de l'Ordre des médecins du 6 décembre 2008, doc. A123013, Bull., n° 123, p. inconnue, Site de l'Ordre des médecins, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 1er mars 2011

^{ffffff} Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 6 décembre 2008, doc. A123013, Bull., n° 123, p. inconnue, Site de l'Ordre des médecins, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 1er mars 2011.

^{gggggggg} Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 6 décembre 2008, doc. A123013, Bull., n° 123, p. inconnue, Site de l'Ordre des médecins, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 1er mars 2011

^{hhhhhhh} Art. 15, § 1, A.R. n° 79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des Médecins¹²⁴

ⁱⁱⁱⁱⁱⁱⁱ Art. 113-118, Code de déontologie médicale, <http://www.ordomedic.be>, consulté le 22 mars 2011.

^{jjjjjjj} Art. 5, A.R. n° 79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des Médecins.¹²⁴

^{kkkkkkkk} Art. 13, A.R. n° 79 of 10th Novembre 1967 relatif à l'Ordre des Médecins.¹²⁴

^{lllllll} articles 23-27, A.R. n° 79 du 10 Novembre 1967 relatif à l'Ordre des Médecins.¹²⁴)



problemen dit kan stellen en of de wetgeving dient aangepast te worden. Bovendien worden ook de verantwoordelijkheid en de aansprakelijkheid van de verschillende actoren besproken. De initiatieven voorgesteld in volgend hoofdstuk zijn beperkt tot 4 scenario's:

- twee zijn nu al getoetst / toegepast in de praktijk (project 1733 en de verwijzing naar het ziekenhuis tijdens de "deep nights");
- De twee andere scenario's (teleconsultatie en consultation par un infirmier) zijn nog niet in werking in ons land. Ils sont en application dans d'autres pays et pourraient être envisagés en Belgique lorsque la pénurie de médecins généralistes sera à son apogée (mise à la pension de la cohorte des 50-60 ans actuels).

8.5.4. Scenario 1: Project 1733

8.5.4.1. Inleiding

Het proefproject 1733 fungeert als een service provider voor de huisartsenkringen. (cfr. 2.6.1) Het heeft tot doel de haalbaarheid te bestuderen van een samenwerking tussen de oproepcentrales van de Dringende Geneeskundige hulpverlening en de huisartsenwachtdienst.

Het systeem wordt door de overheid aangeboden als een vrijblijvende dienst. De huisartsenkringen worden dus niet verplicht om deze voorgestelde dienst te gebruiken.

De Kring zou de 1733-dienst op twee niveaus kunnen gebruiken:

Een technisch niveau waardoor de oproep van de patiënt automatisch doorgeschakeld wordt van het eenvormig nummer 1733 naar het nummer van de lokale huisartsenkring.

Een operationeel niveau met aangestelden (calltakers), triage en dispatching.

Het technisch niveau

In dit scenario zijn geen 1733-aangestelden betrokken. Het wettelijk kader is dan ook niet zo verschillend van het huidige kader voor de huisartsenwachtdiensten: Enkel de FOD Volksgezondheid is een extra schakel, als beheerder en dienstverlener van het 1733-nummer, contractant in de keten tussen de patiënt en de huisarts van wacht of zijn secretariaat.

Het operationeel niveau

Het operationele niveau verdient de bijzondere aandacht gezien er verschillende nieuwe partners betrokken worden bij de organisatie van de huisartsenwachtdiensten en dit een invloed kan hebben op de huidige wetgeving. (cf. beschrijving van het huidige Belgische wettelijk kader).

Wanneer de Kringen het 1733-systeem gebruiken op operationeel niveau zal de patiënt, na het vormen van het nummer 1733, (buiten de consultatie-uren), en het ingeven van de postcode waar hij/zij zich bevindt, een aangestelde van de dienst 100 aan de lijn krijgen. De aangestelden zullen alle oproepen moeten triëren volgens een beslissingsboom waarbij er zes mogelijkheden zijn:

de patiënt aanraden om 's anderendaags een arts te raadplegen;

de patiënt aanraden om zich te verplaatsen naar het kabinet van de huisarts van wacht of de wachtpost, en de zorgverlening van de huisarts van wacht vorderen;

de patiënt aanraden om thuis te wachten op de huisarts van wacht; en de huisarts van wacht vorderen om ter plaatse te gaan;

de patiënt aanraden om zich te verplaatsen naar de spoedgevallendienst en de zorgverlening van deze dienst vorderen;

de patiënt aanraden om thuis te wachten op de middelen van de dringende geneeskundige hulpverlening en de ziekenwagen/MUG (Mobiele Urgentie Groep)/ PIT (Paramedical Intervention Team) uitsturen en deze diensten van dringende geneeskundige hulpverlening vorderen;

de aangestelde schakelt de oproep door naar de bevoegde huisartsenkring, waarna de patiënt een antwoord kan krijgen van de huisarts van wacht zelf;

8.5.4.2. Wetgevend en deontologisch kader: mogelijke problemen.

Wetgevend kader.

- 1733-dienst op technisch niveau; de oproep wordt rechtstreeks doorgeschakeld naar de huisartsenkring

Indien de oproep meteen doorgeschakeld wordt naar de bevoegde huisartsenkring, is er strikt gezien geen wetswijziging nodig. De organisatie van de wachtdienst is immers de verantwoordelijkheid van de huisartsenkring. De Kringen zijn nu ook vrij systemen te organiseren die ze



zelf wensen om de wachtdienst te verzekeren^{mmmmmmmm}, maar dan zonder de voordelen van het 1733-project, zie beschrijving huidige situatie.

Indien de huisartsenkring dus werkt met een dispatcher, die geen medisch personeel is, voor het centraal oproepnummer kan deze enkel de oproep aannemen en de gegevens overmaken aan de arts van wacht. Hij/zij heeft geen bevoegdheid wat betreft de gevolgen die gegeven worden aan de oproep van de patiënt, de arts van wacht zal zijn handelen moeten afstemmen op de ontvangen informatie vanwege de dispatcher. In de huidige situatie is er geen of weinig zorgtriage van de oproepen en al zeker geen homogeen systeem van bevraging en triage. De wetgeving preciseert echter niet of het huidig systeem oproepen mag sorteren of naar andere diensten doorschakelen. Bijgevolg is er geen oplistijng van de prioriteiten. Het pilootproject 1733 op operationeel niveau tracht hieraan tegemoet te komen.

- 1733-dienst op operationeel niveau: de oproep wordt behandeld door een aangestelde

Binnen het huidige kader van de huisartsenwachtdienst kan het pilootproject op operationeel niveau te maken krijgen met een aantal moeilijkheden in het huidige kader van de huisartsenwachtdienst.

Momenteel is er in de wetgeving geen eenvormig oproepstelsel voor heel het land voorzien. Wat wel voorzien is, is een centraal oproepnummer per huisartsenkring of een persoonlijk nummer van de huisartsⁿⁿⁿⁿⁿⁿⁿⁿ. Daarnaast is er wel de Beschikking van de Europese Commissie^{oooooooo} van 30 november 2009, die beschrijft dat er met ingang van 15 april 2010, het nummer 116117 zou moeten toegewezen worden aan de telefonische hulplijn voor medische hulp in andere dan noodgevallen. De Federale Raad voor

^{mmmmmmmm} Art. 9 KB van 10 november 1967 nr. 78¹⁷

ⁿⁿⁿⁿⁿⁿⁿⁿ Art. 5, 8° KB van 8 juli 2002 tot vaststelling van de opdrachten verleend aan huisartsenkringen¹⁸; Art. 2, 5° en 4 KB van 4 juni 2003 tot vaststelling van de voorwaarden overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent in de werking van de huisartsenkringen erkend overeenkomstig de normen vastgelegd op basis van artikel 9 van het KB nr. 78.¹⁴²

^{oooooooo} Beschikking van de Commissie van 30 november 2009 tot wijziging van Beschikking 2007/116/EG wat betreft de invoering van aanvullende gereserveerde nummers die beginnen met "116" (Kennisgeving C(2009) 9425).¹⁴³

huisartsenkringen kan bepalen hoe de Kringen kunnen meewerken aan de implementatie en aan de opvolging van het unieke oproepnummer 1733^{pppppppp}.

Indien een patiënt een beroep doet op 1733 dient het systeem uit te maken of men zich binnen of buiten de wachtdienst bevindt om er het gepaste gevolg aan te geven. In de huidige wetgeving bestaat er echter geen strikte definitie van de tijdsperiode van de wacht. Het begin- en einduur van de huisartsenwachtdienst is dus niet uniform in België. Het begin en eindmoment van de wachtdienst dient enkel duidelijk te worden gepreciseerd in het huishoudelijk reglement van de huisartsenkring en kan dus verschillen van Kring tot Kring.^{qqqqqqqq} Een indicatie van de wachtperiode kan wel worden gevonden in het besluit op basis waarvan erkende huisartsen die deelnemen aan de wachtdiensten voor huisartsgeneeskunde in aanmerking komen voor het beschikbaarheidshonorarium. Voor de toepassing hiervan worden de wachtdiensten in aanmerking genomen op elke weekday vanaf 19 uur tot de daaropvolgende dag om 8 uur, op de vrijdagavond vanaf 19 uur tot de daaropvolgende maandag om 8 uur en op de vooravond van wettelijke feestdagen vanaf 19 uur tot de tweede daaropvolgende dag om 8 uur.^{rrrrrrrr} Los van dit beschikbaarheidshonorarium is men echter vrij om hiervan af te wijken. De Federale Stuurgroep van het project 1733 heeft het startuur van de 1733-dienstverlening vastgelegd op 18 uur en het eindmoment op 7 uur. Aangezien deze uren momenteel niet overal overeenkomen met de uren van de wacht georganiseerd door de kring, zullen de kringen een intern debat hieromtrent moeten voeren opdat deze al dan niet zouden kunnen ingeschreven worden in het huishoudelijk reglement.

Opdat het 1733-project operationeel kan worden, zullen aangestelden van de dienst 100 moeten instaan voor het beantwoorden van oproepen van

^{pppppppp} Art. 7, 3° KB van 16 februari 2006 tot oprichting van een Federale Raad voor de Huisartsenkringen.¹⁴⁴

^{qqqqqqqq} Art. 5, 3° KB 8 juli 2002 tot vaststelling van de opdrachten verleend aan huisartsenkringen¹⁸

^{rrrrrrrr} Art. 2 Koninklijk Besluit van 25 november 2002 tot vaststelling van de voorwaarden en de modaliteiten overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een beschikbaarheidshonorarium betaalt aan de artsen die deelnemen aan georganiseerde wachtdiensten.²



patiënten. Zoals eerder vermeld dienen zij, via een vastgesteld schema, hieraan een passend gevolg te geven. Voor de aangestelden binnen het 1733-systeem bestaat echter geen wettelijk kader, zodat hun verantwoordelijkheden en aansprakelijkheden nog niet bepaald zijn. Bovendien is er enkel een juridische band tussen de huisartsenkring en de huisartsen^{ssssssss}, niet met de aangestelden van het systeem (cf. infra). Tot op heden bestaat er dus geen link tussen de huisartsenwachtdiensten en de dringende geneeskundige hulpverlening, waarin het systeem zou moeten geïntegreerd worden. Het statuut van deze aangestelde moet binnen het wettelijk te creëren kader ook duidelijk opgenomen worden. Stel dat de bevraging op basis van de protocollen aanzien wordt als een (aanzet tot) anamnese dan begeeft de aangestelde zich op het pad van de uitoefening van een gezondheidsberoep en dient dit beroep derhalve gedefinieerd te worden binnen het KB n°78. Indien we de bevraging van de aangestelde echter beschouwen als een inschatting van de ernstgraad van de oproep, dan kan deze handeling perfect worden weergevonden in de definitie van de aangestelde binnen de wet van 8 juli 1964 betreffende de organisatie van het eenvormig oproepstelsel en de dringende medische hulpverlening, of nog binnen de definitie van de medische regulatoren binnen de wet van 29 april 2011 betreffende de oprichting van het 112 agentschap. Artikel 10 binnen de wet van 29 april 2011 voorziet trouwens al de mogelijke inschrijving van andere taken dan louter de noodoproepen.

De protocollen beschrijven de bevraging van de patiënt door de aangestelde, de beslissingsboom en de mogelijkheden van zorg. Deze protocollen worden opgesteld door de huisartsenkringen en gevalideerd door de wetenschappelijke verenigingen voor huisartsgeneeskunde. Het gebruik van deze protocollen heeft als gevolg dat de vrije keuze van de patiënt beperkt wordt. De patiënt kan namelijk als zorgvraag een huisbezoek hebben, maar de beslisboom binnen het protocol kan aangeven dat de zorgvraag kan uitgesteld worden, of nog dat er een doorverwijzing naar de 2de lijn noodzakelijk is, zoals de spoedgevallendienst. Omwille van efficiëntie van de zorg, en in analogie met het 112-systeem, is deze beperking noodzakelijk. Het gebruik van de protocollen heeft ook als gevolg dat de aangestelde zijn aansprakelijkheid beperkt ziet en dat het systeem een deel van deze

aansprakelijkheid overneemt. Het is pas als de aangestelde buiten de lijnen van het protocol zou handelen dat zijn aansprakelijkheid opnieuw geheel bij hem komt te liggen. Uit voorzorg voorziet het systeem van protocollen ook dat de aangestelde, bij twijfel aangaande de geschiktheid van de voorgestelde zorg door de beslissingsboom, steeds kan opteren een hoger niveau van zorg aan te wenden.

Naast deze algemene mogelijke problemen kunnen de verschillende opties van zorg ook specifieke mogelijke problemen kennen:

- o Uitstel van de zorg

Eén van de mogelijkheden die het pilootproject voorziet behelst de “uitstel van de zorg”. Dit impliceert dat de patiënt met zijn hulpvraag verwezen wordt naar de normale consultatietijdstippen bij zijn eigen huisarts, en dat er tijdens de huisartsenwachtdienst geen verdere zorg geboden wordt, bijvoorbeeld voor het vernieuwen van een medicatievoorschrift. Momenteel kan de aangestelde van de dienst 100/112 theoretisch gezien deze optie gebruiken, maar in de praktijk zal deze optie niet worden gebruikt omwille van de mogelijke aansprakelijkheid die er mee samenhangt. De huidige protocols voorzien niet duidelijk wanneer en hoe zorg kan uitgesteld worden, het pilootproject tracht hier duidelijkheid in te scheppen, natuurlijk met de nodige omzichtigheid en voorzorg. Bij twijfel zal de zorg nooit uitgesteld worden, maar zal men op basis van de protocollen een zorgaanbod van een hoger niveau^{ttttttt} aanbieden.

In het geval van uitstel van zorg moet nagegaan worden of artikel 422bis of 422ter van het Strafwetboek, de bepalingen inzake schuldig verzuim, niet geschonden worden. Immers, wanneer iemand verzuimt hulp te verlenen of te verschaffen aan iemand die in groot gevaar verkeert, als hij zelf diens toestand heeft vastgesteld, of als die toestand hem is beschreven door degenen die zijn hulp inroepen, waarbij de verzuimer kon helpen zonder ernstig gevaar voor zichzelf of voor anderen, kan deze worden gestraft.

De vraag stelt zich of de continuïteit van zorg en de wachtdienst verzekerd blijven in geval van uitstel van zorg. Dit wordt gegarandeerd door de nieuwe verantwoordelijkheden die ontstaan (zie 1.1.1.3.) en de registratie van de oproepen binnen het 1733-systeem. Deze registratie moet een weerslag van

^{ssssssss} Via het huishoudelijk reglement van de huisartsenkring zoals bepaald in art. 9, § 1 van het KB nr. 78.¹⁷

^{ttttttt} Dit principe wordt al gebruikt bij de dringende geneeskundige hulpverlening zoals bepaald in de “Belgische handleiding voor de medische regulatie”.



het gesprek weergeven, alsook de beslissing tot uitstel van zorg staven aan de hand van het gevolgde protocol. Deze weerslag moet overgemaakt worden aan de behandelende huisarts van de patiënt, via de technologieën van het e-Health-platform, en zo ontstaat er een link met het patiëntendossier.

- o De patiënt verplaatst zich naar de huisarts van wacht en de aangestelde vordert de zorg van de huisarts.

Indien mogelijk zal de patiënt zich moeten verplaatsen op aanraden van de aangestelde. Deze optie tracht een oplossing te bieden voor de soms problematische uitvoering van de huisbezoeken, wegens het tekort aan huisartsen in bepaalde regio's en/of wegens de uitgebreidheid van de wachzone. Tevens zijn huisbezoeken soms overbodig daar de patiënt zich nog kan verplaatsen, en is het efficiënter van de huisarts van wacht te laten consulteren op een vaste plaats, zijn kabinet of wachtpost, en de patiënten naar hier te verwijzen, en niet omgekeerd. De aangestelde kan vandaag echter niet eisen van de patiënt dat deze zich zou verplaatsen, noch kan hij hier fysiek controle op uitoefenen.

Bijkomend kan artikel 9 van het KB nr. 78 tevens voor interpretatiemoeilijkheden zorgen. Volgens dit artikel kunnen wachtdiensten ingesteld worden om de regelmatige en normale toediening van de gezondheidszorgen te waarborgen, zowel in het ziekenhuis als ten huize.

Dit kan geïnterpreteerd worden in de zin dat er voor de huisarts enkel de mogelijkheid bestaat de wachtdienst te verzekeren, hetzij in het ziekenhuis, hetzij bij de patiënt thuis. Bijgevolg zou de huisarts verplicht zijn op huisbezoek te gaan en kan men de patiënt niet verplichten zich te verplaatsen.

Een andere interpretatie staat echter voor dat "ten huize" ook geïnterpreteerd kan worden als "het kabinet van de huisarts", gezien dit de kern uitmaakt van de huisartsgeneeskunde. Deze stelling wordt ondersteund door één van de criteria om de erkenning als huisarts te kunnen behouden, namelijk dat de zorgen niet enkel ten huize van de patiënt worden verstrekt, maar ook op consultatie in het kabinet. De perceptie dat alleen huisbezoeken bij de patiënt mogelijk zijn tijdens de wachtdienst dient dus weerlegd te worden.

- o De huisarts van wacht wordt gevorderd en verplaatst zich

Hoewel de wetgeving op de Dringende Geneeskundige Hulpverlening voorziet dat een aangestelde een arts kan vorderen, is de vordering van een

huisarts eerder een weinig voorkomende praktijk. Momenteel zal de aangestelde een huisarts oproepen indien het team van de mobiele urgentiegroep niet beschikbaar is, of indien de omvang van de te bieden hulp de mogelijkheden van de mobiele urgentiegroep overschrijdt of in afwachting van de komst van het team van de mobiele urgentiegroep^{uuuuuuuuuu}. Het 1733-systeem creëert echter de bijkomende mogelijkheid dat de aangestelde de patiënt, ook de patiënt die een 110/112 oproep plaatst, meteen kan doorverwijzen naar de huisarts van wacht. Bijgevolg kan de patiënt de huisarts van wacht opzoeken, maar kan deze laatste ook opgevorderd worden om ter plaatse te gaan bij de patiënt.

Wat betreft de eventuele verplichting van de huisarts om ter plaatse te gaan bij de patiënt zie supra en deel 1 van de wetgeving.

- o De patiënt verplaatst zich naar de spoedgevallendienst en de aangestelde vordert de zorg van de spoedgevallendienst.

Deze mogelijkheid wordt voorzien door de protocollen indien de hulpvraag onder de noemer dringende geneeskundige hulpverlening valt, en indien de patiënt zich zelf nog op een veilige manier naar de spoedgevallendienst kan verplaatsen. Bij deze vorm van hulpvraag komt het aspect huisartsenwachtdienst te vervallen en primeert de dringende geneeskundige hulpverlening. De huisartsenwachtdienst wordt met deze ontnomen van de verantwoordelijkheid tot het beheer van de dringende geneeskunde hulpvragen binnen de wachtdienst.

^{uuuuuuuuuu} Art. 6 quinquies Koninklijk besluit van 2 april 1965 houdende vaststelling van de modaliteiten tot inrichting van de dringende geneeskundige hulpverlening en houdende aanwijzing van gemeenten als centra van het eenvormig oproepstelsel.¹⁴⁵



- o De aangestelde stuurt middelen van dringende geneeskundige hulpverlening naar de patiënt

Deze optie wordt voorzien door de protocollen indien de hulpvraag onder de noemer dringende geneeskundige hulpverlening valt, en indien de patiënt zich zelf niet (meer) op een veilige manier naar de spoedgevallendienst kan verplaatsten. Bij deze vorm van hulpvraag komt het aspect huisartsenwachtdienst te vervallen en primeert de dringende geneeskundige hulpverlening. De huisartsenwachtdienst wordt met deze ontnomen van de verantwoordelijkheid tot het beheer van de dringende geneeskunde hulpvragen binnen de wachtdienst.

- o De aangestelde schakelt de oproep door naar de bevoegde huisartsenkring

Bij deze mogelijkheid gebeurt de afhandeling door de bevoegde huisartsenkring, volgens het huidige wettelijk kader.

- Deontologisch kader.

De Orde der Geneesheren staat weigerachtig tegenover het 1733-project. De organisatie van de wacht behoort volgens hen immers toe aan de huisartsenkring, en niet aan de overheid zoals wanneer 1733 operationeel zou worden. De overheid weerlegt echter dit argument door te stellen dat het systeem geen organisatie van de wacht impliceert, maar dat het een dienstverlening is ter ondersteuning van de wachtdienstorganisatie. Tevens is het gebruik van de dienstverlening niet verplicht, het is een dienst waartoe de huisartsenkringen vrijwillig kunnen toetreden^{vvvvvvvv}.

De voorziene integratie van alle medische oproepen in het kader van de organisatie van de dringende geneeskundige hulpverlening is volgens de Orde onnatuurlijk en controversieel.

Bovendien vindt de Orde het onverantwoord dat de huisarts van wacht zich “onbereikbaar” zou opstellen (om art. 422bis Sw. te omzeilen) en de beslissing om al dan niet in te gaan op een zorgvraag over te laten aan een “derde”, gezien de arts er zich toe verbindt de patiënt zorgvuldig en gewetensvol de zorgen toe te dienen^{vvvvvvvvvv}. In navolging van de

deontologische bepalingen inzake continuïteit van de zorg is de Orde van mening dat huisarts van wacht zelf een directe beoordeling (kan) maken van de zorgvraag en dat hij zelf autonoom de beslissing tot interventie neemt of kan nemen. Bovendien mag een arts zich slechts onttrekken aan een dringende oproep na zich ervan overtuigd te hebben dat er geen echt gevaar bestaat of wanneer hij door een even belangrijk spoedgeval wordt weerhouden.^{xxxxxxx} De voorgestelde modellen lijken dan ook niet verenigbaar met de deontologische plichten van de huisarts van wacht. Een systeem van centrale dispatching zal volgens de Orde dan ook onderworpen moeten worden aan strikte deontologische voorwaarden^{yyyyyyyy}. Deze perceptie aangaande art 422bis leeft zeer sterk binnen het artsencorps. Ontegensprekelijk moet echter gesteld worden dat wanneer een geneesheer zich inschrijft binnen een van overheidswege aanvaard organisatiemodel van de wachtdienst (1733, nuit noire of andere modellen, eens deze aanvaard worden) en zich conform dit model ten dienste stelt van de bevolking er geen sprake kan zijn van schuldig verzuim.

Wat betreft de definitie van “ten huize” is de Orde eveneens van mening dat dit ook het kabinet van de huisarts van wacht impliceert.

- Verantwoordelijkheden en aansprakelijkheden van de betrokkenen

Indien het pilootproject 1733 volledig operationeel wordt, zal dit mogelijks een invloed hebben op de verantwoordelijkheden en de aansprakelijkheden van de verschillende actoren die bij dit project betrokken zijn. Bovendien zullen er extra actoren een rol spelen die in het huidige kader van de huisartsenwachtdienst niet betrokken zijn, zoals de FOD Volksgezondheid, Belgacom, 1733-calltakers, de 1733-werkgever (=werkgever van de 1733-calltakers). Daarom zullen er ook nieuwe contracten en/of samenwerkingsakkoorden nodig zijn tussen deze nieuwe actoren zoals:

- o tussen 1733 en de huisartsenkring, inclusief de zorgtrage en dispatching protocollen;
- o tussen de FOD Volksgezondheid en de wetenschappelijke instanties van huisartsen voor het wetenschappelijk valideren van protocollen;
- o tussen de FOD Volksgezondheid en Belgacom;

^{vvvvvvvv} Interne communicatie van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

^{vvvvvvvvvv} Art. 34 Code van geneeskundige plichtenleer.¹⁴⁶

^{xxxxxxx} Art. 113-118 Code van geneeskundige plichtenleer.¹⁴⁶

^{yyyyyyyy} “Huisartsenwachtdienst – Verplichting van de huisarts zich te verplaatsen”, Advies van de Nationale Raad van 8 mei 2010.¹⁴⁷



- o tussen de FOD Volksgezondheid en de 1733-werkgever, inclusief het opleidingsprotocol van de 1733-calltaker;
- o tussen de 1733-werkgever en de 1733-calltaker;

Binnen het 1733-project stelt zich de vraag of de continuïteit van de zorg voldoende verzekerd wordt, voornamelijk wanneer “uitstel van de zorg” aanbevolen wordt. In het kader van de globale organisatie behoort dit tot de aansprakelijkheid van het systeem, met andere woorden de inrichtende macht of hier concreet de Minister van Volksgezondheid. De verantwoordelijkheid voor het 1733-triagesysteem zou dus moeten gedragen worden door het systeem zelf en gesuperviseerd door de Kringen. Deze supervisie is mogelijk via de vertegenwoordiging van de huisartsenkringen binnen de Provinciale Commissies voor dringende geneeskundige hulpverlening, een commissie die onder andere tot taak heeft: het waken over het goed beheer en de verwerking van de oproepen met medisch karakter gericht aan de centra van het eenvormig oproepstelsel.^{zzzzzzzz}

- 1733-werkgever

Vandaag legt de overeenkomst tussen de 1733-werkgevers en de FOD Volksgezondheid de HR-elementen en de leiding over de calltakers bij de 100-leidinggevende, maar de taakdefinitie en de inhoudelijke supervisie ligt bij de FOD Volksgezondheid of zijn vertegenwoordigers (bv. gezondheidsinspecteurs). De FOD Volksgezondheid en haar bevoegde Minister nemen de eindverantwoordelijkheid op voor het regulatiehandboek en de hierin vervatte protocollen. Verder worden natuurlijk ook de financiële implicaties opgenomen.

De werkgever van de calltaker kan mogelijk een College van Burgemeester en Schepenen (gelet op het feit dat aangestelden nu vaak statutair personeel zijn van een stad) of de FOD Binnenlandse Zaken zijn. Als overgang naar het 112-agentschap, een onafhankelijk agentschap, zullen de stedelijke personeelsleden in eerste instantie ‘gefederaliseerd’ worden door de FOD Binnenlandse Zaken. Uiteindelijk zullen de aangestelden ‘overgeheveld’ worden naar het agentschap, en aldaar de beoogde integratie van huisartsenoproepen in het kader van de dringende geneeskundige hulpverlening bewerkstelligen.

De relatie tussen werkgever en de calltakers (=werknemers) zal moeten vastgelegd worden in een contract. Bijgevolg zal de werkgever aansprakelijk zijn voor zijn aangestelden conform artikel 1384 van het Burgerlijk wetboek. De contractueel aangestelde werknemers zullen ingevolge art. 18 van de wet betreffende de arbeidsovereenkomsten enkel aansprakelijk kunnen worden gesteld wegens bedrog en zware schuld. De werkgever blijft dus verantwoordelijk tot de oproep van de patiënt door de calltaker doorgeschakeld wordt.

- De huisartsenkring

Tengevolge van het 1733-systeem zal de huisartsenkring niet meer de eindverantwoordelijkheid dragen voor alle oproepen. De Kringen zullen slechts verantwoordelijk zijn en aansprakelijk kunnen gesteld worden vanaf het moment dat zij een oproep ontvangen hebben van de 1733-aangestelden. De zuivere organisatie van de wachtdienst blijft wel de verantwoordelijkheid van de kring.

Teneinde de samenwerking met het 1733-systeem efficiënt te organiseren zou er een contract en/of samenwerkingsakkoord moeten zijn tussen de kringen en het 1733-systeem, inclusief de triage en dispatching protocols (de keuzemogelijkheden waarover de aangestelden beschikken om gevolg te geven aan de oproepen).

- Huisarts van wacht

Verantwoordelijkheden van de huisarts conform de beschrijving in de tekst aangaande de huidige situatie (zie 2.1.2.6)

- Calltakers

Het statuut van de aangestelden die de oproepen voor niet-dringende geneeskundige hulp zullen ontvangen moet nog bepaald worden. Aangezien deze oproepen geïntegreerd zouden moeten worden in de dringende geneeskundige hulpverlening is het meest logische dat de aangestelden van de dienst 100/112 ook deze oproepen voor hun rekening zullen nemen. Daartoe zullen zij een gepaste opleiding moeten volgen. Dit opleidingsprotocol dient opgenomen te worden in het contract of samenwerkingsakkoord tussen de FOD Volksgezondheid en de 1733-werkgever, zijnde hoogstwaarschijnlijk het 112-agentschap.

^{zzzzzzzz} Art. 3 en 4 Koninklijk Besluit van 10 augustus 1998 tot oprichting van de Commissies voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening¹⁴⁸



De standaardlijsten (protocollen, zie infra) op basis waarvan de calltakers een bepaalde actie verkiezen om gevolg te geven aan een oproep verantwoordt hun beslissingen. Deze mogelijkheden werden uiteengezet in de inleiding.

De calltakers zullen een contract hebben met hun werkgever, hoogstwaarschijnlijk het 112-agentschap. De aansprakelijkheid zal dan ook verlopen volgens een werkgever-werknemers relatie.

- Aanpassing van bestaande wetgeving

Om het 1733-project te laten slagen zal er een wettelijk kader moeten gecreëerd worden waarbinnen dit systeem kan functioneren. Zo zullen het statuut en de verantwoordelijkheden van de calltakers en de callcentres moeten bepaald worden.

Zoals hoger gesteld dient te worden verduidelijkt of de bevraging op basis van de protocollen aanzien wordt als een (aanzet tot) anamnese of als een inschatting van de ernstgraad van de oproep. In het eerste geval dient dit beroep dan gedefinieerd te worden binnen het KB n°78. In het tweede geval is geen aanpassing van de wet nodig aangezien de definitie van de aangestelde binnen de wet van 8 juli 1964 betreffende de organisatie van het eenvormig oproepstelsel en de dringende medische hulpverlening, of de definitie van de medische regulatoren binnen de wet van 29 april 2011 betreffende de oprichting van het 112 agentschap een wettelijk basis kan bieden^{aaaaaaa}. De 112-wet geeft aan de Koning de bevoegdheid om, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de behandeling van andere oproepen dan deze van dringende geneeskundige hulp, die (onder meer) betrekking hebben op medische hulp te laten verzekeren door het 112-agentschap^{bbbbbbbbb}.

Het scenario 1733 met al de beslissingsmogelijkheden van de calltakers zal moeten ingeschreven worden in de wetgeving, net als het gebruik van protocollen.

Terzake werd reeds een wetsvoorstel ingediend betreffende de uitwerking van eenvormige oproepstelsels voor de wachtdiensten van

huisartsen^{ccccccccc}. Dit wetsvoorstel breidt het wettelijk kader dat de oprichting van de callcentres mogelijk maakt en ook voorziet in een eventuele triage van de zorg door een “derde” uit tot het wettelijk kader voor de huisartsenkringen. Het legaliseert de organisatie van een triage van de oproepen volgens een strikte procedure. Concreet wordt, door een aanpassing van het koninklijk besluit van 4 juni 2003 betreffende de financiële tegemoetkoming voor de huisartsenkringen, een eenvormig oproepstelsel gedefinieerd als “een bemande telefooncentrale die de patiëntenoproepen tijdens de wachtdienst in een zorgzone centraliseert, behandelt volgens vastgelegde afspraken, doorverwijst naar de meest adequate participerende verstrekker volgens een procedure vastgesteld in artikel 2/1 van dit besluit en een interne registratie opzet teneinde een kwaliteitsopvolging te waarborgen”.

De bevraging die de aangestelden tijdens de procedure moeten volgen moet nog worden opgesteld in de vorm van protocols tussen de 1733-werkgever en de huisartsenkringen. Deze zullen ook moeten goedgekeurd worden door de wetenschappelijke instanties van huisartsen. Vooral een omschrijving van “uitstel van de zorg” en de verantwoordelijkheid van het systeem is hier van belang zodat duidelijk is wat er mag uitgesteld worden. Dit heeft vooral als doel dat de aangestelden een gerechtvaardigde beslissing kunnen nemen en dat niet alle aansprakelijkheid op de schouders van de huisarts van wacht terecht komt. Bovendien moeten de protocollen een brug slaan tussen, of de overlappingen verduidelijken tussen de huisartsgeneeskunde en de spoedgevallendiensten. (bijvoorbeeld als de patiënt niet binnen de 4 uur gezien kan worden door een huisarts van wacht en daar toch wel nood aan heeft, wordt dit dan dringende geneeskundige hulpverlening?)

Verder zal ook de opleiding van de calltakers nog moeten bepaald worden in een protocol tussen de 1733-werkgever en de FOD Volksgezondheid. De calltakers zouden de medische dispatchers van het agentschap 112 worden, en in afwachting van de migratie van de 100-centrale naar een 112-centrale: de aangestelde 100. Zij zouden dus een opleiding als aangestelde of medische dispatcher krijgen en nadien extra kennis verwerven met betrekking tot de huisartsenwachtdienstprotocols.

^{aaaaaaa} Wet van 29 april 2011 houdende de oprichting van de 112-centra en het agentschap 112 (hierna: 112-wet)¹⁴⁹

^{bbbbbbbbb} Art. 3, laatste alinea 112-wet.¹⁴⁹

^{ccccccccc} Wetsvoorstel (C. Thibaut et al.) betreffende de uitwerking van eenvormige oproepstelsels voor de wachtdiensten van huisartsen.¹⁵⁰



Hoewel het de bedoeling is dat deze procedure geïntegreerd wordt in het systeem van de dringende geneeskundige hulpverlening, wordt dit niet voorzien in dit wetsvoorstel.

Aangezien artikel 9 van het KB nr. 78, meer bepaald het begrip “ten huize” vatbaar is voor interpretatie, zou dit eventueel gewijzigd kunnen worden. Nochtans kan, in het licht van de huidige organisatie van de wachtdienst “ten huize” ook geïnterpreteerd worden als het kabinet van de huisarts zodat deze ook hier de wachtdienst kan verzekeren. Aangaande de organisatiebevoegdheid van de wachtdienst is er binnen dit scenario geen probleem, 1733 is een dienstverlening aan de huisartsenkring binnen de organisatie van de wachtdienst, maar de gehele bevoegdheid en keuze blijft bij de huisartsenkring. Al moet voor de volledigheid de vraag gesteld worden of het niet efficiënter zou kunnen zijn een hogere instantie, bijvoorbeeld de Federale Raad van Huisartsenkringen, bevoegd te maken voor het ontwikkelen van organisatiemodellen, en de invulling van de modellen naar lokale behoefte en situatie als bevoegdheid te laten bij de huisartsenkringen.

De bepalingen inzake schuldig verzuim van het Strafwetboek wijzigen lijkt niet verantwoord gezien de plicht tot continuïteit van de zorg verzekerd wordt wanneer de huisarts deelneemt aan de huisartsenwachtdienst. Bovendien moet de arts op de hoogte zijn van het gevaar. De aansprakelijkheid van de arts zal immers gedekt worden door het triagesysteem op basis waarvan de oproep naar een andere dienst wordt doorgeschakeld en de huisarts er niet noodzakelijk van op de hoogte is.

Hoewel een uniforme regeling van begin en eindmoment van de huisartsenwacht voor België niet verplicht is, zou het nochtans, technisch gezien, beter zijn zodat alle oproepen op dezelfde wijze worden doorgeschakeld van de robot naar de huisartsenkring. Dit is voornamelijk van belang voor fase 1, de technische routing. Vanaf fase 2, met de menselijke dispatching, zal dit minder belangrijk zijn omdat de telephonist dan de uren van de wacht in een bepaalde zone kan meedelen.

- Herdefinitie huidige takenverdeling van de betrokken instituten

De huidige wetgeving legt de eindverantwoordelijkheid bij de huisartsenkringen, met een superviserende rol voor de PGC's. Elke partner die vandaag tussen patiënt en huisarts komt valt dus onder de verantwoordelijkheid van de kring. In het geval van dispatching en triage door

derden buiten de kringen, zoals bij het 1733-project, zal dit niet meer haalbaar zijn. Het vigerende organisatiemodel zal in belangrijke mate gewijzigd worden. De verantwoordelijkheid voor het 1733-triagesysteem zou immers moeten gedragen worden door het systeem zelf, en gesuperviseerd door de kringen. De zuivere organisatie van de wachtdienst blijft wel de verantwoordelijkheid van de kring, zodat de kring verantwoordelijk is vanaf het moment dat de calltaker een oproep doorschakelt of een zorgvraag doorgeeft.

- Kritische bedenkingen

Een bedenking die bij het 1733-systeem kan gemaakt worden betreft de vraag: hoe zal de patiënt weten wanneer hij bij de huisarts van wacht mag/kan langsgaan, of wanneer komt de huisarts van wacht langs. De aangestelde heeft namelijk niet altijd kennis van het werkrooster van de huisarts van wacht.

Om hieraan tegemoet te komen kunnen drie mogelijkheden worden voorgesteld:

De patiënt krijgt te horen dat de dokter ten laatste binnen x aantal uur bij hem/haar zal langskomen, en met de huisartsenkringen wordt er een SLA (service level agreement) afgesloten waarin deze tijdsperiode gedefinieerd wordt.

de aangestelde zou ook een “afspraak” kunnen maken voor de patiënt bij de wachtpost of de patiënt doorschakelen naar het secretariaat van de wachtpost voor de afspraakregeling.

Het 1733-systeem zou ook de dispatching van de sociale taxi en de mobiele arts kunnen opnemen en dan zou hij de patiënt een inschatting kunnen geven van de wachttijd.

Dit alles zal afhangen van de kring, 1733 is namelijk een “à la carte systeem” op vraag van de huisartsenkringen.

Een tweede kritische bedenking omhelst de technische aspecten van het telefoonnummer 1733. Er kan, zo lang het nummer 116117 niet geheel ingeschreven werd in de Belgische Telecomwetgeving naar analogie met de nummers 100/112 en het nummer 1733 hierdoor vervangen wordt, een probleem ontstaan van lokalisatie wanneer de patiënt de postcode niet kent. De postcode wordt vandaag gebruikt binnen de telefonierobot om de oproep naar de juiste gesprekspartner door te routeren: huisartsenkring of één van



de 1733-centrales. Het doorgeven naar de juiste gesprekspartner is belangrijk omwille van 2 redenen:

Bevoegdheid: de organisatie van de wachtdienst is een bevoegdheid van de kring en een aangestelde mag vandaag dus geen oproepen beheren welke hem door de kring niet werden toevertrouwd. Indien een kring zich dus niet inschrijft in het 1733-systeem, dan mag de aangestelde hun oproepen niet beheren, de oproepen mogen dan ook niet bij hem toekomen.

Geografie: de 100-centrales zijn provinciaal bevoegd. Oproepen moeten dus betreffende hun beheer naar de juiste provinciale centrale worden doorgestuurd.

Eens het nummer 116117 ingeschreven wordt in de telecomwetgeving naar analogie met de 100/112-nummers dan kan dit nummer gebruik maken van dezelfde nummerherkenningstechnieken en routingstechnieken als deze van de 100/112. Vandaag kan het nummer 1733 alleen de nummers 'herkennen' welke afkomstig zijn van vaste lijnen met een niet-privaat-nummer, alle andere nummers (GSM, VOIP, private-nummers) blijven onbekend voor het systeem en niet traceerbaar.

Reden waarom deze inschrijving in de wetgeving niet zomaar een technische kwestie is, is de vermelding in de Beschikking van Europa dat dit een gratis nummer moet zijn. Iemand moet echter de kosten dragen, en bij de nummers 100/112 zijn het de telecomoperatoren die de kost dragen. Het inschrijven van een nieuw nummer onder dit zelfde regime vraagt echter overleg tussen de bevoegde Minister en de sector.

Een derde kritische bedenking is deze: Wat betreft de opleiding van de aangestelden wordt in het voornoemde wetsvoorstel voorgesteld dat deze een opleiding van bachelor in de verpleegkunde hebben gevolgd, aangevuld met een specifieke opleiding van vijftig uur. Deze vereiste zou in praktijk, gezien het vandaag al heersend tekort op de arbeidsmarkt 'verpleegkunde', echter tot een personeelstekort kunnen leiden. Een andere denkpiste op lange termijn kan zijn om aangestelden als paramedici in te schrijven in het KB nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

8.5.5. *Scenario 2: reference to a close hospital during the deep nights*

8.5.5.1. *Inleiding*

In het kader van deze studie tot analyse van de huisartsenwachtdiensten en alternatieven voor het verzekeren van de continuïteit van zorg verdient het aanbeveling opties te onderzoeken, die de continuïteit van zorg tijdens de nacht garanderen. Een mogelijke optie is de (systematische) doorverwijzing van aan huisartsen gerichte oproepen naar de spoedgevallendienst van een ziekenhuis tijdens de nacht. Een alternatief is een samenwerking tussen naburige huisartsenkringen om het aantal huisartsen dat stand-by dient te zijn te reduceren.

Uit de data analyse van Belgische gegevens (hoofdstuk 4) blijkt dat huisartsen tijdens de nacht weinig oproepen krijgen. Dit gegeven, gepaard gaand met problemen op het vlak van organisatie zoals een tekort aan huisartsen, leidt tot het voorstel om huisartsen geen wachtdiensten meer te laten doen tijdens de nacht (cf. voorbeeld in 8.3.6).

Momenteel worden er door een aantal huisartsenkringen proefprojecten in deze zin uitgewerkt, eventueel nog via tussenstappen, waarbij het uiteindelijk de bedoeling zou zijn dat patiënten 's nachts onmiddellijk terechtkomen bij de spoedgevallendienst wanneer zij medische hulp nodig hebben. ^{ddddddddd}

A Waremmes ce projet s'est déjà concrétisé par un accord entre le Cercle de Médecins Généralistes et deux hôpitaux locaux. Cet accord a été revu par la Commission Provinciale et par l'Ordre des Médecins qui ont émis leur avis avant signature du contrat entre les parties. Ce contrat se base sur les articles 3,4,et 5 de l'A.R. du 8 juillet 2002 et les résultats d'une recherche relative à l'analyse des appels durant la nuit profonde (cf. 8.1.5.1). Entre 22 heures et 8 heures, la gestion des appels de garde en médecine générale sera assurée par un médecin généraliste qui suivant la nature de l'appel:

- Post-pose la demande si celle-ci le permet;
- Adresse au service des urgences tout patient en état de se déplacer ;
- Fait appel au 112 pour les urgences extrêmes;
- Planifie une visite à domicile si le patient ne peut se déplacer.

¹⁵¹ F. Dammel, "Qui va gérer le tri?"



Pour un cercle de la province de Liège, tous les appels nocturnes d'un cercle de médecins généralistes seraient déviés vers un service d'urgences. Ce dernier effectuerait un tri par téléphone afin de proposer au patient les solutions suivantes : ^{eeeeeeeeee}

- onmiddellijke doorverwijzing naar het 112-systeem indien een woord uit de zorgvraag voorkomt op 'urgentie woordenlijst'. Woorden op deze lijst zijn bijvoorbeeld : somnolent, brandwonde, bloeding, koude huid, hoofdpijn, ...
- telefonisch advies en uitstel van zorg
- patiënt kan zich verplaatsen of verplaatst worden: doorverwijs naar kabinet huisarts van wacht, wachtpost of spoedgevallendienst; mogelijks mits gebruik sociale taxi
- patiënt kan niet verplaatst worden: huisarts van wacht op thuisbezoek sturen

Indien de patiënt de voorgestelde optie zou weigeren, dan zal het onthaal van de spoedgevallendienst de huisarts van wacht contacteren en met hem overleggen. De resultante van dit overleg zou medegedeeld worden aan de patiënt door het onthaal van de spoedgevallendienst.

Deze 2 voorbeelden zijn de enige 2 projecten waar wij weet van hebben.

8.5.5.2. *Wetgevend en deontologisch kader*

Wetgevend kader

- Is het volgens de huidige wetgeving mogelijk de aan huisartsen gerichte oproepen 's nachts over te laten aan de spoedgevallendienst van een ziekenhuis?

Hoewel een nachtelijke huisartsenwachtdienst tijdens de week niet verplicht is, bestaat wel de mogelijkheid voor de kringen om dit te organiseren binnen hetzelfde wettelijk kader. ^{ffffff} Het is dan ook een tendens dat de (meeste) huisartsenkringen opteren voor een uitbreiding naar de week(nacht)wacht, dat zijn basis vindt in de bepalingen omtrent de

^{eeeeeeeeee} Intern document van de Provinciale Geneeskundige Commissie van Luik.

^{ffffff} Art. 5,1° KB van 8 juli 2002 tot vaststelling van de opdrachten verleend aan huisartsenkringen. ¹⁸

beschikbaarheidshonoraria ^{gggggggggg} en de erkenningscriteria tot behoud van de erkenning van huisartsen ^{hhhhhhhhh}. De beslissing tot het organiseren van een week(nacht)wacht komt toe aan de algemene vergadering van de huisartsenkring ⁱⁱⁱⁱⁱⁱⁱ.

Om de individuele continuïteit van de zorg te garanderen dient de huisarts maatregelen te treffen om deze continuïteit ook 's nachts te verzekeren door een beoefenaar die dezelfde wettelijke kwalificatie heeft ^{kkkkkkkkkk}. De wachtdienst, georganiseerd door de kring van zijn huisartsenzone, kan hierin voorzien indien deze 's nachts operationeel is. Artikel 8 (continuïteit van de zorg) en 9 (bevolkingswachtdienst) van het KB nr. 78 zijn immers complementair en hebben met elkaar gemeen dat zij de beschikbaarheid en bereikbaarheid van artsen waarborgen. ⁱⁱⁱⁱⁱⁱⁱ

Om de huisartsenwachtdienst 's nachts volledig over te laten aan de spoedgevallendiensten bestaat er geen specifieke wettelijke bepaling die hierin voorziet. Nochtans zou het kunnen verantwoord worden door een gezamenlijke lezing van artikel 8 en 9 van het KB nr. 78. De wachtdienst die de bevolking een regelmatige en normale toediening van de gezondheidszorgen moet waarborgen kan namelijk eveneens ingesteld

^{gggggggggg} Art. 2 KB van 25 november 2002 tot vaststelling van de voorwaarden en de modaliteiten overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een beschikbaarheidshonorarium betaalt aan de artsen die deelnemen aan georganiseerde wachtdiensten. ¹⁵²

^{hhhhhhhhh} Art. 10, 4° en 5° MB van 1 maart 2010 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisartsen ¹³⁰

ⁱⁱⁱⁱⁱⁱⁱ Art. 4 en 5, 2° KB van 8 juli 2002 tot vaststelling van de opdrachten verleend aan huisartsenkringen ¹⁸

^{jjjjjjjj} "Deelname aan de week(nacht)wacht – Beslissing van de huisartsenkring", Advies van de Nationale Raad van 2 oktober 2010 ¹⁵³; "Deelname aan de week(dag)wachtdienst – Beslissing van de huisartsenkring", Advies van de Nationale Raad van 22 januari 2011 ¹⁵⁴; "Deelname aan de week(dag)wachtdienst – Beslissing van de huisartsenkring", Advies van 30 april 2011 ¹⁵⁵.

^{kkkkkkkkkk} Art. 8 KB nr. 78 van 10 november 1967. ¹⁷

ⁱⁱⁱⁱⁱⁱⁱ "Deelname aan de week(dag)wachtdienst – Beslissing van de huisartsenkring", Advies van 30 april 2011 ¹⁵⁵; H. NIJS, *Geneeskunde, recht en medisch handelen*. ¹³⁵



worden in een ziekenhuis. Op voorwaarde dat er een beoefenaar van de geneeskunde met (minstens) dezelfde wettelijke kwalificatie instaat voor de zorg van de patiënten is voldaan aan artikel 8 van het KB nr.78. Wanneer de patiënten niet behandeld worden door artsen, maar bijvoorbeeld door verpleegkundigen kan dit wel een probleem vormen, gezien zij niet over dezelfde wettelijke kwalificatie beschikken.

Een samenwerking tussen de huisartsenkring en ziekenhuizen wordt reeds mogelijk gemaakt door het besluit dat de opdrachten van de kringen bepaalt. Zo kan de kring samenwerkingsovereenkomsten afsluiten met ziekenhuizen teneinde de continuïteit van de patiëntenzorg te waarborgen.^{mmmmmmmmmm}

Niettemin blijft het probleem van triage bestaan. Wie zal de oproep behandelen en eventueel doorsturen, de huisartsenkring (via een secretariaat of eventueel huisarts), het ziekenhuis of de 1733?

Momenteel behoort de organisatie van de wachtdienst immers toe aan de kringen en bestaat er geen triage van de oproepen.ⁿⁿⁿⁿⁿⁿⁿⁿⁿⁿ In de hypothese dat een oproep naar een huisartsenwachtdienst automatisch doorgeschakeld wordt naar de spoedgevallendienst, zal iemand van die spoedgevallendienst moeten instaan voor de triage (ambulance sturen, patiënt naar spoedgevallendienst laten komen, uitstel van de zorg). Zoniet, in een beperkter systeem zoals in Waremmes, zal iemand van de huisartsenkring de triage voor zich nemen en er een passend gevolg aan geven, waaronder verwijzing naar de spoedgevallendienst een mogelijkheid is.

Indien de optie van de gehele nachtwachtdienst verzekerd door spoedgevallendiensten zich zou aansluiten bij het 1733-systeem, dan gebeurt de triage door de aangestelde, de verwijzing naar de huisarts van wacht en/of de wachtpost komen dan te vervallen als zorgoptie voor de aangestelde, en de verwijzing naar de spoedgevallendienst of het uitstel van zorg blijven dan alleen over als mogelijkheden.

- Samenwerking tussen naburige huisartsenkringen

^{mmmmmmmmmm} Art. 3, 3° en art. 5, 7° van het KB van 8 juli 2002 tot vaststelling van de opdrachten verleend aan huisartsenkringen.¹⁸

ⁿⁿⁿⁿⁿⁿⁿⁿⁿⁿ H. Philips en R. Remmen, "Huisartsenwachtposten in Vlaanderen".¹⁵⁶

De huidige wetgeving voorziet dat er minstens 1 huisarts per 30 000 inwoners permanent beschikbaar dient te zijn.^{oooooooooooo}

Deontologisch kader

De Orde der Geneesheren staat nogal negatief tegenover dit project.^{pppppppppp}

De Orde vindt het onverantwoord dat de huisarts van wacht zich "onbereikbaar" zou opstellen (om art. 422bis Sw. te omzeilen) en de beslissing om al dan niet in te gaan op een zorgvraag over te laten aan een "derde", gezien de arts er zich toe verbindt de patiënt zorgvuldig en gewetensvol de zorgen toe te dienen.^{qqqqqqqqqq}

Een systeem van centrale dispatching zal volgens de Orde dan ook onderworpen moeten worden aan strikte deontologische voorwaarden.^{rrrrrrrrrr}

Verantwoordelijkheden en aansprakelijkheden van de betrokkenen

Voor het alternatief betreffende de samenwerking tussen naburige huisartsenkringen, zijn er geen bijzonderheden rond de verantwoordelijkheden en aansprakelijkheden van de betrokkenen. Bijzonderheden dienen te worden omschreven in de overeenkomst tussen de naburige huisartsenkringen.

Voor de optie betreffende de automatische doorverwijzing kunnen de verantwoordelijkheden en aansprakelijkheid verschillen, afhankelijk van wie de oproepen zal aannemen.

Wanneer de patiënt doorverwezen wordt naar de spoedgevallendienst van een ziekenhuis zal het ziekenhuis pas verantwoordelijk worden vanaf het moment dat ze kennis hebben van de zorgvraag.

- Huisartsenkring

Aangezien de huisartsenkringen optreden als vertegenwoordiger van de huisartsen van hun huisartsenzone zal de spoedgevallendienst momenteel

^{oooooooooooo} Art.5, 4° Koninklijk besluit 8 juli 2005 tot vaststelling van de opdrachten verleend aan huisartsenkringen.¹⁸

^{pppppppppp} V.C. « Quelles solutions pour la nuit profonde », Le journal du médecin, 5 april 2011.

^{qqqqqqqqqq} Art. 34 Code van geneeskundige plichtenleer.¹⁴⁶

^{rrrrrrrrrr} "Huisartsenwachtdienst – Verplichting van de wachtarts zich te verplaatsen", Advies van de Nationale Raad van 8 mei 2010¹⁴⁷



niet onder hun verantwoordelijkheid kunnen vallen op basis van de huidige wetgeving^{ssssssssss}. Wel kunnen er samenwerkingsovereenkomsten afgesloten worden op basis waarvan de verantwoordelijkheden verder bepaald worden. Anderzijds is de huisartsenkring verantwoordelijk voor de organisatie van de huisartsenwachtdienst en is deze vrij systemen te organiseren om de wachtdienst te garanderen. Organizationeel blijft de kring dus verantwoordelijk voor de wachtdienst. De aspecten “medische zorg voor de patiënt” behoren daarentegen tot de verantwoordelijkheid van de spoedgevallendienst. Indien organizationele aspecten echter aanleiding zouden zijn van een slechte of falende medische zorg dan ook zou de kring mede-aansprakelijk kunnen gesteld worden samen met de spoedgevallendienst.

- Ziekenhuis

Indien het ziekenhuis instaat voor de beantwoording en de triage van de oproepen, triage op basis van een woordenlijst (cfr Luik), of op basis van protocols, of andere, dan zal de verantwoordelijkheid van deze triage toegevoegd worden aan het algemeen gamma van verantwoordelijkheden en aansprakelijkheden van het ziekenhuis.

Indien het doorverwijzen van de huisartsenpathologie tijdens de nuit noire aanleiding zou geven tot overbevraging van de spoedgevallendienst, met lange wachttijden, oponthoud en slechte of falende behandeling als gevolg, zou het ziekenhuis een ‘slechte’ organisatie van de spoedgevallendienst inzake nachtwacht kunnen verweten worden en aansprakelijk gesteld kunnen worden.

- Huisarts

De huisarts voldoet aan zijn continuïteitsverplichting wanneer hij meewerkt aan het systeem van de huisartsenkring die de nachtdienst overlaat aan het ziekenhuis.

- De spoedarts

Eenmaal de spoedarts de patiënt moet behandelen is de Ziekenhuiswet van toepassing op basis waarvan het ziekenhuis de verantwoordelijkheid draagt voor zijn beroepsbeoefenaars wat betreft de naleving van de

patiëntenrechten, tenzij anders bepaald.^{tttttttt} Voor beroepsfouten hangt het er van af wat de band (contractuele aanstelling, zelfstandige, statutair) is tussen ziekenhuis en de spoedarts.

Aanpassing van bestaande wetgeving

Wanneer patiënten ‘s nachts rechtstreeks een beroep kunnen doen op de spoedgevallendienst wordt de continuïteit van de zorg verzekerd en in deze zin dient de wetgeving niet te worden aangepast.

Het systeem van triage zal wel moeten ingebouwd worden in de wetgeving zodat de zorgmogelijkheden niet meer enkel van de patiënt afhangen. Wanneer de uitbesteding aan de spoedgevallendiensten opgenomen wordt in het 1733-systeem zal de wetgeving moeten aangepast worden zoals beschreven in chap 2.4.

Zoals hoger werd aangehaald stelt art. 8 KB nr. 78 dat alle maatregelen dienen te worden getroffen om de continuïteit van de zorgen te laten verzekeren door een ander beoefenaar die dezelfde wettelijke kwalificatie heeft. Het is echter niet duidelijk wat precies bedoeld wordt met “beoefenaar die dezelfde wettelijke kwalificatie heeft”. Indien men hiermee bedoelt dat de beoefenaar tot hetzelfde specialisme dient te behoren, is dit problematisch bij de systematische doorverwijzing naar de spoedgevallendienst. De arts van dienst zal immers hoogstwaarschijnlijk niet de kwalificatie van huisarts hebben.

Indien er een samenwerking is tussen naburige huisartsenkringen dient er worden op gewezen dat de data aantonen dat tijdens de ‘deep night’ er slechts gemiddeld 1 tot 2 oproepen per 100 000 inwoners zijn, terwijl de huidige wetgeving de beschikbaarheid van 1 huisarts per 30 000 inwoners vereist. In die zin zou de wetgeving dienen te worden aangepast om het aantal vereiste beschikbare huisartsen beter af te stemmen op het te verwachten aantal oproepen.

Herdefinitie huidige takenverdeling van de betrokken instituten

Aangezien de huisartsenkringen optreden als vertegenwoordiger van de huisartsen van hun huisartsenzone zal de spoedgevallendienst momenteel niet onder hun verantwoordelijkheid kunnen vallen op basis van de wet. Wel kunnen er samenwerkingsovereenkomsten afgesloten worden op basis

^{ssssssssss} Koninklijk besluit van 8 juli 2002 tot vaststelling van de opdrachten verleend aan huisartsenkringen, BS. 5 oktober 2002..¹⁸

^{tttttttt} Art. 30 van de Wet van 10 juli 2008 betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008..¹⁵⁷



waarvan de verantwoordelijkheden verder bepaald worden, waardoor dit geen herdefinitie vraagt.

Kritische bedenkingen

Een eerste kritische bedenking is deze: de cijfers waarop de pilootprojecten “nuit noire” zich baseren om hun test te rechtvaardigen kunnen niet veralgemeend worden, er moet een onderscheid gemaakt worden tussen ruraal en (semi)stedelijk gebied. Cijfermateriaal uit het project 1733 geeft volgende weer:

Binnen de provincie Henegouwen, geregistreerd bij 3 huisartsenkringen, over een periode van 1 jaar.

Waren er 17 568 consultaties tijdens de wachtperiode, wachtperiode van 18u-7u op weekdays en op weekend en feestdagen, geregistreerd, 6 763 (38%) van deze consulten werden geregistreerd tussen 20u en 7u. Beperken we de nacht tot de periode 23u tot 7u dan noteren we 2 870 (16%) consulten.

Het aandeel doorverwijs naar de dringende geneeskundige hulpverlening of het ziekenhuis bedroeg : globaal gezien 3.68%, tussen 20u en 23u was dit 3.75% en na 23u 6.62% Dus zeker niet de meerderheid van de oproepen.

Veralgemeen dat er tijdens de nacht dus weinig contacten zijn, en dat deze contacten voornamelijk moeten doorverwezen worden naar het ziekenhuis blijkt sterk afhankelijk van lokale factoren.

Uit de thesis van H. Philips (cf. chap. 8.1.1) blijkt dat van de patiëntenpopulatie tijdens de huisartsenwachtdienst in België, 40 % de voorkeur geven aan het contacteren van de huisarts van wacht, en 60% zich nu reeds rechtstreeks tot de spoedgevallendienst begeven. Het uitbesteden van de resterende 40% van de patiëntenpopulatie van de huisartsenwachtdiensten aan spoedgevallendiensten kan een overbelasting van de spoedgevallendiensten tot gevolg hebben, daar waar er nu al sprake is van onterecht gebruik en overbelasting van spoedgevallendiensten. Ook moet de vraag gesteld worden of deze optie tot invulling van de wachtdienst kan gebruikt worden in ruraal gebied met mindere aanwezigheid van spoedgevallendiensten, nabijheid van de spoedgevallendiensten?

Wanneer de patiënt 's nachts enkel een beroep kan doen op de spoedgevallendienst van een ziekenhuis stelt zich een probleem wanneer hij/zij zich niet kan verplaatsen. Noodgedwongen zal het ziekenhuis dan een ziekenwagen moeten sturen of een beroep moeten doen op andere vormen van vervoer zoals bv. een sociale taxi. Vraag blijft dan ook wie de extra

kosten voor dit vervoer zal horen te dragen: de ziekteverzekering of de patiënt?

Een andere kritische bedenking is de financiële implicatie van het systematisch doorverwijzen van patiënten tijdens de wachtdienst naar de spoedgevallendiensten.

Simuleren we een patiënt zonder voorkeursregeling die op consult gaat bij een geaccrediteerde huisarts of bij een geaccrediteerde spoedarts, dan merken we dat :

- De honoraria 101076 en 102410 bij de huisarts een kostprijs kennen van 34.48€ met een eigen inbreng van de patiënt van 8.65€,
- De honoraria 590533 en 590833 bij de spoedarts een kostprijs van 44.55€ kennen, met een eigen inbreng van de patiënt van 19.54€.

De eigen inbreng van de patiënt ligt hier bijna 11€ hoger. Bovendien is het risico tot het opdrijven van medische prestaties die enkel (of voornamelijk) in een ziekenhuis voorhanden zijn niet ondenkbaar (labo-onderzoeken, medische beeldvorming, ...), wat mogelijks de kostprijs van de gezondheidszorg alleen zal benadelen.

Ten slotte nog deze bedenking: wat betreft de aansprakelijkheid van de huisartsenkringen en het ziekenhuis in dit scenario bestaat er nog onduidelijkheid en kan nog geen sluitend antwoord gegeven worden.

8.5.6. Scenario 3: Phone consultation

8.5.6.1. Inleiding

In een studie die poogt de activiteit van huisartsen tijdens wachtdiensten te analyseren en die probeert oplossingen voor te stellen die de continuïteit van zorg in de huisartsgeneeskunde verzekeren, is het nuttig om de mogelijkheid tot het uitvoeren van teleconsultaties te onderzoeken. De teleconsultatie is een toepassing van de telegeneeskunde. Telegeneeskunde is een veelomvattend begrip dat kan gedefinieerd worden als het op een afstand uitoefenen van de geneeskunde in al zijn aspecten. Kenmerkend gegeven van de telegeneeskunde is dat de betrokkenen zich niet in dezelfde ruimte bevinden, vandaar ook de veelgebruikte term “geneeskunde op afstand” (Callens en ter Heerdt, Juridische beschouwingen bij telegeneeskunde, T. Gez. 1999-2000, p. 310-311). Voorbeelden daarvan zijn diagnose op afstand, thuisverpleging op afstand en opvolging chronisch zieken).



Onder teleconsultatie dient verstaan te worden de raadpleging van een gezondheidszorgbeoefenaar om al dan niet dringende medische redenen door een patiënt of een andere gezondheidszorgbeoefenaar, via communicatiemiddelen. Het contacteren van een gezondheidszorgbeoefenaar door een andere gezondheidszorgbeoefenaar wordt ook wel tele-expertise genoemd, zodat voor deze tekst bij teleconsultatie enkel een contact tussen een patiënt en een gezondheidszorgbeoefenaar bedoeld wordt. Als gezondheidszorgbeoefenaar wordt voor deze tekst enkel een arts of een verpleegkundige beoogd.

Dit is uiteraard geen nieuw gegeven. Ook in het verleden vroegen artsen formeel of informeel advies via brief of telefoon aan collega's. Zonder te veel in detail te gaan kunnen als voordelen beschouwd worden het feit dat er geen verplaatsing nodig is voor patiënt en gezondheidszorgbeoefenaar, dat er realtime gegevens kunnen verzameld worden en dat een wijziging in de gezondheidstoestand sneller kan opgespoord worden.

8.5.6.2. *Teleconsultaties door een arts in een wetgevend en deontologisch kader*

Wetgevend kader

In Frankrijk werd op 19 oktober 2010 een decreet gepubliceerd dat een aantal aspecten regelt van de telegeneeskunde^{uuuuuuuuuu}. Het Franse systeem biedt aan een arts de mogelijkheid om op afstand een consultatie te verrichten, om een patiënt op te volgen volgens een vastgelegd protocol of om een externe arts te consulteren met betrekking tot een bepaald dossier. Het biedt zeer duidelijk een oplossing voor de grote geografische afstanden die in Frankrijk vooral in rurale gebieden bestaan tussen artsen en patiënten.

In Nederland is vanaf 1 januari 2008 de herziene richtlijn "Onlinearts-patiënt contact" van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst van toepassing (de oorspronkelijke richtlijn dateert van 2004, op www.knmg.artsennet.nl, geconsulteerd op 25 juli 2011). Deze richtlijn is van toepassing op drie soorten online arts-patiënt contact, waarbij de arts hetzij een op de situatie van de patiënt gericht advies geeft of farmacotherapie start of herhaalmedicatie voorschrijft. Deze richtlijn viseert

dus duidelijk ook teleconsultaties. Naargelang het voorwerp van het contact tussen arts en patiënt gelden verschillende zorgvuldigheidsvereisten.^{wwwwwww}

In België bestaat er geen soortgelijke regeling of wetgeving. Uiteraard is er wel de wet van 21 augustus 2008 houdende oprichting en organisatie van het eHealth-platform met een aantal uitvoeringsbesluiten die zijdelings aan deze problematiek raakt. Het eHealth-platform heeft als doelstelling om, door een onderlinge elektronische dienstverlening en informatie-uitwisseling tussen alle actoren in de gezondheidszorg, georganiseerd met de nodige waarborgen op het vlak van de informatieveiligheid en de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, de kwaliteit en de continuïteit van de gezondheidszorgverstrekking en de veiligheid van de patiënt te optimaliseren, de vereenvoudiging van de administratieve formaliteiten voor alle actoren in de gezondheidszorg te bevorderen en het gezondheidsbeleid te ondersteunen.^{wwwwwwwwww} Daartoe werden aan het eHealth-platform 10 specifieke opdrachten toegekend (art. 5 wet van 21/08/2008). Het eHealth-platform kan op termijn een grote actor worden in het gebeuren van de teleconsultaties en de telegeneeskunde in het algemeen.

In overeenstemming met artikel 2 van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (verder het KB nr. 78) wordt als een handeling behorende tot de uitoefening van de geneeskunde beschouwd, elke handeling die tot doel heeft, of wordt voorgesteld tot doel te hebben, bij een menselijk wezen, hetzij het onderzoeken van de gezondheidstoestand, hetzij het opsporen van ziekten en gebrekkigheden, hetzij het stellen van de diagnose, het instellen of uitvoeren van een behandeling van een fysische of psychische, werkelijke of vermeende pathologische toestand, hetzij de inenting, alsook het toezicht uitoefenen op de zwangerschap, op de bevalling of op het postpartum en elk ingrijpen dat erop betrekking heeft.

Om wettige handelingen behorende tot de geneeskunde te mogen uitvoeren moet men voldoen aan de voorwaarden voorzien in artikel 7 van het KB nr. 78, zijnde in bezit zijn van het wettelijk diploma van doctor in de genees-, heel-, en verloskunde (tenzij men daarvan is vrijgesteld of gelijkgesteld), in

^{uuuuuuuuuu} Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine.¹⁵⁸

^{wwwwwww} S. Callens, Recente ontwikkelingen inzake online contact arts-patiënt in Nederland en België.¹⁵⁹

^{wwwwwwwwww} Art. 4 Wet van 21 augustus 2008 houdende oprichting en organisatie van het eHealth-platform



het bezit zijn van het visum van dit diploma afgeleverd door de bevoegde dienst van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en ingeschreven zijn op de lijst van de Orde der geneesheren (uitzondering voor houders van de beroepstitel van vroedvrouw overeenkomstig artikel 2, § 2 van het KB nr. 78 en voor beoefenaars van de tandheelkunde, overeenkomstig artikel 3 van het KB nr. 78, elk voor hun specifiek domein).

Opdat er dus sprake zou kunnen zijn van onwettige uitoefening van de geneeskunde moet men dus hetzij geen wettelijk diploma, hetzij geen visum, hetzij geen inschrijving bij de Orde hebben, ofwel een combinatie daarvan. Bovendien is onwettige uitoefening van de geneeskunde een gewoontemisdrijf en moet men de onwettige handeling dus meer dan één keer stellen (op deze regel zijn wel een aantal uitzonderingen - zie artikel 38, § 2, 1°-3° van het KB nr. 78).

Het KB nr. 78 voorziet niet hoe de geneeskundige handeling daadwerkelijk uitgevoerd moet worden. In theorie zou dit dus ook via de telefoon kunnen gebeuren. Aldus is het mogelijk dat via een teleconsultatie een handeling gesteld wordt die behoort tot de geneeskunde, bijvoorbeeld een diagnose of een eerste aanzet tot behandeling van een fysische toestand. Rekeninghoudende met het voorgaande is dergelijke handeling voorbehouden tot een arts.

Deontologisch kader

De teleconsultatie is het voorwerp geweest van een aantal adviezen van de nationale raad van de Orde der geneesheren (adviezen van 19/08/2000, 21/10/2000 en 16/02/2008).

De Orde stelde op 19 augustus 2000 dat een geneeskundige raadpleging een ondervraging en een klinisch onderzoek vergt door een arts die bevoegd is de geneeskunde uit te oefenen. Er moet een onderscheid gemaakt worden tussen de geneeskundige raadpleging tussen een arts en een patiënt, en de telegeneeskunde. Dit laatste is een gesprek op afstand tussen artsen over een bepaald probleem of tussen een arts en een verre en/of alleenstaande patiënt. In die gevallen mag de geraadpleegde arts slechts een

beperkte mening geven.^{xxxxxxx} Dit houdt in dat deontologisch gezien teleconsultaties mogelijk zijn, maar dat er geen volledige raadpleging kan gebeuren via telefoon of ander communicatiemiddel. Omdat er geen volledige diagnose mogelijk is en omdat er geen volledig klinisch onderzoek kan gebeuren mag de betrokken arts maar een beperkte mening geven.

Op 16 februari 2008 nam de nationale raad van de Orde der geneesheren opnieuw het standpunt in dat een medisch advies langs telefonische weg grote voorzichtigheid vereist. Een medisch advies veronderstelt in de regel, ter vermindering van risico's voor de patiënt, een voorafgaand medisch onderzoek, wat telefonisch uitgesloten is (advies van 16 februari 2008 van de nationale raad van de Orde der geneesheren over "Telefonisch advies door een arts – Ereloon", op www.ordomedic.be, geconsulteerd op 18 juli 2011).

Op 7 juni 2008 bepaalde de nationale raad van de Orde der geneesheren opnieuw dat bij adviezen langs telefonische weg grote omzichtigheid vereist is met in de regel een voorafgaand medisch onderzoek. Telefonische adviezen, wat het beantwoorden van vragen insluit, kunnen door de gecontacteerde arts enkel gegeven worden aan hem gekende patiënten. Voor de door de aangesproken arts gekende patiënten zal de betrokken arts op eigen verantwoordelijkheid en met afweging van eventueel aan de beantwoording verbonden risico's, het al dan niet gevolg geven aan een telefonische adviesvraag beoordelen (advies van 7 juni 2008 van de nationale raad van de Orde der geneesheren over "Telefonisch advies door een arts – Ereloon".¹⁶¹

Deze adviezen samengelezen kunnen volgens de Orde dus teleconsultaties enkel als het gaat om gekende patiënten, onder eigen verantwoordelijkheid en met de nodige omzichtigheid.

8.5.6.3. *Teleconsultaties door een verpleegkundige in een wetgevend en deontologisch kader*

Wetgevend kader

In Engeland, Schotland en Wales bestaat er respectievelijk NHS Direct, NHS 24 en NHS Direct Wales. Dit is een telefoondienst die onder andere instaat

^{xxxxxxx} advies van 19 augustus 2000 van de nationale raad van de Orde der geneesheren over "het medisch consult en postorderverkoop van geneesmiddelen via internet"¹⁶⁰



voor 24-uurs gezondheidsadviezen, telefonische ondersteuning voor chronisch zieken en pre- en postoperatieve ondersteuning van patiënten (www.nhsdirect.nhs.uk/About/WhatIsNHSDirect - geconsulteerd op 25 juli 2011). Deze dienst draait voor een groot deel op verpleegkundigen die bijzondere bekwaamheden hebben behaald (deze mogen bijvoorbeeld ook beperkt geneesmiddelen voorschrijven).

Een dergelijk systeem is niet voorzien in België. Een verpleegkundige heeft in België een duidelijk omschreven takenpakket (zie hoofdstuk over consultaties door verpleegkundigen). Artikel 21quinquies van het KB nr. 78 bepaalt wat onder verpleegkundige handelingen verstaan moet worden en bepaalt met de artikelen 21quater en 21sexies van het KB nr. 78 welke handelingen een verpleegkundige mag stellen en onder welke voorwaarden dit kan gebeuren.

Als de gezondheidszorgbeoefenaar die de teleconsultatie doet geen arts is, dan kan deze geen handelingen stellen die behoren tot de geneeskunde. Deze kunnen via de telefoon enkel de handelingen stellen die zij wettelijk mogen stellen. Wettelijk gezien mag een verpleegkundige bij een teleconsultatie enkel handelingen stellen die tot de verpleegkunde behoren.

Deontologisch kader

Voor verpleegkundigen is er voorlopig geen Orde der verpleegkundigen. 5 beroepsverenigingen voor verpleegkundigen (ACN, FNIB, NVKVV, NNBVV en KPVDB), verenigd in de Algemene Unie van Verpleegkundigen van België (AUVB-UGIB), hebben samen reeds in 2004 een deontologische code voor de Belgische verpleegkundigen opgesteld maar bij gebrek aan controle- en sanctiebevoegdheden blijft deze code in de huidige omstandigheden slechts een richtsnoer voor best practices. Deze code voorziet geen bepalingen met betrekking tot teleconsultaties. Er wordt daarom dan ook niet dieper op ingegaan.

8.5.6.4. Verantwoordelijkheden en aansprakelijkheid van de betrokkenen

Bij toepassing van telegeneeskunde draagt de tele-arts een grote verantwoordelijkheid en zal hij de nodige voorzichtigheid moeten hanteren. Dit is vooral vereist omdat hij zich vaak niet snel tot bij de patiënt kan begeven om diens gezondheidstoestand na te gaan. De arts moet ook beseffen dat de informatie waarover hij beschikt, ondanks de technologie, nog beperkt blijft. De tele-arts is dan ook verplicht om bij de patiënt steeds de nodige inlichtingen in te winnen. Dat telegeneeskunde soms risico's inhoudt

blijkt ook uit de rechtspraak. Het geven van onjuiste informatie, het stellen van een verkeerde diagnose of het niet gepast reageren op een probleem kan immers tot aansprakelijkheid van de tele-arts leiden.^{yyyyyyyyyy}

De algemene aansprakelijkheidsregels zijn van toepassing, zowel op strafrechtelijk als op burgerrechtelijk vlak. De verantwoordelijkheid bij het voeren van een teleconsultatie verschilt niet van de aansprakelijkheid bij de gewone uitoefening van het beroep.

- Op strafrechtelijk vlak springt het concept van het schuldig verzuim in het oog. Artikel 422bis van het Strafwetboek bepaalt dat gestraft kan worden hij die verzuimt hulp te verlenen of te verschaffen aan iemand die in groot gevaar verkeert, als hij zelf diens toestand heeft vastgesteld, of als die toestand hem is beschreven door degenen die zijn hulp inroepen, waarbij de verzuimer kon helpen zonder ernstig gevaar voor zichzelf of voor anderen. In theorie lijkt dit toepasselijk op teleconsultaties.
- Op burgerrechtelijk vlak is in artikel 1382 van het Burgerlijk Wetboek voorzien dat degene die door zijn fout of nalatigheid schade berokkent aan een ander, deze schade moet vergoeden als er een causaal verband is tussen de schade en de fout. Ook dit lijkt in theorie van toepassing op teleconsultaties.

Bovendien regelt de wet van 31 maart 2010^{zzzzzzzzzz} de vergoeding van de schade als gevolg van gezondheidszorg, onverminderd het recht van het slachtoffer of zijn rechthebbenden om, overeenkomstig de regels van het gemeen recht, de vergoeding van zijn schade voor de hoven en rechtbanken te vorderen. Wanneer voldaan aan de voorwaarden beschreven in deze wet heeft het slachtoffer recht op een schadevergoeding door het Fonds voor medische ongevallen.^{aaaaaaaaaa}

^{yyyyyyyyyy} S. Callens en J. Ter Heerdt, Juridische beschouwingen bij telegeneeskunde¹⁶², Luik, 3 oktober 1995, T. Gez. 1996-97, 30-33; Rb. Brugge 19 december 1994, T. Gez. 1997-98, 38-41 met noot van T. Vansweevelt, bevestigd door Gent 26 december 1995, T. Gez. 1997-98, 34-35.

^{zzzzzzzzzz} Wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van de schade als gevolg van gezondheidszorg¹⁶³

^{aaaaaaaaaa} Art. 5 van de Wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van de schade als gevolg van gezondheidszorg, BS. 2 april 2010 Deze voorwaarden



De arts die door een patiënt gecontacteerd wordt en oordeelt dat deze in gevaar is kan daarom verplicht worden een onmiddellijke beslissing te nemen, na het stellen van een aantal vragen maar zonder dat een volledig medisch onderzoek mogelijk is. De houding van de arts zal voornamelijk afhangen van de omstandigheden. Deze houding zal verschillen naargelang de arts de patiënt die hem opbelt en zijn antecedenten goed kent en hij zal zich voorzichtig moeten opstellen als hij de patiënt niet kent.^{bbbbbbbbb}

Indien bij een teleconsultatie handelingen gesteld worden die behoren tot de geneeskunde, dan kunnen deze in principe enkel gesteld worden door een bevoegd persoon die voldoet aan de criteria voor het uitoefenen van de geneeskunde. Indien dit niet het geval is, dan kunnen deze handelingen gekwalificeerd worden als onwettige uitoefening van de geneeskunde. Dergelijke handelingen zijn zoals hiervoor beschreven strafbaar gesteld in het KB nr. 78.

Een patiënt die telefonisch contact zoekt met een gezondheidszorgbeoefenaar zal zich ook kunnen beroepen op de wet op de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002 die aan de patiënt tegenover een gezondheidszorgbeoefenaar het recht geeft op een kwaliteitsvolle dienstverstrekking die beantwoordt aan de specifieke behoeften van de patiënt.

8.5.6.5. *Aanpassing bestaande wetgeving*

Een arts beschikt over therapeutische en diagnostische vrijheid. Overeenkomstig artikel 11 van het KB nr. 78 mag aan de personen die wettelijk gezien de geneeskunde en de tandheelkunde mogen uitoefenen geen beperkingen opgelegd worden bij de keuze van de middelen die

zijn: wanneer de schade is veroorzaakt door een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid; wanneer het Fonds oordeelt of wanneer vaststaat dat de schade is veroorzaakt door een feit dat aanleiding geeft tot aansprakelijkheid van de zorgverlener, wiens burgerlijke aansprakelijkheid niet of onvoldoende is gedekt door een verzekeringsovereenkomst; wanneer het Fonds oordeelt of wanneer vaststaat dat de schade is veroorzaakt door een feit dat aanleiding geeft tot aansprakelijkheid van de zorgverlener en wanneer deze of zijn verzekeraar de aansprakelijkheid betwist; wanneer de verzekeraar die de aansprakelijkheid dekt van de zorgverlener die de schade heeft veroorzaakt en voorstel tot vergoeding doet dat het Fonds kennelijk ontoereikend vindt.

bbbbbbbbb G. Genicot, Droit médical et biomédical.¹³³

aangewend moeten worden, hetzij voor het stellen van een diagnose, hetzij voor het instellen en uitvoeren van de behandeling, (deze vrijheid geldt overigens ook voor apothekers voor wat betreft het uitvoeren van magistrale bereidingen). Artsen mogen dus reeds een diagnose en andere geneeskundige handelingen stellen via de telefoon. Om teleconsultaties door artsen wettelijk mogelijk te maken dient dus in principe de wet niet aangepast te worden. Het lijkt evenwel duidelijk dat zoals bijvoorbeeld in Nederland een aantal zorgvuldigheidsvereisten ingeschreven kunnen worden om meer duidelijkheid en zekerheid in te bouwen.

Indien men verpleegkundigen meer bevoegdheden wil geven inzake teleconsultaties, dan dient de basiswetgeving omtrent de uitoefening van de verpleegkunde en de geneeskunde gewijzigd worden. Als voorbeeld zou de situatie in het Verenigd Koninkrijk genomen kunnen worden met verpleegkundigen die onder andere geneesmiddelen kunnen voorschrijven (zie voorgaande tekst).

8.5.6.6. *Kritische bedenkingen*

Vandaag bestaat er reeds een tekort aan verpleegkundigen. Het inschakelen van verpleegkundigen bij teleconsultaties zou kunnen leiden tot een nog groter gebrek aan manpower in de verpleegkundige sector.

Er kan mogelijks een overlap zijn tussen de bevoegdheden van artsen en deze van verpleegkundigen die geneeskundige handelingen stellen in het kader van de teleconsultatie. Het inschakelen van verpleegkundigen bij teleconsultaties zal alsdussanig enige sensibilisering vergen bij patiënten. Aangezien tot nog toe het gros van de medische handelingen tot het monopolie van de arts behoorde, geniet deze een zekere credibiliteit die verpleegkundigen nog zullen moeten opbouwen.

Indien verpleegkundigen zouden worden ingeschakeld voor het uitvoeren van teleconsultaties tijdens de wachtperiode, zullen zij dienen te worden geïntegreerd in een systeem dat tot nog toe werd georganiseerd door een andere beroepsgroep, nl. de huisartsen(kringen).

Daarnaast kan men zich nog de vraag stellen op welke manier men dezelfde kwaliteitsgaranties kan bieden bij teleconsultaties als bij live consultaties? Een aantal technische maatregelen kunnen worden voorzien ter technische ondersteuning, bijvb. het opnemen van het gesprek.



De vraag stelt zich ook hoe teleconsultaties dienen te worden gefinancierd/terugbetaald. Dienen dezelfde tarieven te worden gehanteerd als bij live consultaties?

8.5.7. Scenario 4: Consultation by specifically trained nurses

8.5.7.1. Introduction

Dans le cadre de cette étude consacrée à l'analyse du système de garde existant pour les médecins généralistes et des pistes de solutions envisagées afin d'assurer une continuité dans la dispensation des soins de santé, il y a également lieu de se pencher sur la possibilité d'organiser des consultations qui seraient prises en charge par des praticiens de l'art infirmier et de voir si, dans le cadre de notre législation actuelle, une telle solution est possible et si oui, dans quelle mesure celle-ci est envisageable.

La proposition de mettre en place un service de consultations qui seraient assurées par des praticiens de l'art infirmier s'inspire de la situation existante en Angleterre et plus particulièrement des « Walk-in centres »^{cccccccccc}. En effet, depuis 1999, le « Department of Health » qui est en charge de promouvoir la santé et le bien-être en Angleterre, a mis sur pied via le National Health Service (www.nhs.uk) des centres dénommés « Walk-in centres » (WICs). Ces centres ont été créés afin d'offrir à tout intéressé un accès plus facile aux services de soins en y proposant un accès direct aux soins (c'est-à-dire sans inscription ou rendez-vous) et ce, en complément des médecins généralistes et des services d'urgence. Les personnes intéressées doivent aller dans les « Walk-in centres » dont la majorité sont d'ailleurs ouverts 365 jours par an et en-dehors des heures de bureau. Ceux-ci sont localisés dans des endroits faciles d'accès (près de gares, ...).

Ces centres n'ont pas pour vocation de traiter des maladies à long terme ou des cas d'urgence vitale mais ont été mis sur pied afin de conseiller et de traiter des maladies et blessures mineures telles que des petites infections, fractures, coupures, ecchymoses, brûlures, problèmes musculaires, ainsi que pour dispenser des mesures de contraception urgente.

cccccccccc

<http://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/Emergencyandurgentcareservices/pages/Walk-incentresSummary.aspx>, consulté le 26 juillet 2011.

Les « Walk-in centres » sont gérés par des infirmiers (certains d'entre eux sont gérés en collaboration par des docteurs et des infirmiers mais ce n'est pas le cas de la majorité). Une grande importance est accordée à la formation et au développement des compétences des infirmiers qui travaillent dans ces centres : ceux-ci doivent en effet suivre des formations particulières (« degree-level qualifications ») en vue d'acquérir des compétences spécifiques en matière de diagnostique, de traitement, de procédures chirurgicales (incision, sutures, drainage, ...),... et également de prescription^{ddddddddd} et ce, afin de leur permettre d'exercer de plus grandes responsabilités et de travailler dans une plus grande autonomie que dans les autres emplois où l'on retrouve des infirmiers^{eeeeeeeeee}.

8.5.7.2. Le cadre légal et déontologique

Cadre légal

Dans le droit belge actuel, le champ de compétences des praticiens de l'art infirmier est délimité par la définition de l'art infirmier, définition que l'on retrouve à l'article 21quinquies de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions de soins de santé^{ffffff}.

La lecture du §1er, a) de cet article laisse apparaître que, parmi les activités relevant de l'exercice de l'art infirmier, l'on trouve notamment :

- « le fait d'observer, identifier et établir l'état de santé sur les plans psychique, physique et social ;
- définir les problèmes en matière de soins infirmiers ;
- collaborer à l'établissement du diagnostic médical par le médecin et l'exécution du traitement prescrit ;
- informer et conseiller le patient et sa famille ;
- assurer une assistance continue, accomplir des actes ou aider à leur accomplissement en vue du maintien, de l'amélioration et du

^{ddddddddd} <http://www.nmc-uk.org/Nurses-and-midwives/Prescribing>, consulté le 13 juillet 2011

^{eeeeeeeeee} <http://www.nursingtimes.net/the-rise-of-the-walk-in-centre/1800931.article>, consulté le 27 juillet 2011.

^{ffffff} ci-après « arrêté royal n° 78 ».



rétablissement de la santé de personnes et de groupes qu'ils soient sains ou malades (...) ».

A côté de cela, les praticiens de l'art infirmier peuvent également réaliser une série de prestations techniques de l'art infirmier ainsi que des actes pouvant être confiés par un médecin⁹⁹⁹⁹⁹⁹⁹⁹⁹⁹ et ce, en vertu de l'article 21quinquies, §1er, b) et c) de l'arrêté royal n° 78. Ces prestations techniques, dont certaines requièrent une prescription, peuvent être liées à l'établissement du diagnostic par le médecin, à l'exécution d'un traitement prescrit par le médecin ou encore à des mesures relevant de la médecine préventive.

Ces prestations techniques et actes médicaux confiés sont énumérés dans les annexes de l'arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre.

Sans entrer dans le détail, il faut souligner le fait que la réalisation tant des prestations techniques que des actes médicaux confiés n'est autorisée qu'aux praticiens de l'art infirmier qui répondent à certaines conditions de qualification et que cette réalisation est elle-même soumise à des conditions d'exécution (toutes ces conditions sont également formulées dans l'arrêté royal du 18 juin 1990 précité). En outre, une liste de prestations techniques et actes médicaux confiés a été spécifiquement établie pour les infirmiers spécialisés en soins intensifs et d'urgence mais ceux-ci ne peuvent réaliser ces prestations et actes que dans le cadre de leur fonction soins intensifs, soins urgents spécialisés, service mobile d'urgence et aide médicale urgente. Et, à nouveau ici, des conditions d'exercice ont été posées.

Comme on peut donc le constater, l'exercice de l'art infirmier est, en droit belge, délimité et conditionné de manière telle que le praticien de l'art infirmier peut collaborer à l'établissement du diagnostic et à l'exécution d'un traitement mais cette collaboration se fait avec un médecin de sorte que l'infirmier, seul, ne peut poser un diagnostic ou décider d'un traitement.

En raison donc de ce que permet notre législation actuellement, un système tel qu'il existe dans les « Walk-in centres » en Angleterre (où les infirmiers

sont amenés à poser de façon autonome des diagnostics et à décider des traitements qu'ils vont appliquer) n'est pas transposable tel quel dans notre pays. En effet, la recherche de maladies par l'établissement d'un diagnostic et la mise en place d'un traitement sont des activités qui relèvent de l'exercice de l'art médical réservé aux médecins (l'art médical étant défini par l'article 2 de l'arrêté royal n° 78 en ces termes : « tout acte ayant pour objet ou présenté comme ayant pour objet, à l'égard d'un être humain, soit l'examen de l'état de santé, soit le dépistage de maladies et déficiences, soit l'établissement du diagnostic, l'instauration ou l'exécution du traitement d'un état pathologique, physique ou psychique, réel ou supposé, soit la vaccination. » – voyez également à ce sujet cfr. *teleconsultatie door een arts – wetgevend kader*). Le praticien de l'art infirmier ne peut poser d'acte médical que dans les conditions et limites relatives aux actes médicaux confiés formulées dans l'arrêté royal du 18 juin 1990 précité.

Cadre déontologique

A l'heure actuelle, il n'existe pas en Belgique d'Ordre des praticiens de l'art infirmier ni de code de déontologie concernant les praticiens de l'art infirmier. Seul un projet de code a été élaboré en 2004 par 5 organisations professionnelles représentatives des praticiens de l'art infirmier (à savoir ACN, FNIB, NVKVV, NNBVV en KPVDB qui se sont réunies en formant l'Union Générale des Infirmières de Belgique (UGIB-AUVB)) mais faute de pouvoir de contrôle et de sanction, ce projet est resté une simple référence de bonnes pratiques^{hhhhhhhhhh}. En conséquence, il n'existe aujourd'hui aucun avis et aucune disposition de type déontologique qui traiterait de ce sujet. Zie ook deontologisch kader teleconsultatie door een geneesheer.

Compétences et responsabilité

Comme déjà expliqué, le champ de compétences des praticiens de l'art infirmier est actuellement délimité dans notre droit de sorte que, eu égard à l'hypothèse envisagée ici (à savoir des consultations effectuées par des infirmiers à l'instar des consultations effectuées dans les « Walk-in centres »), un praticien de l'art infirmier qui poserait un acte ne relevant pas de l'art infirmier ou un acte autorisé au praticien de l'art infirmier mais sans respecter les conditions de qualification et d'exercice fixées dans la

⁹⁹⁹⁹⁹⁹⁹⁹⁹⁹ ci-après « actes médicaux confiés ».

^{hhhhhhhhhh} Proposition de loi portant création d'un Ordre des praticiens de l'art infirmier, *Doc.parl.*, Sén., sess.ord. 2010-2011, n° 5-283/1, p.3.



législation, s'expose aux sanctions prévues dans l'arrêté royal n° 78 et plus particulièrement aux sanctions concernant l'exercice illégal de l'art médical (art. 38 et suivants).

Par ailleurs, si dans l'exercice de sa fonction de praticien de l'art infirmier, un patient devait subir un préjudice, la responsabilité du praticien de l'art infirmier pourrait être mise en cause sur base des règles générales de la responsabilité tant au niveau de la responsabilité civile qu'au niveau de la responsabilité pénale (application éventuelle des dispositions concernant les atteintes à l'intégrité physique du patient telles que des coups et blessures (in)volontaires visés par les articles 398 à 420 du Code pénal).

Adaptation de la législation

La mise en place de systèmes d'offre de soins tels qu'existant dans les « Walk-in centres » requerrait une adaptation de notre législation afin d'étendre les connaissances requises et les compétences autorisées aux praticiens de l'art infirmier qui travailleraient dans ce type de centre et cela en matière de diagnostique, de traitement (et notamment de prescription de traitement médicamenteux) et de suivi des soins. Dans un tel système, le praticien de l'art infirmier travaillerait en plus grande autonomie (de décision) que celle dont il dispose aujourd'hui.

Redéfinition de la répartition actuelle des tâches des différents intéressés

Un tel scénario aurait pour conséquence une remise en cause de la répartition actuelle des tâches entre les différents acteurs intervenants et plus particulièrement entre les praticiens de l'art infirmier et les médecins. En effet, les praticiens de l'art infirmier qui exerceraient dans des centres type « Walk-in centres » disposeraient d'un champ de compétences plus large et d'une plus grande autonomie dans l'exercice de leur profession que ce qui existe actuellement en Belgique. Ceux-ci seraient amenés à exercer de manière plus indépendante et autonome. Pour rappel, comme on l'a déjà énoncé ci-avant, la plupart des « Walk-in centres » sont gérés par des infirmiers sans présence de médecins. Il y aurait lieu de mettre en place des formations spécifiques pour les praticiens de l'art infirmier qui souhaiteraient travailler dans de tels centres afin qu'ils se spécialisent davantage à l'instar des formations existantes en Angleterre (cfr. « advanced nurse

practionner »ⁱⁱⁱⁱⁱⁱⁱ, « community practitioner nurse prescribers & independant and supplementary prescribers »^{iiijiiij}).

Kritische bedenkingen

Soortgelijke bedenkingen als deze die zijn geformuleerd bij het scenario waarin verpleegkundigen worden ingezet voor teleconsultaties zijn hier ook van toepassing.

8.6. Appendices: data analysis

8.6.1. Eurostat – Definition of areas

http://statbel.fgov.be/fr/modules/publications/statistiques/population/typologie_des_communes_zones_rurales_-_zones_non_rurales_2.jsp.

Le concept d'Eurostat est utilisé dans diverses enquêtes communautaires (notamment l'enquête sur les forces de travail et l'enquête sur les revenus et les conditions de vie). Il différencie trois types de zones définies comme suit pour la Belgique :

- zone densément peuplée (A) : ensemble contigu de communes, dont chacune a une densité supérieure à 500 hab./km², la population totale de l'ensemble étant d'au moins 50 000 habitants;
- zone intermédiaire (B) : ensemble contigu de communes n'appartenant pas à une zone densément peuplée, dont chacune a une densité supérieure à 100 hab./km² et dont la population totale est d'au moins 50 000 habitants ou qui est adjacent à une zone densément peuplée;
- zone faiblement peuplée (C) : ensemble contigu de communes n'appartenant ni à une zone densément peuplée ni à une zone intermédiaire.

Un ensemble de communes de moins de 100 km² au total n'atteignant pas la densité requise, mais totalement enclavé au sein d'une zone densément peuplée ou d'une zone intermédiaire, doit être considéré comme faisant partie de cette zone. Si cet ensemble est enclavé entre une zone densément

ⁱⁱⁱⁱⁱⁱⁱ http://www.rcn.org.uk/data/assets/pdf_file/0003/146478/003207.pdf, consulté le 27 juillet 2011.

^{iiijiiij} <http://www.nmc-uk.org/Nurses-and-midwives/Prescribing>, consulté le 13 juillet 2011.



peuplée et une zone intermédiaire, il est considéré comme faisant partie de la zone intermédiaire.

(1) Source : Commission européenne. Eurostat. Régions : Annuaire statistique 2006.

Het concept van Eurostat wordt in verschillende communautaire enquêtes gehanteerd (o.a. in de enquête naar de arbeidskrachten en enquête naar de inkomens en levensomstandigheden).

Het onderscheidt drie soorten gebieden voor België:

- dichtbevolkt gebied (A): geheel van aan elkaar grenzende gemeenten, elk met een dichtheid van meer dan 500 inw./km²; de totale bevolking van het geheel is minstens 50.000 inwoners;
- gemengd gebied (B): geheel van aan elkaar grenzende gemeenten die niet tot een dichtbevolkt gebied behoren, met elk meer dan 100 inw./km² en een totale bevolking van minstens 50.000 inwoners, of gemeenten die grenzen aan een dichtbevolkt gebied;
- dunbevolkt gebied (C): geheel van aan elkaar grenzende gemeenten buiten dichtbevolkte of gemengde gebieden.

Een geheel van gemeenten van minder dan 100 km² oppervlakte in totaal dat niet de vereiste dichtheid bereikt maar volledig in een dichtbevolkt of gemengd gebied ingesloten is, moet worden beschouwd als een deel van dit gebied. Indien dit geheel tussen een dichtbevolkt en een gemengd gebied ingesloten is, wordt het beschouwd als een deel van het gemengde gebied.

(1) Bron : Europese Commissie. Eurostat. Gewesten: Jaarlijkse statistiek 2006.



8.6.2. Billing codes used for the NIHDI data analysis

Code de nomenclature	Libellé Fr	Period of Time	Period of the week	Type of Visit
101091	Supplément de garde porté en compte pour les consultations tenues de 19 à 21h dans le cadre d'un service de garde organisé	Between 6PM to 9PM	Any	Consultation
101113	Supplément de permanence porté en compte pour les consultations effectuées entre 18 et 21h réservé aux médecins inscrits auprès d'un service de garde organisé	Between 6PM to 9PM	Any	Consultation
102410	Supplément pour consultation d'urgence au cabinet d'un médecin généraliste agréé : lorsque la consultation est effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8 heures et 21 heures	Between 8AM to 9 PM	Week-end/Public holiday	Consultation
102432	Supplément pour consultation d'urgence au cabinet d'un médecin généraliste agréé : lorsque la consultation est effectuée la nuit entre 21 heures et 8 heures	Between 9PM to 8AM	Any	Consultation
102454	Supplément pour consultation d'urgence au cabinet d'un médecin généraliste avec droits acquis : lorsque la consultation est effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8 heures et 21 heures	Between 8AM to 9 PM	Week-end/Public holiday	Consultation
102476	Supplément pour consultation d'urgence au cabinet d'un médecin généraliste avec droits acquis : lorsque la consultation est effectuée la nuit entre 21 heures et 8 heures	Between 9PM to 8AM	Any	Consultation
104215	Visite effectuée par le médecin généraliste agréé au domicile du malade entre 18 heures et 21 heures	Between 6PM to 9PM	Any	Visit
104230	Visite effectuée par le médecin généraliste agréé au domicile du malade, la nuit, entre 21 heures et 8 heures	Between 9PM to 8AM	Any	Visit
104252	Visite effectuée par le médecin généraliste agréé le week-end, du samedi à 8 heures au lundi à 8 heures, au domicile du malade	Week-end/Public holiday	Week-end/Public holiday	Visit
104274	Visite au domicile du malade effectuée par le médecin généraliste agréé au cours d'un jour férié, c'est-à-dire depuis la veille de ce jour férié à 21 heures jusqu'au lendemain de ce jour à 8 heures	Week-end/Public holiday	Week-end/Public holiday	Visit
104296	Suppléments aux visites n°s 103412, 103434, 103515, 103530 ou 103552, 103913, 103935 et 103950 : lorsque la visite est effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8 heures et 21 heures	Between 8AM to 9 PM	Week-end/Public holiday	Visit
104311	Suppléments aux visites n°s 103412, 103434, 103515, 103530, ou 103552, 103913, 103935 et 103950 : lorsque la visite est effectuée la nuit entre 21 heures et 8 heures	Between 9PM to 8AM	Any	Visit
104333	Suppléments aux visites n°s 103412, 103434, 103515, 103530 ou 103552, 103913, 103935 et 103950 : lorsque la visite est effectuée le soir entre 18 heures et 21 heures	Between 6PM to 9PM	Any	Visit
104392	Visite effectuée entre 18 heures et 21 heures, par le médecin généraliste agréé à un patient palliatif à domicile	Between 6PM to 9PM	Any	Visit
104414	Visite effectuée la nuit, entre 21 heures et 8 heures, par le médecin généraliste agréé à un patient palliatif à domicile	Between 9PM to 8AM	Any	Visit
104436	Visite effectuée le week-end, du samedi à 8 heures au lundi à 8 heures, par le médecin généraliste agréé à un patient palliatif à domicile	Week-end/Public holiday	Week-end/Public holiday	Visit
104451	Visite effectuée au cours d'un jour férié, c'est-à-dire depuis la veille de ce jour férié à 21 heures jusqu'au lendemain de ce jour à 8 heures, par le médecin généraliste agréé à un patient palliatif à domicile	Week-end/Public holiday	Week-end/Public holiday	Visit
104510	Visite effectuée par le médecin généraliste avec droits acquis au domicile du malade entre 18 heures et 21 heures	Between 6PM to 9PM	Any	Visit
104532	Visite effectuée par le médecin généraliste avec droits acquis au domicile du malade, la nuit, entre 21 heures et 8 heures	Between 9PM to 8AM	Any	Visit
104554	Visite effectuée par le médecin généraliste avec droits acquis le week-end, du samedi à 8 heures au lundi à 8 heures, au domicile du malade	Week-end/Public holiday	Week-end/Public holiday	Visit



Code de nomenclature	Libellé Fr	Period of Time	Period of the week	Type of Visit
104576	Visite au domicile du malade effectuée par le médecin généraliste avec droits acquis au cours d'un jour férié, c'est-à-dire depuis la veille de ce jour férié à 21 heures jusqu'au lendemain de ce jour à 8 heures	Week-end/Public holiday	Week-end/Public holiday	Visit
104591	Suppléments aux visites n°s 103213, 103235, 103316, 103331 ou 103353, 104112, 104134 et 104156 : lorsque la visite est effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8 heures et 21 heures	Between 8AM to 9 PM	Week-end/Public holiday	Visit
104613	Suppléments aux visites n°s 103213, 103235, 103316, 103331 ou 103353, 104112, 104134 et 104156 : lorsque la visite est effectuée la nuit entre 21 heures et 8 heures	Between 9PM to 8AM	Any	Visit
104635	Suppléments aux visites n°s 103213, 103235, 103316, 103331 ou 103353, 104112, 104134 et 104156 : lorsque la visite est effectuée le soir entre 18 heures et 21 heures	Between 6PM to 9PM	Any	Visit
104694	Visite effectuée, entre 18 heures et 21 heures, par le médecin généraliste avec droits acquis à un patient palliatif à domicile	Between 6PM to 9PM	Any	Visit
104716	Visite effectuée la nuit, entre 21 heures et 8 heures, par le médecin généraliste avec droits acquis à un patient palliatif à domicile	Between 9PM to 8AM	Any	Visit
104731	Visite effectuée le week-end, du samedi à 8 heures au lundi à 8 heures, par le médecin généraliste avec droits acquis à un patient palliatif à domicile	Week-end/Public holiday	Week-end/Public holiday	Visit
104753	Visite effectuée au cours d'un jour férié, c'est-à-dire depuis la veille de ce jour férié à 21 heures jusqu'au lendemain de ce jour à 8 heures, par le médecin généraliste avec droits acquis à un patient palliatif à domicile	Week-end/Public holiday	Week-end/Public holiday	Visit



8.6.3. Details of MEDEGA analyses

8.6.3.1. Characteristics of the GP population by type of area

Characteristics of the GPs by type of area (MEDEGA database)

Characteristics		Type of areas			
		Rural N=450 n (%)	Semi-rural N=3 896 n (%)	Urban N=4 356 n (%)	Total N=8 702 n (%)
Accredited GPs	No	68 (15%)	444 (11%)	569 (13%)	1 081 (12%)
	Yes	382 (85 %)	3 452 (89%)	3 787 (87%)	7 621 (88%)
Works in official group practice (« maison médicale »)	No	438 (97%)	3 839 (99%)	4153 (95%)	8 430 (97%)
	Yes	12 (3%)	57 (1%)	203 (5%)	272 (3%)
GPs with NIHDI agreement	No	89 (20%)	468 (12%)	649 (15%)	1 206 (14%)
	Yes	361 (80%)	3 428 (88%)	3 707 (85%)	7 496 (86%)
Participation in group practice	No	386 (86%)	2 818 (72%)	3 008 (69%)	6 212 (71%)
	Yes	64 (14%)	1078 (28%)	1 348 (31%)	2 490 (29%)
Sex	Female	120 (27%)	1 239 (32%)	1 466 (34%)	2 825 (32%)
	Male	330 (73%)	2 657 (68%)	2 890 (66%)	5 877 (68%)
Age category	30-40 years	79 (18%)	747 (19%)	819 (19%)	1 645 (19%)
	40-50 years	104 (23%)	922 (24%)	1 025 (24%)	2 051 (24%)
	50-60 years	183 (41%)	1 539 (39%)	1 762 (40%)	3 484 (40%)
	60-70 years	60 (13%)	463 (12%)	480 (11%)	1 003 (12%)
	Others	24 (4%)	225 (5%)	269 (6%)	518 (6%)

N = number of GPs



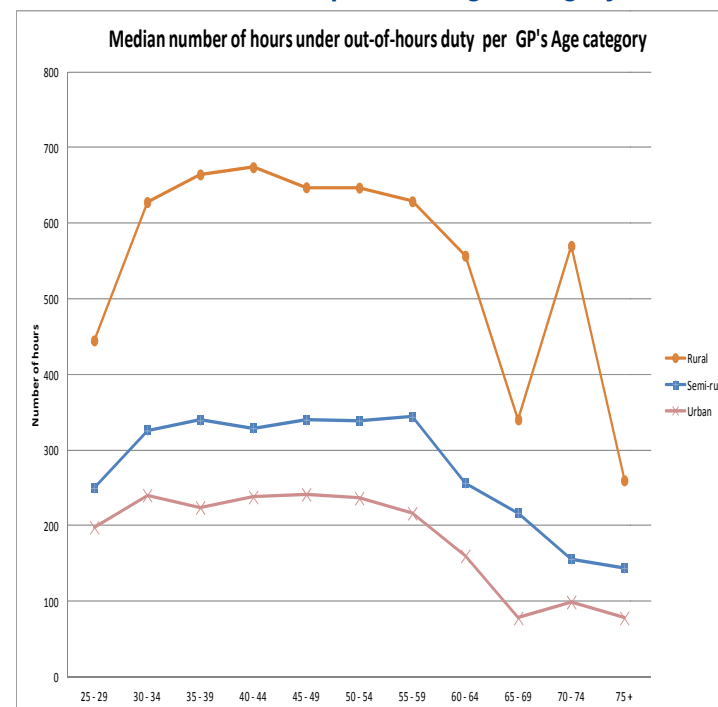
8.6.3.2. Number of hours on duty: differences between areas (MEGEA)

Number of hours on duty by Area

Number of hours on duty	Type of area			Total
	Rural	Semi-rural	Urban	
<120hours per year	23 5.11%	371 9.52%	1 012 23.23%	1 406
120-239h per year	37 8.22%	750 19.25%	1 378 31.63%	2 165
240-359h per year	32 7.11%	1124 28.85%	997 22.89%	2 153
360-479h per year	56 12.44%	772 19.82%	550 12.63%	1 378
480-599h per year	66 14.67%	401 10.29%	242 5.56%	709
>600h per year	236 52.44%	478 12.27%	177 4.06%	891

8.6.3.3. Median number of hours according to GP's age: trends in the 3 types of areas

Median number of hours per GPs' Age Category



Source: MEDEGA database (2009)

(to be noted: variations in rural areas for the oldest age category is not interpretable given the small sample size ($n \leq 5$)).



8.6.3.4. *Median number of hours according to GP's gender: results in the 3 types of areas*

Number of hours under after-hours duty per gender

Gender	Descriptive stat	Rural	Semi-rural	Urban
Female	N	120	1 239	1 466
	Mean (SD)	593.9 (351.9)	345.6 (203.6)	241.2 (169.7)
	Median	589	303	212.5
	Q1 - Q3	296.0 - 835.0	213.0 - 440.0	120.0 - 331.0
	Min - Max	24.0 - 1644.0	4.0 - 1 288.0	5.0 - 1 966.0
Male	N	330	2 657	2 890
	Mean (SD)	673.3 (364.0)	369.2 (227.7)	259.5 (193.5)
	Median	640.5	337	226
	Q1 - Q3	437.0 - 840.0	228.0 - 468.0	128.0 - 342.0
	Min - Max	13.0 - 2192.0	4.0 - 3 344.0	3.0 - 1 958.0

Source: MEDEGA database (2009)

8.6.3.5. *Number of after-hours periods including night hours: total and by gender (source MEDEGA 2009)*

Number of after-hours periods including night hours

stat	Rural	Semi-rural	Urban	Overall
N	450	3 896	4 356	8 702
Mean (SD)	38.7 (21.4)	22.0 (13.6)	15.4 (11.9)	19.6 (14.4)
Median	38	20	14	17
Q1 - Q3	22 - 51	13 - 28	7 - 21	10 - 26
Min - Max	1 - 96	0 - 183	0 - 111	0 - 183

Number of out-of-hours including night hours by GPs' Gender

Gender	stat	Rural	Semi-rural	Urban
Female	N	120	1 239	1 466
	Mean (SD)	35.5 (21.5)	20.9 (12.7)	14.6 (11.0)
	Median	36	19	13
	Q1 - Q3	17.5 - 49.5	13.0 - 27.0	7.0 - 20.0
	Min - Max	1.0 - 91.0	0.0 - 78.0	0.0 - 111.0
Male	N	330	2 657	2 890
	Mean (SD)	39.8 (21.2)	22.6 (14.0)	15.9 (12.4)
	Median	39	21	14
	Q1 - Q3	25.0 - 51.0	14.0 - 28.0	8.0 - 21.0
	Min - Max	1.0 - 96.0	0.0 - 183.0	0.0 - 110.0



Number of out-of-hours including night hours by Month

Month	Descriptive Statistics	Rural	Semi-rural	Urban	Total
January	N	382	3 074	2 989	6 445
	Mean (SD)	3.8 (2.0)	2.3 (1.7)	1.9 (1.5)	2.2 (1.7)
	Median	3	2	1	2
	Q1 - Q3	2.0 - 5.0	1.0 - 3.0	1.0 - 2.0	1.0 - 3.0
	Min - Max	0.00 - 10.00	0.00 - 27.00	0.00 - 16.00	0.00 - 27.00
February	N	383	2 939	2 899	6 221
	Mean (SD)	3.5 (1.9)	2.2 (1.6)	1.8 (1.4)	2.1 (1.6)
	Median	3	2	1	2
	Q1 - Q3	2.0 - 5.0	1.0 - 3.0	1.0 - 2.0	1.0 - 3.0
	Min - Max	1.00 - 10.00	0.00 - 28.00	0.00 - 14.00	0.00 - 28.00
March	N	390	3 042	3 009	6 441
	Mean (SD)	3.8 (2.2)	2.4 (1.7)	1.9 (1.5)	2.3 (1.7)
	Median	3	2	2	2
	Q1 - Q3	2.0 - 5.0	1.0 - 3.0	1.0 - 2.0	1.0 - 3.0
	Min - Max	0.00 - 13.00	0.00 - 31.00	0.00 - 14.00	0.00 - 31.00
April	N	395	3 050	2 910	6 355
	Mean (SD)	3.7 (2.1)	2.3 (1.6)	1.9 (1.5)	2.2 (1.6)
	Median	3	2	1	2
	Q1 - Q3	2.0 - 5.0	1.0 - 3.0	1.0 - 2.0	1.0 - 3.0
	Min - Max	0.00 - 14.00	0.00 - 20.00	0.00 - 16.00	0.00 - 20.00
May	N	402	3 018	2 978	6 398
	Mean (SD)	3.8 (2.1)	2.4 (1.6)	1.9 (1.5)	2.3 (1.6)
	Median	3	2	2	2
	Q1 - Q3	2.0 - 5.0	1.0 - 3.0	1.0 - 2.0	1.0 - 3.0
	Min - Max	0.00 - 12.00	0.00 - 14.00	0.00 - 20.00	0.00 - 20.00
June	N	393	2 910	2 811	6 114
	Mean (SD)	3.7 (1.9)	2.4 (1.6)	1.9 (1.5)	2.2 (1.6)
	Median	3	2	2	2
	Q1 - Q3	2.0 - 5.0	1.0 - 3.0	1.0 - 2.0	1.0 - 3.0
	Min - Max	0.00 - 11.00	0.00 - 15.00	0.00 - 15.00	0.00 - 15.00
July	N	389	2 996	2 828	6 213
	Mean (SD)	3.7 (2.1)	2.5 (1.7)	2.0 (1.6)	2.3 (1.7)
	Median	3	2	2	2
	Q1 - Q3	2.0 - 5.0	1.0 - 3.0	1.0 - 3.0	1.0 - 3.0
	Min - Max	0.00 - 10.00	0.00 - 14.00	0.00 - 17.00	0.00 - 17.00
August	N	397	2 992	2 794	6 183
	Mean (SD)	3.7 (2.1)	2.5 (1.7)	2.0 (1.6)	2.4 (1.7)
	Median	3	2	2	2
	Q1 - Q3	2.0 - 5.0	1.0 - 3.0	1.0 - 3.0	1.0 - 3.0
	Min - Max	1.00 - 11.00	0.00 - 17.00	0.00 - 20.00	0.00 - 20.00
September	N	384	2 971	2 850	6 205
	Mean (SD)	3.7 (2.1)	2.4 (1.6)	2.0 (1.5)	2.3 (1.7)
	Median	3	2	2	2
	Q1 - Q3	2.0 - 5.0	1.0 - 3.0	1.0 - 2.0	1.0 - 3.0
	Min - Max	0.00 - 16.00	0.00 - 14.00	0.00 - 17.00	0.00 - 17.00
October	N	381	3 015	2 950	6 346
	Mean (SD)	3.9 (2.2)	2.4 (1.7)	1.9 (1.5)	2.3 (1.7)



Month	Descriptive Statistics	Rural	Semi-rural	Urban	Total
November	Median	4	2	2	2
	Q1 - Q3	2.0 - 5.0	1.0 - 3.0	1.0 - 2.0	1.0 - 3.0
	Min - Max	0.00 - 14.00	0.00 - 20.00	0.00 - 15.00	0.00 - 20.00
	N	391	3 033	2 905	6 329
	Mean (SD)	3.7 (2.2)	2.4 (1.6)	1.9 (1.5)	2.2 (1.6)
	Median	3	2	2	2
December	Q1 - Q3	2.0 - 5.0	1.0 - 3.0	1.0 - 2.0	1.0 - 3.0
	Min - Max	0.00 - 17.00	0.00 - 14.00	0.00 - 18.00	0.00 - 18.00
	N	382	2 913	2 899	6 194
	Mean (SD)	3.8 (2.2)	2.4 (1.7)	1.9 (1.5)	2.3 (1.7)
	Median	4	2	2	2
	Q1 - Q3	2.0 - 5.0	1.0 - 3.0	1.0 - 2.0	1.0 - 3.0
	Min - Max	0.00 - 17.00	0.00 - 31.00	0.00 - 16.00	0.00 - 31.00

8.6.4. Characteristics of the GPs included in the NIHDI database

Characteristics of the GPs included in the NIHDI database 2009 (with billing codes corresponding to work during after-hours periods)

Characteristics	n (%)
Gender	Female 3 622 (32%)
	Male 7 853 (68%)
Age	30-40 y 1917 (17%)
	40-50 y 2 484 (22%)
	50-60 y 4 349 (39%)
	60-70y 1 646 (15%)
	Others 1 079 (10%)
Accredited GPs	Yes 9 441 (82%)
	No 2 034 (18%)
Flanders	Urban 3 457 (54%)
	Semi-rural 2 881 (45%)
	Rural 22 (0.4%)
Wallonia	Urban 1 809 (45%)
	Semi-rural 1 683 (42%)
	Rural 497 (13%)



8.7. Appendices: economic analysis

8.7.1. Template for the collection of data from organized duty centres (NIHDI source)

Table 21 : Rapport financier Poste de garde des médecins généralistes

RAPPORT FINANCIER POSTE DE GARDE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES.....		ANNÉE.....	
Dépenses		Revenus	
1. Coûts salariaux	.....	13. Subsidies	.....
a) Personnel administratif:	.....	a) Subsidies (NAMI (poste de garde)	.....
Calcenter - accueil	.....	b) Subsidies du cercle	.....
Administration	.....	c) Subsidies du cercle - numéro d'appel central	.....
Entretien	.....	d) Autres subsidies (publique)	.....
Chauffeur	.....	e) Autres subsidies (privé)	.....
b) Personnel soignant	.....	14. Intérêts dépôts à vue/comptes d'épargne	.....
c) Coordinateur	.....	Numéro de compte: .....	.....
d) Provision passif social	.....	Numéro de compte: .....	.....
e) Coûts de formation	.....	Numéro de compte: .....	.....
f) Assurances relatives au personnel	.....	Numéro de compte: .....	.....
g) Secrétariat social	.....	Numéro de compte: .....	.....
2. Rémunération médecins généralistes ¹	.....	15. Honoraires	.....
a) Montant honoraires médecins généralistes	.....	a) Montant honoraires médecins généralistes	.....
(perception centrale des prestations)	.....	(perception central des prestations)	.....
b) Honoraires de disponibilité (perception	.....	b) Honoraires de disponibilité (perception	.....
centrale)	.....	centrale)	.....
c) Montant total autres rémunérations	.....	16. Autres revenus	.....
complémentaires (p.ex. revenus garantis)	.....	a) Cotisation médecins généralistes/cercle	.....
d) Nombre de médecins participant au service	.....	b) Différences des paiements	.....
de garde	.....	c) Autres revenus	.....
3. Coûts des locaux, parking + divers ²	.....		
a) Location et charges du bâtiment (+ assurance	.....		
du bâtiment loué) + parking	.....		
b) Autre location	.....		
c) Surface totale du bâtiment en m ²	.....		
d) Surface de la salle d'attente + cabinet +	.....		
secrétariat en m ²	.....		
4. Achats de locaux ³	.....		
a) Montant total de l'achat de locaux	.....		
b) Emprunt hypothécaire contracté à cet effet	.....		
(capital)	.....		
c) Taux d'intérêts de l'année précédente	.....		
d) Période de location	.....		
5. Équipements utilitaires	.....		
a) Electricité	.....		
b) Eau	.....		
c) Gaz	.....		
d) Téléphone + GSM	.....		
e) Fax	.....		
f) Connexion Internet	.....		
g) Terminaux automatiques de paiement	.....		
h) Catering du personnel	.....		
6. Coûts d'information et de sensibilisation	.....		
a) Annonce dans les journaux, magazines	.....		
b) Impression de folders	.....		
c) Développement d'un site web	.....		
7. Approvisionnement et biens (achats)	.....		
a) Achat de médicaments, petit matériel médical	.....		
b) Equipement de l'espace de consultation	.....		
c) Achat de matériel de bureau	.....		
d) Matériel informatique	.....		
e) Autre	.....		
8. Frais de transport	.....		
a) Utilisation d'un service de transport externe	.....		
b) Utilisation d'un service de transport « interne »	.....		
(véhicules achetés ou loués)	.....		
9. Amortissements et dépréciations	.....		
a) Matériel roulant	.....		
b) Informatique	.....		
c) Autre	.....		
10. Frais de gestion	.....		
a) Gestionnaires	.....		
b) Frais de représentation	.....		
c) Comptable	.....		
d) Informaticien	.....		
11. Autres dépenses	.....		
a) Entretien et restauration (bâtiments,	.....		
installations, matériel informatique, ...)	.....		
b) Assurances (autres que susmentionnées)	.....		
c) Frais de gestion banque/poste	.....		
d) Provision (autre que le passif social)	.....		
12. Autres dépenses que mentionnées précédemment	.....		
(à spécifier : description sommaire)	.....		
Dépenses totales	.....	Revenus totales	.....

¹ Remarque que la somme de a, b et c dans le cadre à droite de la rubrique 2 - Rémunérations des médecins généralistes.

² Remarque que la somme de a et b dans le cadre à droite de la rubrique 3 - Coûts des locaux, parking + divers.

³ Remarque que c (i.e. le taux d'intérêts) dans le cadre à droite de la rubrique 4 - Achats de locaux.

Table 22 : Financieel verslag huisartsen wachtpost

FINANCIËEL VERSLAG HUISARTSEN WACHTPOST.....		JAAR.....	
Uitgaven		Inkomsten	
1. Loonkosten	.....	13. Subsidies	.....
a) Administratief personeel:	.....	a) Subsidies RiZiV (wachtposten)	.....
Calcenter - onthaal	.....	b) Kringsubsidie	.....
Administratie	.....	c) Kringsubsidie centraal oproepnummer	.....
Onderhoud	.....	d) Andere subsidies (publiek)	.....
Chauffeur	.....	e) Andere subsidies (privé)	.....
b) Verplegend personeel	.....	14. Interesten zichtrekening/spaarrekening	.....
c) Coördinator	.....	Rekeningnummer: .....	.....
d) Provisie sociaal passief	.....	Rekeningnummer: .....	.....
e) Opleidingskosten	.....	Rekeningnummer: .....	.....
f) Verzekeringen i.v.m. personeel	.....	Rekeningnummer: .....	.....
g) Sociaal secretariaat	.....	Rekeningnummer: .....	.....
2. Vergoeding huisartsen ¹	.....	15. Honoraria	.....
a) Totaal bedrag honoraria huisartsen (indien	.....	a) Totaal bedrag honoraria huisartsen (indien	.....
centrale inning prestaties)	.....	centrale inning prestaties)	.....
b) Beschikbaarheidshonoraria (indien centrale	.....	b) Beschikbaarheidshonoraria (indien centrale	.....
inning)	.....	inning)	.....
c) Totaal bedrag andere bijkomende	.....	16. Andere inkomsten	.....
vergoedingen (bv. gegarandeerd inkomen)	.....	a) Lidgeden huisartsen/kring	.....
d) Aantal artsen die deelnemen aan de wachtpost	.....	b) Betalingsverschillen	.....
3. Kosten lokalen, parking + diversen ²	.....	c) Andere opbrengsten	.....
a) Huur en lasten van het gebouw (+ verzekering	.....		
gehuurde gebouw) + parking	.....		
b) Andere huur	.....		
c) Totale oppervlakte van het gebouw in m ²	.....		
d) Oppervlakte van wachtzaal + kabinet +	.....		
secretariaat in m ²	.....		
4. Aankoop van lokalen ³	.....		
a) Totaalbedrag aankoop lokalen	.....		
b) Hypothecaire lening die hiervoor werd	.....		
aangegaan (kapitaal)	.....		
c) Interestlasten voorbije jaar	.....		
d) Periode waarover geleend wordt	.....		
5. Nuttvoorzieningen	.....		
a) Elektriciteit	.....		
b) Water	.....		
c) Gas	.....		
d) Telefoon + GSM	.....		
e) Fax	.....		
f) Internetaansluiting	.....		
g) Betaalautomaat	.....		
h) Catering personeel	.....		
6. Informatie- en sensibiliseringskosten	.....		
a) Aankondiging in kranten en tijdschriften	.....		
b) Drukken en folders	.....		
c) Ontwikkelen van een website	.....		
7. Bevoorrading en goederen (aankopen)	.....		
a) Aankoop geneesmiddelen, klein medisch	.....		
materiaal	.....		
b) Ultrasting consultatie ruimte	.....		
c) Aankoop kantoomateriaal	.....		
d) Informaticamateriaal	.....		
e) Andere	.....		
8. Vervoerskosten	.....		
a) Gebruik van een externe transportdienst	.....		
b) Gebruik van een "interne" transportdienst	.....		
(aangekochte voertuigen of huurvoertuigen)	.....		
9. Afschrijvingen en waardeverminderingen	.....		
a) Rollend materiaal	.....		
b) Informatica	.....		
c) Andere	.....		
10. Beheerskosten	.....		
a) Beheerders	.....		
b) Representatiekosten	.....		
c) Boekhouder	.....		
d) Informaticus	.....		
11. Andere uitgaven	.....		
a) Onderhoud en herstellingen (gebouwen,	.....		
installaties, informaticamateriaal, ...)	.....		
b) Verzekeringen (andere dan hierboven reeds	.....		
opgenomen)	.....		
c) Beheerskosten bank/post	.....		
d) Provisie (andere dan sociaal passief)	.....		
12. Andere uitgaven dan hierboven vermeld. Voeg een	.....		
beknopte omschrijving bij dit financieel verslag.	.....		
Totaal uitgaven	.....	Totaal inkomsten	.....

¹ Hierneem enkel de som van a, b en c in het kader rechts naast rubriek 2 - Vergoeding huisartsen.

² Hierneem enkel de som van a en b in het kader rechts naast rubriek 3 - Kosten lokalen, parking + diversen.

³ Hierneem enkel c (i.e. de interestlasten) in het kader rechts naast rubriek 4 - Aankoop van lokalen.



8.7.2. Statistics from the ODCs (2008): first, third and fourth years of activity (source: NIHDI)

8.7.2.1. :First year of activity

Table 23 : ODCs : First year of activity (2008)

YEAR 1								
Name	From	TO	Month	Contact_day	Contact_night	N. Patients/ Hour_day	N Patients/ Hour_Night	EXP/N contacts (€)
Huisartsenkring Brugge en omgeving vzw (HABO)	01/04/2006	31/12/2006	9	-	-	-	not open between 21 PM and 8 AM	no activity
Huisartsenkring Herkenrode HAK VZW	01/09/2006	31/12/2006	4	2 075	2 74	5	8.6	20.36
Rassemblement des généralistes Namurois ASBL	01/07/2005	31/12/2005	6	1 414	195	7.4	not open between 21 PM and 8 AM	7.36
SMAV Verviers	01/01/2004	31/12/2004	12		-	-	not open between 21 PM and 8 AM	no activity
Huisartsenkring Borsbeek-Wommelgem VZW	01/10/2005	31/12/2005	3	198	-	0.5	-	25.88
Huisartsenkring Herentals	01/04/2006	31/12/2006	9	4 646	542	4.8	0.5	2.64
Huisartsenkring Turnhout	01/11/2006	31/12/2006	2	2 12	323	10.7	1.2	30.25
Cercles des Médecins généralistes d'Aywaille et de Sprimont CEGES Seraing	24/12/2007	25/12/2007	0,03	12	2	3.4	0.2	2 958.00
FAMG Charleroi	27/04/2007	31/12/2007	8	7 967	1 789	8.9	1.7	35.47
GLAMO Liège	02/10/2007	02/09/2008	11	5 705	1 582	4.6	1.1	21.65
Poste médical de garde ATHENA	23/06/2007	23/06/2008	12	2 192		1.3		95.85
MEDINUIT ASBL	01/01/2005	31/12/2005	12	800	529	0.5	0.5	169.30
CMGU Bruxelles	01/10/2006	31/12/2006	3	978	54	1	0.3	184.12
Huisartsenkring TERRANOVA VZW	16/11/2007	31/12/2007	1,5	87	13	0.5	0.1	634.40
huisartsenkring VZW Gent	12/01/2007	31/12/2007	24	13 561	3 305	2.5	0.5	25.65
Huisartsenkring Deurne-Borgerhout	27/06/2003	31/12/2001	6	3 487	763	5.2	1	87.49
Huisartsenkring Antwerpen Centrum VZW								
VZW Huisartsenwachtpost Antwerpen Noord								



8.7.2.2. Third year of activity

Table 24 : ODCs : Third year of activity

Type	Name	From	TO	Month	Contact_day	Contact_night	N. Patients/ Hour_day	N Patients/ Hour_Night	EXP/N contacts (€)
Exp	Huisartsenkring Brugge en omgeving vzw (HABO)	1/01/2008	30/06/2008	6	3 811	1 363	7.9	Not open between 21 PM and 8 AM	17.29
Exp	Huisartsenkring Herkenrode HAK VZW	1/01/2008	9/09/2008	8	4 777	434	5.7	6.8	9.92
Exp	Rassemblement des généralistes Namurois ASBL	1/01/2007	31/12/2007	12	2 872	287	7.5	Not open between 21 PM and 8 AM	14.99
Exp	SMAV Verviers	1/01/2006	31/12/2006	12	2 611	-	9.1	Not open between 21 PM and 8 AM	5.25
Exp	Huisartsenkring Borsbeek-Wommelgem VZW	1/01/2007	31/12/2007	12	1 170	-	0.7	-	15.58
Exp	Huisartsenkring Herentals	1/01/2008	30/06/2008	6	6 055	935	9.3	1.2	11.68
Exp	Huisartsenkring Turnhout	1/01/2008	30/06/2008	6	12 570	2 137	19.4	2.7	13.72
Exp	Cercles des Médecins généralistes d'Aywaille et de Sprimont								
Exp	CEGES Seraing								
GS	FAMG Charleroi								
GS	GLAMO Liège								
GS	Poste médical de garde ATHENA								
GS	MEDINUIT ASBL	1/01/2007	31/12/2007	12	1 327	963	0.8	1	95.56
GS	CMGU Bruxelles	1/01/2008	30/06/2008	6	4 249	424	2.1	1.3	34.31
GS	Huisartsenkring TERRANOVA VZW								
GS	huisartsenkring VZW Gent								
GS	Huisartsenkring Deurne-Borgerhout	1/01/2005	31/12/2005	12	7 416	1 334	5.5	0.9	42.50
GS	Huisartsenkring Antwerpen Centrum VZW								
GS	VZW Huisartsenwachtpost Antwerpen Noord								



8.7.2.3. Fourth year of activity

Table 25 : ODCs : Fourth year of activity

Type	Name	From	TO	Month	Contact_day	Contact_night	N. Patients/ Hour_day	N Patients/ Hour_Night	EXP/N contacts (€)-
Exp	Huisartsenkring Brugge en omgeving vzw (HABO)								
Exp	Huisartsenkring Herkenrode HAK VZW								
Exp	Rassemblement des généralistes Namurois ASBL	1/01/2008	30/06/2008	6	1 490	370	7.8	Not open between	9.55
Exp	SMAV Verviers	1/01/2007	31/12/2007	12	2 607	-	9.1	Not open between 21 PM and 8 AM	4.74
Exp	Huisartsenkring Borsbeek-Wommelgem VZW	1/01/2008	12/09/2008	8	889	-	0.8	-	7.78
Exp	Huisartsenkring Herentals								
Exp	Huisartsenkring Turnhout								
Exp	Cercles des Médecins généralistes d'Aywaille et de Sprimont								
Exp	CEGES Seraing								
GS	FAMG Charleroi								
GS	GLAMO Liège								
GS	Poste médical de garde ATHENA								
GS	MEDINUIT ASBL	1/01/2008	30/06/2008	6	891	570	1	1.1	67.40
GS	CMGU Bruxelles								
GS	Huisartsenkring TERRANOVA VZW								
GS	huisartsenkring VZW Gent								
GS	Huisartsenkring Deurne-Borgerhout	1/01/2006	31/12/2006	12	7 380	1 286	5.5	0.8	38.88
GS	Huisartsenkring Antwerpen Centrum VZW								
GS	VZW Huisartsenwachtpost Antwerpen Noord								



9. REFERENCES

1. Arrêté Royal de 10 novembre 1967 n°78 relatif à l'exercice des professions de santé, Moniteur Belge 14 novembre 1967 Available from: <http://www.ejustice.just.fgov.be/wet/wet.htm>
2. Arrêté Royal du 25 novembre 2002 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires de disponibilité aux médecins qui participent à des services de garde organisés, Moniteur Belge 14 décembre 2002
3. Lorant V, Geerts C, D'Hoore W, Sauwens D, Remmen R, Peremans L, et al. Making General Practice Attractive: Encouraging GP attraction and retention. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2008. KCE reports 90C (D/2008/10.273/65)
4. Roberfroid D, Stordeur S, Camberlin C, Van de Voorde C, Vrijens F, Léonard C. L'offre de médecins en Belgique : situation actuelle et défis. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); KCE reports 72B D/2008/10.273/08. 2008.
5. Vercruysse B. Continuité des soins et garde de médecine générale en Belgique. In. Brussels; 2006.
6. Meeus P Registre des médecins généralistes :nombre et profil des médecins généralistes en 2005 [Brussels: National Institute for Health and Disability Insurance;2005 [cited December 2011]. Available from: <http://www.inami.be/information/fr/studies/study40/pdf/study40.pdf>
7. Gerkens S, Merkur S. Belgium: Health systems review. Health Systems in Transition. 2010;12(5):1-266.
8. Philips H. Out-of-hours Primary Care in Belgium. Antwerpen: Universiteit Antwerpen; 2010.
9. Francart J, Cauderlier S, Pestiaux D, Paulus D, Gourbin C, De Waele A, et al. Problématique du tri des urgences: Comparaison entre les urgences en médecine générale et en milieu hospitalier. Bruxelles: Ministère fédéral des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement; 2003.
10. De Wolf F, Vanoverloop J. Analyse de profil des patients recourant aux urgences hospitalières - Union Nationale des Mutualités Socialistes. Avril 2011. Available from: http://www.mutsoc.be/NR/rdonlyres/E09AF2BC-FB12-4D3F-A70E-CAFA1FA71B20/0/EtudeUrgences_2011.pdf
11. National Institute for Health and Disability Insurance Expérience disponibilité des médecins généralistes (service de garde et permanence) [Brussels;2009 [cited July 2009]. Available from: <http://www.inami.fgov.be/care/fr/doctors/general-information/guard/index.htm#1>
12. National Institute for Health and Disability Insurance Soutien à la pratique de médecine générale [Brussels;2011 [cited November 2011]. Available from: http://www.inami.be/care/fr/doctors/specific-information/support_practical_general_medicine/index.htm
13. Federal Public Service Health - Food chain Safety and Environment Health care - Health professions [Brussels;2011 [cited June 2005]. Available from: <http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/index.htm?fodnlang=en>
14. Arrêté Royal du 13 janvier 2006 fixant les conditions auxquelles une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités peut être accordée aux postes de garde de médecine générale visés à l'article 56, § 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 Moniteur Belge 21 février 2006
15. National Institute for Health and Disability Insurance (INAMI/RIZIV). Evaluation des postes de garde en médecine générale 2010. In: Unpublished data; 2010.
16. Commission decision of 30 November 2009 amending Decision 2007/116/EC as regards the introduction of additional reserved numbers beginning with '116, OJ L 317, 3.12.2009, p. 46–47
17. Arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, Moniteur Belge 14 novembre 1967.



18. Koninklijk besluit van 8 juli 2002 tot vaststelling van de opdrachten verleend aan huisartsenkringen, Belgisch Staatsblad 5 oktober 2002.
19. Koninklijk besluit van 18 juni 1990 houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen Belgisch Staatsblad 26 juli 1990
20. Wet van 21 augustus 2008 houdende oprichting en organisatie van het eHealth-platform, Belgisch Staatsblad 13 oktober 2008
21. Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, Moniteur Belge 26 septembre 2002.
22. Eurostat Statistics: typology of municipalities [2008. Available from: http://statbel.fgov.be/fr/modules/publications/statistiques/population/typologie_des_communes_zones_rurales_-_zones_non_rurales_2.jsp
23. INAMI/RIZIV - National Institute for Health and Disability Insurance Honoraires de disponibilité pour les médecins généralistes/Beschikbaarheidshonoraria voor de huisartsen [2011. Available from: <http://www.inami.fgov.be/care/fr/doctors/availability/index.htm>
24. Union Nationale des Mutualités Libres - Onafhankelijke ziekenfondsen Des mauvais points pour la consultation du soir [2010 [cited November 2011]. Available from: <http://www.mloz.be/nl/node/1576>
25. Bernstein S et al. The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes. *Academic Emergency Medicine*. 2009;16(1):1-10.
26. Vieth T, Rhodes K. The effect of crowding on access and quality in an academic emergency department. 2006;24(7):787-94.
27. Rust G, al. e. Practical barriers to timely primary care access: impact on adult use of emergency department services. *Archives of Internal Medicine*. 2008;168(15):1705-10.
28. Carret M, Fassa A, Kawachi I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Services Research* 2007;7(131).
29. Huibers LA, Moth G, Bondevik GT, Kersnik J, Huber CA, Christensen MB, et al. Diagnostic scope in out-of-hours primary care services in eight European countries: an observational study. *BMC Fam Pract*. 2011;12:30.
30. Moll van Charante EP, ter Riet G, Bindels P. Self-referrals to the A&E department during out-of-hours: patients' motives and characteristics. *Patient Educ Couns*. 2008;70(2):256-65.
31. Giesen P, Huibers L, Vermue N, PadrosGoossens M. Inventory of organizational models for after hours care: a questionnaire in 26 western countries. Radboud University Nijmegen Medical Centre: Scientific Institute for Quality of Health Care; 2007.
32. Huibers L, Giesen P, Wensing M, Grol R. Out-of-hours care in western countries: assessment of different organizational models. *BMC Health Services Research*. 2009;9(105).
33. Hurst K. British out-of-hours primary and community care: a review of the literature. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv*. 2006;19(1):42-59.
34. McKinley RK, Manku-Scott T, Hastings AM, French DP, Baker R. Reliability and validity of a new measure of patient satisfaction with out of hours primary medical care in the United Kingdom: Development of a patient questionnaire. *BMJ*. 1997;314(7075):193-8.
35. Giesen P, Mokkink H, Van Den Bosch W, Bottema B, Grol R. Hoe functioneren de huisartsenposten in Nederland? *Huisarts & Wetenschap*. 2008;51(5):219-23.
36. O'Dowd TC, McNamara K, Kelly A, O'Kelly F. Out-of-hours co-operatives: general practitioner satisfaction with governance and working arrangements. *Eur J Gen Pract*. 2006;12(1):15-8.
37. van Uden CJ, Nieman FH, Voss GB, Wesseling G, Winkens RA, Crebolder HF. General practitioners' satisfaction with and attitudes to out-of-hours services. *BMC Health Serv Res*. 2005;5(1):27.



38. Pickin DM, O'Cathain A, Fall M, Morgan AB, Howe A, Nicholl JP. The impact of a general practice co-operative on accident and emergency services, patient satisfaction and GP satisfaction. *Fam. Pract.* 2004;21(2):180-2.
39. Fletcher J, Pickard D, Rose J, Stewart-Brown S, Wilkinson E, Brogan C, et al. Do out-of-hours co-operatives improve general practitioners' health? *Br J Gen Pract.* 2000;50(459):815-6.
40. Charles-Jones H, Houlker M. Out-of-hours work: the effect of setting up a general practitioner cooperative on GPs and their families. *Br J Gen Pract.* 1999;49(440):215-6.
41. Salisbury C. Evaluation of a general practice out of hours cooperative: A questionnaire survey of general practitioners. *Br. Med. J.* 1997;314(7094):1598-9.
42. Heaney D, Gorman D, Porter M. Self-recorded stress levels for general practitioners before and after forming an out-of-hours primary care centre. *Br. J. Gen. Pract.* 1998;48(428):1077-8.
43. Kelly M, Egbunike JN, Kinnersley P, Hood K, Owen-Jones E, Button LA, et al. Delays in response and triage times reduce patient satisfaction and enablement after using out-of-hours services. *Fam. Pract.* 2010;27(6):652-63.
44. Kinnersley P, Egbunike JN, Kelly M, Hood K, Owen-Jones E, Button LA, et al. The need to improve the interface between in-hours and out-of-hours GP care, and between out-of-hours care and self-care. *Fam. Pract.* 2010;27(6):664-72.
45. Shipman C, Payne F, Hooper R, Dale J. Patient satisfaction with out-of-hours services how do GP co-operatives compare with deputizing and practice-based arrangements? *J. Public Health Med.* 2000;22(2):149-54.
46. Salisbury C. Postal survey of patients' satisfaction with a general practice out of hours cooperative. *BMJ.* 1997;314(7094):1594-8.
47. van Uden CJ, Ament AJ, Hobma SO, Zwietering PJ, Crebolder HF. Patient satisfaction with out-of-hours primary care in the Netherlands. *BMC Health Serv Res.* 2005;5(1):6.
48. Thompson K, Parahoo K, Farrell B. An evaluation of a GP out-of-hours service: Meeting patient expectation of care. *J. Eval. Clin. Pract.* 2004;10(3):467-74.
49. Glynn LG, Byrne M, Newell J, Murphy AW. The effect of health status on patients' satisfaction with out-of-hours care provided by a family doctor co-operative. *Fam Pract.* 2004;21(6):677-83.
50. Smith S, Lynch J, O'Doherty K, Bury G. Patients' views on out-of-hours care in general practice in Dublin. *Ir. J. Med. Sci.* 2001;170(3):192-4.
51. Hansen BL, Munck A. Out-of-hours service in Denmark: the effect of a structural change. *Br J Gen Pract.* 1998;48(433):1497-9.
52. Egbunike JN, Shaw C, Bale S, Elwyn G, Edwards A. Understanding patient experience of out-of-hours general practitioner services in South Wales: a qualitative study. *Emerg Med J.* 2008;25(10):649-54.
53. Egbunike JN, Shaw C, Porter A, Button LA, Kinnersley P, Hood K, et al. Streamline triage and manage user expectations: lessons from a qualitative study of GP out-of-hours services. *Br J Gen Pract.* 2010;60(572):e83-97.
54. McKinley RK, Stevenson K, Adams S, Manku-Scott TK. Meeting patient expectations of care: The major determinant of satisfaction with out-of-hours primary medical care? *Fam. Pract.* 2002;19(4):333-8.
55. Payne F, Shipman C, Dale J. Patients' experiences of receiving telephone advice from a GP co-operative. *Fam. Pract.* 2001;18(2):156-60.
56. Price J, Haslam J, Cowan J. Emerging risks in out-of-hours primary care services. *Clin. Gov.* 2006;11(4):289-98.
57. Giesen P, Moll van Charante E, Mokkink H, Bindels P, van den Bosch W, Grol R. Patients evaluate accessibility and nurse telephone consultations in out-of-hours GP care: determinants of a negative evaluation. *Patient Educ Couns.* 2007;65(1):131-6.
58. Philips H, Remmen R, Van Royen P, Teblich M, Geudens L, Bronckaers M, et al. What's the effect of the implementation of general practitioner cooperatives on caseload? Prospective



- intervention study on primary and secondary care. *BMC Health Services Research*. 2010;10(222).
59. Campbell J, Roland M, Richards S, Dickens A, Greco M, Bower P. Users' reports and evaluations of out-of-hours health care and the UK national quality requirements: a cross sectional study. *Br J Gen Pract*. 2009;59(558):e8-15.
60. Carr-Bains S, Nightingale A, Ballard K. Patients' experiences and satisfaction with out-of-hours GP home visiting provided by a GP cooperative. *Family Practice*. 2011;28:88-92.
61. Shipman C, Payne F, Dale J, Jessopp L. Patient-perceived benefits of and barriers to using out-of-hours primary care centres. *Fam. Pract*. 2001;18(2):149-55.
62. Glynn LG, MacFarlane A, Murphy AW. The complexity of patients' satisfaction with out-of-hours care: A qualitative study. *Eur. J. Gen. Pract*. 2007;13(2):83-8.
63. Turnbull J, Martin D, Lattimer V, Pope C, Culliford D. Does distance matter? Geographical variation in GP out-of-hours service use: an observational study. *Br J Gen Pract*. 2008;58(552):471-7.
64. O'Reilly D, Stevenson M, McCay C, Jamison J. General practice out-of-hours service, variations in use and equality in access to a doctor: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract*. 2001;51(469):625-9.
65. Derkx HP, Rethans JJE, Maiburg BH, Winkens RA, Muijtjens AM, van Rooij HG, et al. Quality of communication during telephone triage at Dutch out-of-hours centres. *Patient Educ. Couns*. 2009;74(2):174-8.
66. Moll van Charante EP, Ter Riet G, Drost S, Van Der Linden L, Klazinga NS, Bindels PJE. Nurse telephone triage in out-of-hours GP practice: Determinants of independent advice and return consultation. *BMC Fam. Pract*. 2006;7.
67. Richards SH, Pound P, Dickens A, Greco M, Campbell JL. Exploring users' experiences of accessing out-of-hours primary medical care services. *Qual Saf Health Care*. 2007;16(6):469-77.
68. Giesen P, Ferwerda R, Tijssen R, Mekkink H, Drijver R, van den Bosch W, et al. Safety of telephone triage in general practitioner cooperatives: do triage nurses correctly estimate urgency? *Qual Saf Health Care*. 2007;16(3):181-4.
69. Dale J, Crouch R, Lloyd D. Primary care: nurse-led telephone triage and advice out-of-hours. *Nurs Stand*. 1998;12(47):41-5.
70. Garratt AM, Danielsen K, Hunskaar S. Patient satisfaction questionnaires for primary care out-of-hours services: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2007;57(542):741-7.
71. O'Kelly FD, Teljeur C, Carter I, Plunkett PK. Impact of a GP cooperative on lower acuity emergency department attendances. *Emerg. Med. J*. 2010;27(10):770-3.
72. O'Keeffe N. The effect of a new general practice out-of-hours cooperative on a county hospital accident and emergency department. *Ir J Med Sci*. 2008;177(4):367-70.
73. van Uden CJ, Winkens RA, Wesseling G, Fiolet HF, van Schayck OC, Crebolder HF. The impact of a primary care physician cooperative on the caseload of an emergency department: the Maastricht integrated out-of-hours service. *J Gen Intern Med*. 2005;20(7):612-7.
74. van Uden CJ, Crebolder HF. Does setting up out of hours primary care cooperatives outside a hospital reduce demand for emergency care? *Emerg Med J*. 2004;21(6):722-3.
75. Van Steenwijk-Opdam P, Van Charante EM, Ebbens E, Bindels P. Demand for and supply of out-of-hours primary care in Almere after centralization and introduction of telephone triage. *Huisarts Wet*. 2007;50(6):244-7.
76. Bury G, Dowling J, Janes D. General practice out-of-hours cooperatives--population contact rates. *Ir Med J*. 2006;99(3):73-5.
77. Lattimer V, George S, Thompson F, Thomas E, Mullee M, Turnbull J, et al. Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out of hours primary care: Randomised controlled trial. *BMJ*. 1998;317(7165):1054-9.
78. South Wiltshire Out of Hours Project (SWOOP) Group. Nurse telephone triage in out of hours primary care: a pilot study *BMJ*. 1997;314(7075):198-9.



79. Thompson F, George S, Lattimer V, Smith H, Moore M, Turnbull J, et al. Overnight calls in primary care: randomised controlled trial of management using nurse telephone consultation. *BMJ*. 1999;319(7222):1408.
80. Lattimer V, Sassi F, George S, Moore M, Turnbull J, Mullee M, et al. Cost analysis of nurse telephone consultation in out of hours primary care: evidence from a randomised controlled trial. *BMJ*. 2000;320(7241):1053-7.
81. Mark AL, Shepherd ID. NHS direct: managing demand for primary care? *Int J Health Plann Manage*. 2004;19(1):79-91.
82. Munro J, Sampson F, Nicholl J. The impact of NHS Direct on the demand for out-of-hours primary and emergency care. *Br J Gen Pract*. 2005;55(519):790-2.
83. Munro J, Nicholl J, O'Cathain A, Knowles E. Impact of NHS Direct on demand for immediate care: Observational study. *Br. Med. J*. 2000;321(7254):150-3.
84. Lattimer V, Turnbull J, Burgess A, Surridge H, Gerard K, Lathlean J, et al. Effect of introduction of integrated out of hours care in England: Observational study. *BMJ*. 2005;331(7508):81-4.
85. Vedsted P, Olesen F. Effect of a reorganized after-hours family practice service on frequent attenders. *Fam. Med*. 1999;31(4):270-5.
86. Vedsted P, Christensen MB. The effect of an out-of-hours reform on attendance at casualty wards. The Danish example. *Scand J Prim Health Care*. 2001;19(2):95-8.
87. Thompson C, Hayhurst C, Boyle A. How have changes to out-of-hours primary care services since 2004 affected emergency department attendances at a UK District General Hospital? A longitudinal study. *Emerg. Med. J*. 2010;27(1):22-5.
88. Stoddart D, Ireland AJ, Crawford R, Kelly B. Impact on an accident and emergency department of Glasgow's new primary care emergency service. *Health Bull (Edinb)*. 1999;57(3):186-91.
89. Cragg DK, McKinley RK, Roland MO, Campbell SM, Van F, Hastings AM, et al. Comparison of out of hours care provided by patients' own general practitioners and commercial deputising services: a randomised controlled trial. I: The process of care. *BMJ*. 1997;314(7075):187-9.
90. Salisbury C. Observational study of a general practice out of hours cooperative: Measures of activity. *Br. Med. J*. 1997;314(7075):182-6.
91. Chalder M, Sharp D, Moore L, Salisbury C. Impact of NHS walk-in centres on the workload of other local healthcare providers: time series analysis. *BMJ*. 2003;326(7388):532.
92. Hsu RT, Lambert PC, Dixon-Woods M, Kurinczuk JJ. Effect of NHS walk-in centre on local primary healthcare services: before and after observational study. *BMJ*. 2003;326(7388):530.
93. Kool RB, Homberg DJ, Kamphuis HC. Towards integration of general practitioner posts and accident and emergency departments: a case study of two integrated emergency posts in the Netherlands. *BMC Health Services Research*. 2008;8(225).
94. van Uden CJ, Ament AJ, Voss GB, Wesseling G, Winkens RA, van Schayck OC, et al. Out-of-hours primary care. Implications of organisation on costs. *BMC Family Practice*. 2006;7(29).
95. Hallam L. Primary medical care outside normal working hours: review of published work. *BMJ*. 1994;308(6923):249-53.
96. Olesen F, Jolleys JV. Out of hours service: the Danish solution examined. *BMJ*. 1994;309(6969):1624-6.
97. Grol R, Giesen P, van Uden C. After-hours care in the United Kingdom, Denmark, and the Netherlands: new models. *Health Aff (Millwood)*. 2006;25(6):1733-7.
98. Giesen P, Fraanje W, M K. De rammelende keten: afstemming van taken spoedeisende zorg is dringend gewenst. *Med contact*. 2003;43:495-6.
99. Spinewine A, Foulon V, Claeys C, De Lepeleire J, Chevalier P, Desplenter F, et al. Seamless care with regard to medications between hospital and home. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2010. 131 C. D/2010/10.273/39



100. Bury G, Janes D, Dowling J. General practice out-of-hours co-operatives in Ireland-emergency service or not? *Ir J Med Sci.* 2005;174(3):47-52.
101. Eichler K, Imhof D, Chmiel C, Zoller M, Senn O, Rosemann T, et al. The provision of out-of-hours care and associated costs in an urban area of Switzerland: a cost description study. *BMC Fam Pract.* 2010;11:99.
102. Vereniging Huisartsenposten Nederland Website van de Vereniging Huisartsenposten Nederland [Utrecht;2011 [cited December 2011]. Available from: <http://vhn.artsennet.nl/Dossiers/Projecten/Benchmark.htm>
103. Giesbers Steven. Spoedeisende hulp en huisartsenzorg : een kosten analyse. Thesis [Nederlands kennisnetwerk : huis artsenpostebn en spoedzorg]; 2010.
104. National Audit Office. The provision of Out-of-Hours care in England, Report by the Comptroller and Auditor General. In: HC 1041 Session 2005-2006; 2006.
105. Grall J. Mission de mediation et propositions d'adaptation de la permanence des soins. 2007 2007.
106. Assurance Maladie en France. Tarifs conventionnels des médecins généralistes en France métropolitaine à compter du 1er janvier 2011 [2011 [cited December 2011]. Available from: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/tarifs/tarifs-conventionnels-des-medecins-generalistes/tarifs-des-medecins-generalistes-en-metropole.php>
107. National Institute for Health and Disability Insurance (INAMI/RIZIV). Evaluation des postes de garde en médecine générale 2008. In: Unpublished data; 2008.
108. Heyrman J, Grouwels D, Verlinde C, Van Emelen K, Pestiaux D, Haucotte G, et al. Conception d'outils d'évaluation des activités des services de garde de médecins généralistes. Ministère fédéral des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement; 2005.
109. SPF Intérieur, Direction générale Politique de Sécurité et de Prévention. Etude sur la sécurité auprès des indépendants et des professions libérales. Résultats concernant le secteur des médecins généralistes. 2006.
110. Laboulle C, SPF Santé publique SdICaeE, Direction Soins de Santé primaires et Gestion de Crise. Bilan et perspectives de l'organisation de la Médecine générale en province du Luxembourg. 2007.
111. Sterkendries J, Environs SdMdWe. La garde en nuit profonde. Zone semi-rurale et rurale. 2010.
112. Union des Omnipraticiens de l'Arrondissement de Dinant. Evaluation des postes de garde en médecine générale. 2010.
113. Delrée G. Enquête sur les gardes In: Forum des Associations de Généralistes; 2009.
114. Instituut voor Mobiliteit, Hasselt. Huisartsenwachtdiensten in Limburg: waarheen? 2009.
115. 'Groupe de travail Gardes' du Conseil Fédéral des Cercles de médecins généralistes - 'Werkgroep Wachtdiensten' van de Federale Raad voor de Huisartsenkringen. Note de synthèse concernant les gardes en médecine générale - Synthesenota betreffende de huisartsenwachtdiensten. May 2011. Available from: <http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/healthcareprofessionals/Doctors/GPs/CouncilsandCommissions/FederalCouncilforthecirclesofG/2011/index.htm>
116. MediRand vzw. Results of the workshops on after-hours. In: Proceedings of; 2010; Brussels, November 2011.
117. Loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, Moniteur Belge 1er novembre 1963.
118. Loi coordonnée le 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, Moniteur Belge 27 août 1994.
119. Accord médico-mutualiste du 13 décembre 2010, Moniteur Belge 17 Janvier 2011.
120. Arrêté royal du 16 février 2006 instituant un Conseil fédéral des Cercles de médecins généralistes, Moniteur Belge 27 février 2006



121. Arrêté royal du 4 juin 2003 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière dans le fonctionnement des cercles de médecins généralistes agréés conformément aux normes fixées sur la base de l'article 9 de l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, Moniteur Belge 26 Juin 2003.
122. Arrêté royal 16 janvier 2003 fixant les conditions auxquelles une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités peut être accordée dans le cadre de projets temporaires et expérimentaux en rapport avec les services de garde des médecins généralistes, Moniteur Belge 18 février 2003.
123. Arrêté royal du 25 novembre 2002 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires de disponibilité aux médecins qui participent à des services de garde organisés, Moniteur Belge 14 décembre 2002.
124. Arrêté royal n° 79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des Médecins, Moniteur Belge 14 novembre 1967.
125. Loi communale du 24 juin 1988, Moniteur Belge 3 août 1988. Available from: <http://www.ibz.be/code/fr/loc/provinces.shtml>
126. Arrêté royal du 16 février 2006 instituant un Conseil fédéral des Cercles de médecins généralistes, Moniteur Belge 27 février 2006.
127. Arrêté ministériel du 28 juin 2002 fixant les conditions en vue de l'obtention de l'agrément des cercles de médecins généralistes, Moniteur Belge 5 octobre 2002.
128. Arrêté Royal du 4 Juin 2003 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière dans le fonctionnement des cercles de médecins généralistes agréés conformément aux normes fixées sur la base de l'article 9 de l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé Moniteur Belge 26 septembre 2003 Available from: http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech_f.htm
129. Arrêté Royal du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes Moniteur Belge 27 avril 1983.
130. Ministerieel Besluit van 1 maart 2010 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisartsen Belgisch Staatsblad 4 maart 2010.
131. Direction Générale - Soins de Santé Primaire et gestion de crise. Circulaire ICM/CMP/017 concernant les gardes de médecine générale. In: Belgian Ministry of Public Health; 2007. p. 3.
132. Burt J, Barclay S, Marshall N, Shipman C, Stimson A, Young J. Continuity within primary palliative care: an audit of general practice out-of-hours co-operatives. *J Public Health (Oxf)*. 2004;26(3):275-6.
133. Genicot G. Droit médical et biomédical. Larcier; 2010.
134. Loi de 5 mars 1952 relative aux décimes additionnels, Moniteur Belge 3 avril 1952.
135. Nys H. Geneeskunde, recht en medisch handelen. Mechelen: Kluwer; 2005.
136. Du Jardin J. « Schuldig verzuim », in Strafrecht en strafvordering. Artikelsgewijze commentaar met overzicht van rechtspraak en rechtsleer. In: X., editor. Antwerpen: Kluwer; 2007.
137. Jacobs A, Masset A. Abstentions coupables
In: X., editor. Postal Mémoires. Lexique du droit pénal et des lois spéciales, A 60 / 01 - A 60 / 24 (26 p.) 2006.
138. Vuye H. Schuldig hulpverzuim. Analyse van artikel 422bis Sw. in het licht van de algemene leer van de omissie in het strafrecht. In: X., editor. Liber Amicorum Jean du Jardin; 2001. p. 431-80.
139. Beernaert M.-A., Bosly H.-D., Clesse C.-E., Declannay A., De La Serna I., De Rue M., et al. Les infractions, volume 2 Les infractions contre les personnes. In: Bosly H, De Valkeneer C, editors. Bruxelles: Larcier; 2010. p. 551-2.
140. Arrêté Royal du 2 avril 1965 déterminant les modalités d'organisation de l'aide médicale urgente et portant désignation des communes comme centres du système d'appel unifié, Moniteur Belge 12 mai 1965.
141. Loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente, Moniteur Belge 25 juillet 1964.
142. Koninklijk Besluit van 4 juni 2003 tot vaststelling van de voorwaarden overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering



- voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent in de werking van de huisartsenkringen erkend overeenkomstig de normen vastgelegd op basis van artikel 9 van het KB nr. 78, Belgisch Staatsblad 26 juni 2003.
143. 2009/884/EG: Beschikking van de Commissie van 30 november 2009 tot wijziging van Beschikking 2007/116/EG wat betreft de invoering van aanvullende gereserveerde nummers die beginnen met 116 (Kennisgeving geschied onder nummer C(2009) 9425) Voor de EER relevante tekst Publicatieblad Nr. L 317 van 03/12/2009 blz. 0046 - 0047
144. Koninklijk Besluit van 16 februari 2006 tot oprichting van een Federale Raad voor de Huisartsenkringen., Belgisch Staatsblad 27 februari 2006.
145. Koninklijk besluit van 2 april 1965 houdende vaststelling van de modaliteiten tot inrichting van de dringende geneeskundige hulpverlening en houdende aanwijzing van gemeenten als centra van het eenvormig oproepstelsel, Belgisch Staatsblad 12 mei 1965.
146. Code de déontologie médicale, 17 avril 2000. Available from: <http://www.ordomedic.be>
147. Geneesheren NRvdOd. Huisartsenwachtdienst – Verplichting van de huisarts zich te verplaatsen”, Advies van de Nationale Raad van de Orde der Geneesheren. Tijdschrift van de Nationale Raad van de Orde der Geneesheren. 2010;nr. 130.
148. Koninklijk besluit van 10 augustus 1998 tot oprichting van de Commissies voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening, Belgisch Staatsblad 2 september 1998.
149. Wet van 29 april 2011 houdende de oprichting van de 112-centra en het agentschap 112, Belgisch Staatsblad 23 mei 2011
150. Wetsvoorstel betreffende de uitwerking van eenvormige oproepstelsels voor de wachtdiensten van huisartsen, Parl. St. Senaat, 2010-11, nr. 5-1100/1.
151. Dammel F. Qui va gérer le tri. Le journal du médecin. 28 juni 2011.
152. Koninklijk Besluit van 25 november 2002 tot vaststelling van de voorwaarden en de modaliteiten overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een beschikbaarheidshonorarium betaalt aan de artsen die deelnemen aan georganiseerde wachtdiensten Belgisch Staatsblad 14 december 2002.
153. Geneesheren NRvdOd. Deelname aan de week(nacht)wacht – Beslissing van de huisartsenkring”, Advies van de Nationale Raad van de Orde der Geneesheren. Tijdschrift van de Nationale Raad van de Orde der Geneesheren. 2010;nr. 131.
154. Geneesheren NRvdOd. Deelname aan de week(dag)wachtdienst – Beslissing van de huisartsenkring”, Advies van de Nationale Raad van de Orde der Geneesheren. Tijdschrift van de Nationale Raad van de Orde der Geneesheren. 2011; nr. 132.
155. Geneesheren NRvdOd. Deelname aan de week(dag)wachtdienst – Beslissing van de huisartsenkring”, Advies van de Nationale Raad van de Orde der Geneesheren. Tijdschrift van de Nationale Raad van de Orde der Geneesheren. 2011;nr. 133.
156. Remmen R, Renders R, Teblich M, Demerre W, et al. Huisartsenwachtpost in Vlaanderen. Huisarts Nu. 2007;Oktober 2007:397-401.
157. Wet van 10 juli 2008 betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, Belgisch Staatsblad 7 november 2008.
158. Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine, Journal officielle 21 oktober 2010. Available from: www.journal-officiel.gouv.fr,
159. Callens S. Recente ontwikkelingen inzake online contact arts-patiënt in Nederland en België. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht. 2006:267-8.
160. geneesheren NrvdOd. Het medisch consult en postorderverkoop van geneesmiddelen via internet - Advies van van de Nationale raad van de Orde der geneesheren over , op www.ordomedic.be, geconsulteerd op 18 juli 2011. Tijdschrift van de Nationale Raad van de Orde der Geneesheren. 2000;nr. 90.
161. geneesheren NrvdOd. Telefonisch advies door een arts - Ereloon - Advies van van de Nationale raad van de Orde der geneesheren.



- Tijdschrift van de Nationale Raad van de Orde der Geneesheren. 2008;nr. 120.
162. Callens S, Ter Heerdt J. Juridische beschouwingen bij telegeneeskunde. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht. 1999:314-15.
163. Wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van de schade als gevolg van gezondheidszorg, Belgisch Staatsblad 2 april 2010.

