LE SYSTEME DE SANTE EN ANGLETERRE

Actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire

Rapport présenté par :

Mme Carine CHEVRIER-FATOME

avec le concours de Mme Christine DANIEL

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Rapport n° 2002 105
Juin 2002

Le présent rapport s'inscrit dans la démarche d'administration comparée initiée par l'Inspection générale des affaires sociales dans le cadre de son programme de travail pour 2001. Le thème retenu porte sur les dispositifs d'encadrement des médecins exerçant en ambulatoire évalués sous le double prisme de la qualité des soins et de la maîtrise des coûts.

Ce document constitue le rapport de site relatif à l'étude des outils de l'encadrement de la médecine générale en Angleterre. Il fait donc la synthèse des observations effectuées par la mission dans ce pays.

I. L'organisation du système de santé s'appuie sur le modèle d'un système national de santé

L'Angleterre a fait le choix, depuis 1948, d'un système national de santé, *le National Health Service (NHS),* dont les principes de fonctionnement le distinguent radicalement d'une assurance maladie de type bismarckien. La couverture maladie est universelle, gratuite et uniforme sous le seul critère de la résidence; le système offre aux résidents un droit aux soins et non un droit au remboursement des soins pris en charge (logique assurantielle).

L'offre de soins en Angleterre est pour l'essentiel placée sous la responsabilité du NHS, l'offre privée de soins ne représentant que 5% de l'offre médicale actuelle. Elle s'articule autour des *Hospital and community health services* (72% des dépenses du NHS) regroupant les structures hospitalières, psychiatriques et de longue durée et des *Family Health Services* rassemblant les praticiens de ville (dentistes, médecins généralistes, opticiens et pharmaciens) (25% des dépenses)[1]. Toute personne résidente au Royaume Uni a le droit d'accéder à ces services.

La place du médecin généraliste dans le NHS est à cet égard originale. Le *General Practitionner* constitue la pierre angulaire du système de santé anglais. Il prodigue les soins de premier niveau et sert de filtre au système hospitalier, l'accès aux spécialistes[2] étant subordonné à l'envoi par un médecin généraliste. Le médecin généraliste est le réfèrent des patients qui sont inscrits auprès de lui. Il n'existe aucune restriction réglementaire au changement de médecin dans une zone géographique donnée, le patient ayant seulement besoin du consentement du nouveau médecin. Cette liberté de changement est peu utilisée dans les faits, le système étant fortement ancré en Anglettre puisque son introduction remonte à 1948. Chaque médecin généraliste est en moyenne en charge de 1878 patients. Cette organisation induit un mode de rémunération mixte des médecins qui combine paiement à la capitation (en fonction du nombre de patients inscrits), forfait (actions de santé publique…) et remboursement d'une partie des frais administratifs et d'équipement. Au terme du 31ème rapport du Review Body publié en janvier 2002, les médecins généralistes anglais touchent en moyenne un revenu net de 56 510 livres par an.

Contrairement à l'idée reçue selon laquelle les médecins généralistes sont des salariés du NHS, les médecins généralistes anglais jouissent en outre d'un statut original de « contractuels indépendants » (*independent contractors*) leur garantissant une

1 Les 3% restant financent le fonctionnement de l'administration du NHS.
2 En Angleterre, les specialistes n'exerçent pas en ville et sont pour la plupart d'entre eux salariés des hopitaux.

autonomie relative par rapport au système de soins. 82% des médecins sont soumis au régime dit du contrat national qui implique un conventionnement individuel du médecin avec le ministère de la santé sur la base d'un contrat national prénégocié entre la représentation professionnelle des médecins généralistes et le gouvernement. Depuis 1997, on assiste au dévéloppement de contrats individuels (*Personal Medical Services - PMS*-) au contenu non formalisé et variable. Ces derniers sont négociés localement et au cas par cas par le cabinet médical (et non le médecin généraliste) et l'autorité locale du NHS. Ils visent 18% des médecins.

II. Le système de santé anglais est au cœur de profondes réformes

Marqué par des années de sous financement chronique et la dégradation consécutive des indicateurs sanitaires du pays, le système de santé anglais est au cœur de réformes majeures que peu de pays européens se sont osés à engager. Ces réformes conjuguent :

- une augmentation massive des ressources budgétaires affectées au NHS;
- une refonte structurelle de l'organisation du NHS;
- en matière de médecine générale, une mise à plat des conditions de travail du médecin généraliste par la rédaction d'un nouveau contrat (the *new contract*) national et concerté.

1. De manière contracyclique par rapport à ses voisins européens, le système anglais de santé connaît un accroissement important de ses ressources budgétaires. Si cette augmentation intervient après des années de sous financement chronique, elle constitue une opportunité majeure pour engager des réformes tout en les accompagnant sur le plan financier[3]. Alors que le budget annuel du NHS s'établissait à 53 milliards de livres en 2002-2003, le Chancelier de l'échiquier, Gordon BROWN, a annoncé lors de l'établissement du budget de cette année (2002-2003) l'augmentation des ressources de 40% en termes réels d'ici 2008.

2. Sur le plan institutionnel, le NHS est au cœur, depuis une dizaine d'années, d'un vaste mouvement de réformes. Ces dernières ont au début des années 90 pris la forme de l'introduction de marchés internes au sein du système distinguant les acheteurs de soins (*Health Authorities ou GP fundholders*[4]) des producteurs de soins (*hôpitaux*). La seconde réforme du NHS, née de la publication du livre blanc « *The new NHS* » en 1997 et de l'arrivée du gouvernement Blair, rompt partiellement avec la logique des marchés internes et privilégie une refonte structurelle du système de santé.

Cette réforme, actuellement en cours de mise en œuvre, confie à des structures déconcentrées du NHS, les *Primary Care Trusts*, l'achat de soins hospitaliers -à la place des *Health Authorities* et *Gpfundholders* qui sont supprimés- et l'organisation des soins primaires -contractualisation avec l'ensemble des médecins généralistes de leur secteur-. L'originalité des *Primary Care Trusts* est également d'assurer la coordination entre les prises en charge médicale et sociale de la population. Ce décloisonnement a en effet été rendu possible par trois mesures : l'adoption d'un budget national commun pour les services de santé et les services sociaux ; la désignation localement d'un acheteur commun pour l'achat des prestations médicales et sociales (en l'espèce *le Primary Care*

3 Cf. infra, les actions relatives à la qualité des soins.
4 Groupements d'achat réunissant des médecins généralistes.

Trust) ; la possibilité d'accords locaux transférant l'administration des prestations sociales au NHS.

Au nombre de 350 –chaque Trust devant couvrir au moins 100 000 personnes-, les *Primary Care Trusts* se voient déléguer 75% de l'enveloppe du NHS. Le système retenu reste un service national de santé. Il évolue néanmoins dans le sens d'une plus grande déconcentration administrative et financière, les *Primary Care Trusts* disposant d'une compétence transversale tant sur l'offre primaire que secondaire permettant en cela une meilleure adéquation aux besoins locaux et une meilleure coordination des acteurs. Parallèlement, chacun des échelons du NHS est responsabilisé et la mesure de la performance est instillée dans l'ensemble du système. Les directeurs des *Trusts* sont ainsi rémunérés en partie en fonction des résultats obtenus dans leur ressort géographique.

3. La refonte structurelle du NHS va de pair avec une mobilisation récente du syndicat professionnel des médecins généralistes anglais (*General Practice Committee,* instance représentant les généralistes au sein de la *British Medical Association*) autour des conditions d'exercice de la médecine primaire en Angleterre et la négociation d'un nouveau contrat.

Tirant le constat du malaise croissant affectant la profession, la négociation du nouveau contrat est riche d'enseignements pour la France pour trois raisons au moins.

Il participe d'abord d'une mise à plat des missions du médecin généraliste anglais scindées en trois groupes : les soins cliniques essentiels (*essential clinical services*) qui constituent le cœur de métier du généraliste et qui doivent être fournis par l'ensemble des cabinets médicaux ; les soins cliniques additionnels (*additional clinical services*) qui concernent les actions de prévention : en raison de circonstances exceptionnelles, le médecin a possibilité de ne pas les accomplir ; les soins nationalement ou localement encouragés (*enhanced clinical services*) dont l'accomplissement est facultatif et rémunéré de manière spécifique. Le champ de l'activité d'un cabinet médical peut donc être ainsi à dimension variable. Parallèlement, le nouveau contrat a cessé de faire de la continuité des soins une obligation individuelle du patient puisqu'il laisse aux cabinets médicaux le choix d'assurer les gardes du soir et du WE ou de ne pas les assurer (*out-of-hours responsability option*). La possibilité de faire jouer l'option est soumise à autorisation préalable et le contrat précise que la dérogation est accordée à titre exceptionnel. Les cabinets effectuant un service continu sont rémunérés à cet effet. Parallèlement, les parcours professionnels des médecins anglais sont assouplis afin de mieux prendre en compte les volontés de réduire le temps de travail ou de faire évoluer le contenu du travail.

Le nouveau contrat fait en outre évoluer les modalités de contractualisation des médecins généralistes avec le NHS. Le document de cadrage issu des négociations en avril 2002 propose ainsi une contractualisation avec le cabinet médical et non plus avec le médecin généraliste seul (*practice-based contract*). Le nouveau contrat prévoit également la mise en place d'indicateurs de suivi de la qualité et une rémunération associée : 50% de la rémunération des médecins sera ainsi liée au respect des objectifs nationaux de qualité (25%) et des objectifs locaux (25%).

Enfin, la mise en place du nouveau contrat intervient à l'initiative de l'association professionnelle des médecins généralistes et par le jeu de négociations avec les gestionnaires du NHS. Il s'agit donc bien d'un exercice concerté associant les professionnels de santé et s'organisant en outre dans la plus grande transparence, chaque médecin étant appelé à se prononcer et à s'engager individuellement sur le projet de nouveau contrat proposé.

Ces deux réformes engagées concomitamment répondent à une même logique : il s'agit de préserver le système national de santé tout en tirant les conséquences de ses dysfonctionnements internes (listes d'attente, pression sur le patient, crispation des professionnels de santé…). Les relations NHS-médecins sont dorénavant plus proches - au niveau du *Primary Care Trust*- et plus souples -dans le cadre du nouveau contrat- afin de répondre au mieux aux contingences locales.

III. Les outils d'encadrement des médecins anglais privilégient l'amélioration de la qualité des soins.

1. L'encadrement de la médecine générale anglaise apparaît dans sa philosophie même très différent de l'approche française.

Le contrôle des médecins généralistes et de leur activité n'est pas une priorité de l'autorité centrale du NHS. Ainsi, il n'y a pas en Angleterre au sein du ministère de la santé l'équivalent d'un corps de médecins conseils. Ce sont des entités locales qui sont chargées du contrôle des médecins généralistes. Il y a donc autant de formes de contrôle que d'entités locales. Alors qu'avant la première réforme du NHS, le contrôle des médecins incombait aux *Family Practice Comittees*, organismes indépendants recevant du NHS le mandat et les moyens financiers requis pour gérer l'exécution des contrats et recevoir les plaintes du public, il relève maintenant des *Primary Care Trusts*. Le contrôle s'exerce là encore dans le cadre du contrat qui lie le médecin et son *Primary Care Trust*.

Le contrôle reste cependant partiel et donne rarement lieu à sanctions. Les outils de suivi utilisés par les *Primary Care Trusts* ne sont ainsi ni très exhaustifs ni très fiabilisés : les actes des médecins ne sont pas contrôlés; les profils d'activité des médecins ne sont pas formalisés. Seule l'activité médicale liée aux actions de santé publique et à la prescription médicamenteuse font l'objet d'un suivi particulier. Si la première se justifie avant tout par le calcul de la rétribution afférente à ces actions, la seconde a donné lieu à l'élaboration d'un système d'information accompli, le PACT (*Prescribing Analysis and Cost*). Par ailleurs, ces remontées d'information ne visent pas à sanctionner mais davantage à infléchir en amont les pratiques médicales (en matière de prescriptions, les médecins, grâce au relevé PACT, sont positionnés par rapport à la moyenne locale). Dans des cas extrêmes, en cas de pratique médicale dangereuse, un panel représentatif de la communauté médicale locale et des autorités du NHS peut être constitué afin de trancher ce type de litiges. A la suite du rapport publié en septembre 1997 par la *Sheffield University School of Health and Related research* intitulé « *measures to assist GPs whose performance gives cause for concern* », ces panels ont pris la forme des « *local performance advisory groups* » dont l'objet est d'établir des procédures locales afin d'identifier, de définir et d'accompagner la sous performance des médecins généralistes.

Le suivi des médecins généralistes s'appuie davantage sur l'autorégulation entre pairs que sur la mise en place d'un encadrement exogène assuré par un tiers. Cette tradition d'aurorégulation a été bien illustrée par l'expérience des *Primary Care Groups* (groupements de généralistes ayant fait suite au *Gpfundholders*). Au terme d'un rapport de *l'Audit Commission*[5], la quasi-totalité des PCG enquêtés avaient désigné à la fois une infirmière et au moins un médecin responsable de la qualité des soins. De même, en matière de prescriptions médicamenteuses, les PCG ont été symptomatiques de la tradition forte d'autocontrôle des médecins et se sont activement mobilisés pour assurer le contrôle des coûts de la prescription de médicaments (recrutement de pharmaciens conseils, élaboration de schémas directeurs de consommation…). Le développement des marchés internes (*providers/ purchasers split*) a également conduit à la mise en place de mécanismes de contrôles croisés entre médecins hospitaliers et médecins généralistes.

2. L'encadrement des médecins généralistes est fortement orienté, depuis quelques années sur la qualité des soins. Aux années de maîtrise drastique des coûts et des budgets ont en effet succédé les années de réflexions autour de la qualité des soins dans le système de santé et l'amélioration de la prise en charge du patient. Fruit d'une préoccupation récemment partagée par l'ensemble des acteurs (professionnels de santé, syndicats professionnels, patients, pouvoirs publics), l'amélioration de la qualité passe par la mise en place de divers instruments.

Une doctrine

Le NHS plan a introduit la notion de *clinical governance* transposant au domaine de la santé le concept désormais classique de *corporate governance*. Le concept de *clinical governance* renvoie à l'idée d'une responsabilisation du *NHS* à l'égard des patients en ce qui concerne le service public rendu. Elle fait surtout suite à diverses défaillances relayées par la presse et mettant en cause la qualité des soins dispensées par certains établissements de soins. La *clinical governance* s'apparente très largement à un programme d'assurance qualité initié à l'échelle du NHS. Il vise tant les établissements de soins secondaires (hôpitaux, *community services*) que les cabinets dispensant des soins primaires.

La démarche de *clinical governance* a donné lieu au lancement, à l'échelle nationale, d'une politique active de communication par le biais d'un site internet et de campagnes d'information récurrentes. Une équipe nationale (*clinical governance national team*) a également été constituée et est en charge d'instiller la démarche dans les structures de santé. S'il est difficile à ce jour d'en mesurer l'impact puisque aucune évaluation globale n'a été menée, il semble cependant que la démarche se diffuse progressivement au sein des structures du NHS, près de 370 équipes multidisciplinaires locales ayant participé à la formation.

Des outils d'aide à la décision

L'Angleterre a une tradition ancienne de développement de recommandations de bonne pratique, ces dernières ayant été jusqu'à un temps récent, élaborées de manière éparse sur le territoire. Le NHS disposait cependant d'un institut de recherche, le *Centre for Review and Dissemination (CRD),* dont la mission était l'évaluation de certains médicaments et de certaines prises en charge thérapeutique mais non véritablement

[5] Instance parlementaire en charge du contrôle de l'utilisation de l'argent public.

l'établissement de références médicales. La création en 1999 du *National Excellence of Clinical Excellence* (*NICE*) est venue mettre un terme à cette pratique en concentrant aux mains d'un unique acteur, reconnu et indépendant du NHS, l'élaboration et la diffusion de recommandations de bonne pratique.

Au delà des recommandations émises par le NICE, le NHS a également formalisé des recommandations de bonne organisation de la prise en charge autour d'une pathologie donnée : les *National Service Frameworks*.

Ces outils sont des appuis indéniables à l'amélioration de la qualité des soins.

La mise en place d'une évaluation systématique des pratiques professionnelles

L'un des instruments les plus audacieux de la démarche anglaise de qualité est enfin la mise en place d'une procédure de *revalidation* des médecins généralistes s'appuyant sur une évaluation régulière des pratiques professionnelles. Proposée en 1999 par le *General Medical Council* (équivalent du Conseil de l'ordre), la *revalidation* des médecins anglais a donné lieu à d'intenses réflexions au sein du syndicat professionnel des médecins généralistes et du collège scientifique (RCGP et GPC). Ces réflexions ont abouti à l'élaboration progressive d'un dispositif de *revalidation* obligatoire des médecins anglais, intervenant tous les 5 ans. Ce mécanisme s'appuie sur une évaluation annuelle des pratiques médicales (*appraisal*). La mise en œuvre de la démarche d'évaluation a débuté en 2002 et sera progressive jusqu'en 2009. Il s'agit d'un dispositif particulièrement intéressant, cinq éléments au moins ayant constitué des facteurs de réussite :

- l'évaluation des pratiques est, dans son élaboration, une démarche initiée par l'association professionnelle elle-même et concertée avec les médecins généralistes. Sa mise en œuvre associe, au plan local, les pairs ;
- les critères de cette évaluation sont objectivés et définis dans un document de référence élaboré par le syndicat professionnel déterminant ce que constitue la « *Good Medical Practice* » pour les médecins généralistes;
- la *revalidation* et l'*appraisal* annuel s'accompagnent de mesures financières visant à compenser le temps consacré par les médecins à cette procédure ;
- l'évaluation annuelle (*appraisal*) a pour vocation à aboutir non à une sanction mais à un plan d'accompagnement personnalisé du médecin (intégrant des obligations de formation continue…). Cette accompagnement est un gage d'amélioration progressive des pratiques;
- enfin, la *revalidation* qui doit être prononcée par le *General Medical Council* a induit une modification de sa composition, l'objectif étant d'intégrer au sein de cette instance 40% de non médecins (*lay persons*) contre 25% aujourd'hui afin de limiter les réflexes d'autoprotection de la profession.

En l'absence de mise en œuvre généralisée, il est prématuré de tirer des conclusions sur ce nouvel outil. Néanmoins, il s'agit bien là d'une démarche approfondie de recertification assortie d'une obligation de résultat. Il convient en outre de noter que cette démarche a été initiée dans un contexte de pénurie de l'offre médicale en ville, ce qui rend d'autant plus difficile le retrait de l'autorisation d'exercer.

La mission tient tout particulièrement à remercier Mme Christiane DUCASTELLE, conseiller social à l'Ambassade de France en Grande Bretagne qui, par l'organisation de notre programme sur place et la qualité des contacts pris, a contribué grandement à la réalisation du présent rapport.

En raison des spécificités de l'organisation du système de santé dans les différentes régions britanniques (Ecosse, Pays de Galles, Irlande du Nord et Angleterre), le présent rapport portera exclusivement sur l'Angleterre.

Sommaire

1 DONNÉES GÉNÉRALES SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ ANGLAIS 8

1.1 Les dépenses de santé en Angleterre 8
1.1.1 L'évolution générale des dépenses de santé 8
1.1.1.1 Analyse comparative 8
1.1.1.2 L'évolution des ressources du NHS 9
1.1.2 La structure des dépenses de santé 9

1.2 Une organisation marquée par l'existence d'un service national de santé 10
1.2.1 Une couverture universelle et gratuite 10
1.2.2 Le monopole de l'offre de soins 11
1.2.3 Les limites du système anglais : rationnement des soins et persistance des inégalités de santé et d'accès aux soins malgré l'universalité 11

1.3 De nombreuses réformes ont marqué le système depuis 1990 12
1.3.1 La réforme du NHS en 1990-1991 et l'introduction de marchés internes 12
1.3.1.1 Le NHS avant 1991 12
1.3.1.2 L'organisation du NHS après 1991 13
1.3.1.3 Limites et apports de la réforme 14
1.3.2 La seconde réforme du NHS (1999/2002) 15
1.3.2.1 Les grands principes de la seconde réforme 15
1.3.2.2 L'organisation actuelle du NHS 17

2 L'ORGANISATION DE L'OFFRE MÉDICALE EN AMBULATOIRE 20

2.1 L'offre de soins 20
2.1.1 La démographie médicale 20
2.1.2 Les établissements de soins 21

2.2 Le médecin généraliste, au cœur du système de santé 22
2.2.1 Un statut original 22
2.2.1.1 Des contractuels indépendants 22
2.2.1.2 Une rémunération complexe et en cours de redéfinition 23
2.2.1.3 Une représentation professionnelle unifiée et forte 25
2.2.2 Les conditions de l'exercice médical 25
2.2.2.1 Le *gate keeping* 25
2.2.2.2 Les modalités d'exercice de la médecine de ville 27
2.2.2.3 Les relations entre professionnels de santé et la question du transfert de compétences 28

3 LA RÉGULATION DES DÉPENSES ET LA QUALITÉ DES SOINS DANS LA MÉDECINE AMBULATOIRE ANGLAISE 29

3.1 La régulation macroéconomique par un mécanisme d'enveloppe budgétaire et un rationnement quantitatif de l'offre de soins 29
3.1.1 Les outils de la maîtrise budgétaire 29
3.1.2 La régulation quantitative de l'offre de soins 30

3.2 Le suivi des médecins généralistes anglais 31
3.2.1 La faiblesse des instruments de suivi de l'activité médicale 32
3.2.1.1 Des systèmes d'information encore partiels 32
3.2.1.2 Une portée limitée 33
3.2.2 Un suivi déconcentré et hétérogène sur le territoire 34
3.2.2.1 La déconcentration du suivi des médecins 34
3.2.2.2 Une tradition forte de contrôle endogène 35

3.3 Le développement foisonnant des instruments de la qualité des soins 37
3.3.1 Qualité des soins et organisation du système de santé 37
3.3.1.1 Un accent croissant mis sur la qualité des soins dans le système de santé : la « *clinical governance* »37
3.3.1.2 La mise en place de schémas nationaux d'organisation des soins autour de pathologies données : les *national services frameworks* 38
3.3.2 L'amélioration de la qualité de la pratique médicale 39
3.3.2.1 Des outils d'aide à la décision 39
3.3.2.2 Une attention ancienne portée à la formation médicale continue 40
3.3.2.3 L'évaluation de la pratique médicale est au cœur du système anglais..... 41
3.3.3 Le rôle des patients dans la qualité des soins 42

Introduction

1. Le contexte

Le présent rapport s'inscrit dans la démarche d'administration comparée initiée par l'Inspection générale des affaires sociales dans le cadre de son programme de travail pour 2001. Le thème retenu porte sur les dispositifs d'encadrement des médecins exerçant en ambulatoire évalués sous le double prisme de la qualité des soins et de la maîtrise des coûts.

Les actes et prescriptions effectués par les médecins exerçant en ambulatoire font en effet l'objet d'un encadrement recourant à des modalités multiples, afin notamment d'assurer leur pertinence médicale et leur qualité et de contribuer à en réguler le coût pour la collectivité. En France, ces missions d'encadrement sont assurées pour une grande partie par le service du contrôle médical de la CNAM et des différents régimes d'assurance maladie, mais également par d'autres institutions, notamment l'ANAES et l'AFSSAPS, qui contribuent à définir et à diffuser des références médicales et des bonnes pratiques.

Dans ce contexte, l'objet de la mission de l'Inspection générale est d'étudier la façon dont d'autres pays assurent, au sein de leur système de santé, dans le secteur ambulatoire, cette double fonction d'encadrement des pratiques et des prescriptions médicales et de maîtrise de leur coût. Compte tenu de la diversité institutionnelle des systèmes de santé, la mission a d'abord identifié les différents acteurs impliqués dans chacun des pays retenus (les « payeurs » quels qu'ils soient, les « contrôleurs », les professionnels eux-mêmes, les agences ou structures autonomes d'évaluation…). Elle a ensuite analysé les missions, l'organisation et le fonctionnement des différents systèmes de contrôle et d'encadrement existant dans chaque pays, leurs moyens en personnel, les instruments dont ils disposent (instruments juridiques et techniques, référentiels médicaux, outils d'information…) et les résultats obtenus lorsque des évaluations existent.

Quatre pays ont été retenus dans le cadre de cette étude : les Etats-Unis, l'Angleterre, les Pays-Bas et l'Allemagne. Tirant les enseignements des expériences conduites dans ces quatre pays, la mission a tenté ensuite de formuler des propositions visant à enrichir la pratique française.

Le présent rapport constitue la synthèse des observations effectuées par la mission en Angleterre.

A cet égard, l'Angleterre offre un cadre intéressant d'analyse comparée pour plusieurs raisons.

L'Angleterre a tout d'abord fait le choix, depuis 1948, d'un système national de santé, le NHS, modèle qui a fait des émules notamment dans les pays scandinaves et certains pays d'Europe du sud depuis les années 1980. Ses principes de fonctionnement le distinguent ainsi radicalement d'une assurance maladie de type bismarckien : la couverture maladie est universelle, gratuite et uniforme sous le seul critère de la résidence et l'accès aux soins généralisé.

Par ailleurs, le système anglais de santé est au cœur d'un vaste mouvement de réformes. Ces dernières ont au début des années 90 pris la forme de l'introduction de marchés internes au sein du système distinguant les acheteurs de soins (*Health Authorities* ou *GP fundholders*[1]) des producteurs de soins (*hôpitaux*). La seconde réforme du NHS, née de la publication du livre blanc « *The new NHS* » en 1997 et de l'arrivée du gouvernement Blair, rompt partiellement avec la logique des marchés internes et privilégie une refonte structurelle du système de santé. Cette réforme, actuellement en cours de mise en œuvre, confie à des structures déconcentrées du NHS, les *Primary Care Trusts,* l'achat de soins hospitaliers -à la place des *Health Authorities* et *Gpfundholders* qui sont supprimés- et l'organisation des soins primaires (médecine générale). Les *Primary Care Trusts* assument ainsi la gestion de 75% de l'enveloppe de santé. Parallèlement, chacun des échelons du NHS est responsabilisé et la mesure de la performance est instillée dans l'ensemble du système.

Enfin, le modèle anglais est riche d'enseignements en ce qu'il apparaît à contre-courant des autres systèmes de santé étudiés. Après des années de restrictions budgétaires qui ont porté la part des dépenses de santé à 7% du PIB en 1999, le NHS connaît un afflux de ressources financières initié en 1997 et que le chancelier de l'échiquier a relancé lors de l'établissement du budget de cette année (2002-2003) en annonçant l'augmentation des ressources de 40% en termes réels d'ici 2008.

2. Méthodologie

Concernant l'Angleterre, la mission a cherché :

- d'une part à décrire l'organisation du système de santé au plan national puis ses démembrements régionaux,
- d'autre part à analyser les mécanismes de régulation de la dépense et d'encadrement de la qualité des soins mis en œuvre en ambulatoire.

Elle s'est appuyée sur :

- des sources documentaires : articles, rapports, synthèse consacrées à l'organisation du système de santé dans le pays (cf. annexe 1) ;
- des entretiens téléphoniques ou sur place afin d'évaluer la mise en place des outils dans la pratique (cf. annexe 2);
- la consultation de différents sites INTERNET.

Différentes approches ont été considérées a priori dans l'analyse des outils :

- selon que l'amélioration recherchée vise l'organisation du système, la pratique professionnelle, la mise en œuvre d'une procédure ou les résultats obtenus,
- que le public visé par la mesure d'encadrement (suivi, contrôle, sanction …) soit le professionnel à titre individuel ou une catégorie restreinte (certains spécialistes) ou les professionnels (médecins de ville) à titre collectif (ou l'assuré),
- que soit concerné un acte médical donné : honoraires, visites, consultations, actes ou prescriptions (en général ou certains en particulier, s'adressant notamment à une pathologie particulière,
- selon le moment de l'intervention : a priori ou a posteriori,
- qu'il s'agisse d'un contrôle permanent, périodique ou ponctuel,

[1] Groupement d'achat réunissant des médecins généralistes.

- selon l'opérateur : autocontrôle, contrôle par la profession ou contrôle par des instances extérieures à la profession (payeur, acheteur, gestionnaire, consommateur),
- selon la nature de l'intervention : volontaire ou contractuelle ou réglementaire (juridique, déontologie),
- selon la nature des sanctions :
    - négatives(contraintes, pénalités) ou positives (incitation, intéressement)
    - financière (contractuelle ou juridique)
    - ou fondée sur la persuasion et la recherche de l'adhésion à un ensemble de valeurs.

L'analyse systématique des outils identifiés a cherché à préciser :

- l'organisation et l'organisme contrôleur,
- les moyens dont il dispose : humains, techniques, système d'information, moyens juridiques ou contractuels, sanctions possibles
- les modalités pratiques du contrôle,
- les résultats obtenus, l'appréciation sur les résultats, les facteurs de succès et d'échec, les résultats en termes de sanctions
- les interactions entre l'outil et les autres caractéristiques du système,
- les perspectives pressenties en matière de contrôle et de régulation.

L'hôpital et le médicament n'ont pas fait l'objet d'une analyse systématique, néanmoins la mission a essayé d'en synthétiser les principales caractéristiques pour ce qui concerne la qualité des soins et le contrôle de leurs coûts.

Sauf indication contraire, les chiffres indiqués sont ceux de l'année 2001.

Ce rapport s'articule donc en trois temps :

1. Données générales sur le système de santé anglais,

2. L'organisation de l'offre médicale en ambulatoire;

3. La régulation du coût et la qualité des soins en ambulatoire.

1 Données générales sur le système de santé anglais

1.1 Les dépenses de santé en Angleterre

1.1.1 L'évolution générale des dépenses de santé

En Angleterre, les dépenses du NHS représentent sur l'exercice budgétaire 2002/2003, 53 mds de livres. Rapportées au nombre d'habitants, les dépenses de santé publiques s'élèvent à 883,3 livres par an. Un marché privé de la santé tend également à se développer mais la mission n'a pu avoir accès aux données financières le concernant.

1.1.1.1 Analyse comparative

Globalement, les dépenses de santé en Angleterre demeurent faibles et significativement inférieures à celles de la plupart des pays européens, malgré une progression plus rapide que dans d'autres pays dans les années 1990.

Tableau 1 : Taux de croissance des dépenses de santé déflatées par le prix du PIB

	Allemagne	**Etats-Unis**	**France**	**Pays-Bas**	**Royaume-Uni**
1970-1980	6,5	5,4	6,7	4,4	4,2
1980-1990	2,0	6,7	4,2	2,4	3,0
1990-1999	5,4	4,2	3,0	3,1	4,1

Source : OCDE, Eco-santé, calculs DREES

Tableau 2 : Part des dépenses de santé dans le PIB

	Allemagne	**Etats-Unis**	**France**	**Pays-Bas**	**Royaume-Uni**
1970	6,3	7,1	5,8	7,5	4,5
1980	8,8	8,9	7,4	8,3	5,7
1990	8,7	12,4	8,8	8,8	6,0
1999	10,5	13,7	9,5	8,6	7,0

Source : OCDE, Eco-santé, calculs DREES

Cette étude comparative a l'avantage de s'appuyer sur des données homogènes entre les pays et situe à 7% la part des dépenses de santé dans le PIB britannique. Le récent rapport remis au Chancelier de l'Echiquier en avril 2002 par Derek WANLESS, ancien Directeur de la NATWEST, évalue la part des dépenses de santé dans le PIB à 7,7 % en 2002 et celles du seul NHS à 6,8% du PIB.

1.1.1.2 L'évolution des ressources du NHS

La réforme initiée depuis le livre blanc de 1997 (« *a new NHS* ») a établi comme une priorité l'augmentation du budget de la santé dans les années à venir, le livre blanc annonçant une hausse de plus de 30% du budget en termes réels d'ici 2004. Au terme du plan gouvernemental de dépenses de 2001-2002 à 2003-2004 publié par le ministère de la santé en mai 2001, il apparaît que les ressources du NHS enregistrent en effet une hausse significative retracée dans le tableau suivant :

Tableau 3 : Evolution des ressources nettes du NHS (en milliards de livres)

	1996/ 97	1997/ 98	1998/ 99	1999/ 00	2000/ 01	2001/ 02	2002 /03	2003/ 04
Ressources du NHS	33,3	35,0	37,0	40,3	44,6	48,7	52,6	57,0
Evolution en termes réels	-0,1	2,2	2,7	6,4	8,9	6,6	5,3	5,6

Les discussions budgétaires en cours quant à l'établissement du budget 2002/03 ont revu à la hausse les prévisions de ressources et acté, à travers un accord de financement sur 5 ans, la poursuite de l'augmentation des ressources sur les 5 prochaines années prévoyant une hausse de 40% des ressources du NHS en termes réels au 1er avril 2008, soit l'injection de l'équivalent de 25 milliards de livres sur 5 ans.

Le financement du NHS s'appuie sur l'impôt pour 80% de ses ressources et sur des contributions d'assurance à hauteur de 12% du budget global. Le reste est apporté par des ressources diverses assises sur les ventes immobilières et les intérêts des placements.

L'évolution du financement sur les dernières années est la suivante :

Tableau 4 : Répartition des sources de financement de 1995-96 à 2000-01 (en %)

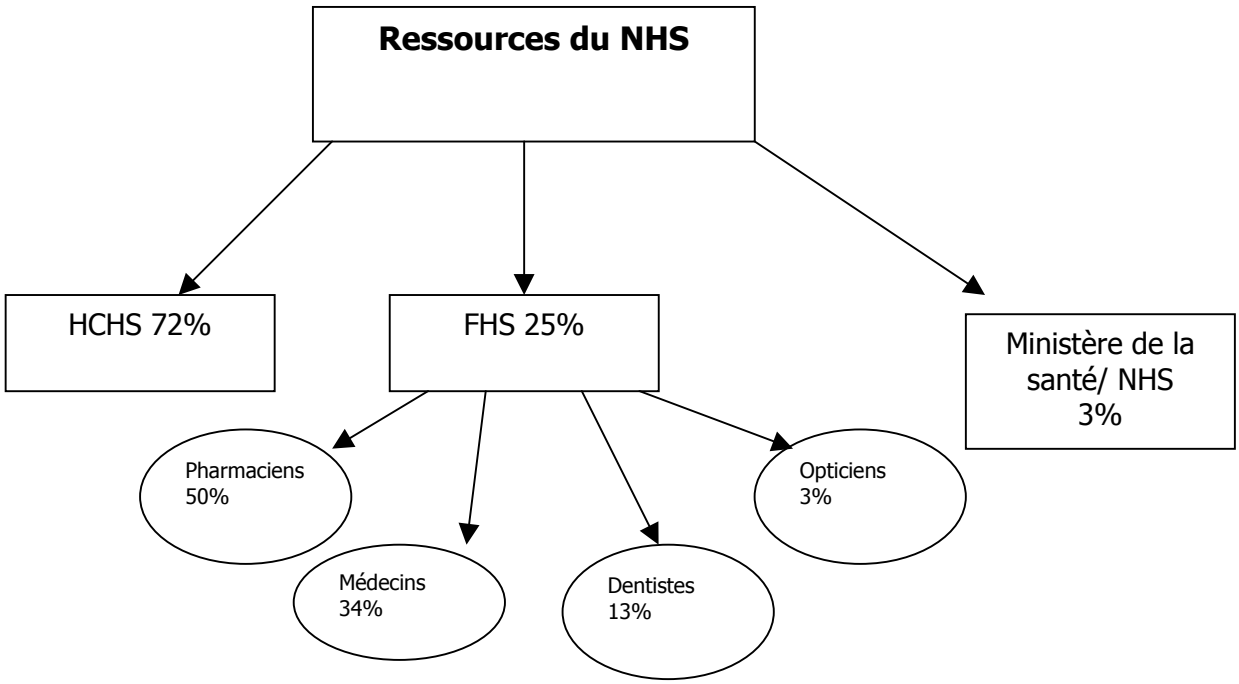
Année	Impôt	Taxes d'assurances	Intérêts	Taxes sur les transactions	Divers
1995-96	80,4	12,5	0,8	2,7	3,6
1996-97	79,9	12,5	1,1	2,9	3,7
1997-98	79,0	12,7	1,2	3,2	3,8
1998-99	78,1	13,5	1,3	3,1	4,0
1999-00	79,2	12,6	1,3	3,0	3,9
2000-01	80,4	12,1	1,1	2,7	3,7

1.1.2 La structure des dépenses de santé

La répartition des dépenses de santé du NHS met en évidence une prépondérance des dépenses hospitalières et de soins de longue durée sur les dépenses de ville qui ne représentent

que 25% des dépenses. Les 3% restant couvrent les dépenses relatives aux services centraux du NHS et au ministère de la santé.

Cette répartition est retracée dans le graphique suivant :



Les **HCHS** (Hospital and community health services) couvrent l'ensemble des soins secondaires et communautaires (longue durée). Ils comprennent les soins délivrés par les services hospitaliers, les maternités, les instituts psychiatriques et les services infirmiers à domicile. L'essentiel de la dépense concerne les services de soins hospitaliers.

Les **FHS** (Family health services) représentent les services délivrés par les médecins généralistes, les dentistes, les opticiens et les prestations des pharmaciens.

1.2 Une organisation marquée par l'existence d'un service national de santé

Issu du plan Beveridge de 1942, le service national de santé anglais (*National Health Service*) a été créé en 1948. Ses principes de fonctionnement le distinguent radicalement d'une assurance maladie de type bismarckien.

1.2.1 Une couverture universelle et gratuite

La couverture maladie est universelle, gratuite et uniforme, accordée sur la base d'un critère de résidence et non d'un critère professionnel. Cela signifie notamment qu'il n'existe pas de caisses d'assurance maladie ni de systèmes de remboursement des soins puisque la couverture maladie est assurée par l'accès à des services (le NHS regroupant aussi bien les soins de base délivrés par les généralistes que les hôpitaux) et non par des remboursements. De ce point de vue, le système simplifie considérablement les formalités par rapport au

système français : suppression de l'affiliation, suppression du circuit des feuilles de maladie et de remboursement, et de ce fait simplification des vérifications et contrôles liés puisque tout – ou presque – est pris en charge à 100 % par le système. Les seuls tickets modérateurs existants s'appliquent aux médicaments (pour les personnes âgées de 18 à 65 ans qui ne bénéficient pas de programme d'aide sociale du type *income support*), aux prescriptions de lunetterie ou de prothèses dentaires. Ces tickets modérateurs ont suscité le développement de couverture complémentaires essentiellement autour des prothèses dentaires.

Assurant une couverture universelle sur la base d'un critère de résidence, le service national de santé a un financement qui repose essentiellement sur l'impôt (pour 80 % des dépenses).

1.2.2 Le monopole de l'offre de soins

Le service national de santé est en situation de monopole en matière d'offre de soins, l'ensemble des structures de soins (hôpitaux, médecins généralistes) contractualisant avec lui (cf. infra).

Enfin, s'il existe un système d'assurances complémentaires privées en forte progression dans les années 1990, celui-ci demeure très marginal. La demande d'assurances complémentaires a été suscitée par les franchises existant pour les soins dentaires et les prothèses, ainsi que par la persistance des files d'attente dans les hôpitaux. La souscription de contrats privés d'assurance maladie, qui ne bénéficie d'aucun encouragement fiscal, reste encore peu développée et ne concerne que 5 % de la population. Les couvertures complémentaires privées couvrent pour 70% des dépenses hospitalières privées, pour 20% les soins dentaires et pour 10% la part des médicaments non remboursés.

1.2.3 Les limites du système anglais : rationnement des soins et persistance des inégalités de santé et d'accès aux soins malgré l'universalité

Très fortement centralisé, le système de santé britannique est d'abord confronté à un sous-financement chronique (*under-funding*), manifeste depuis le début des années 1980, ayant abouti à un rationnement de fait dans l'accès à l'hôpital. Cette situation est régulièrement dénoncée par la profession médicale (par exemple, rapport de la *British Medical Association* de 1988 mettant en évidence le nombre important de report d'opérations). Depuis longtemps, la dotation en équipement lourds est plus faible que sur le continent et surtout, les phénomènes de file d'attente sont importants pour toutes les opérations jugées « non pertinentes », qu'il s'agisse d'opérations programmables jugées non urgentes (prothèse de la hanche, cataracte, prostatectomie par exemple) ou d'opérations exceptionnelles et risquées (grosses interventions vasculaires et cardiaques). Les patients très âgés et ayant une espérance de vie réduite se voient souvent refuser l'accès à ces soins onéreux.

S'agissant des indicateurs sanitaires, l'Angleterre a de très bons indicateurs pour tout ce qui relève des sources de mortalité prématurée. Ainsi, la mortalité et la morbidité liée à la consommation d'alcool et aux accidents de la route ont été contenues par une politique de prévention efficace. Le taux de prévalence et d'incidence du sida est parmi les plus faibles d'Europe. En revanche, l'espérance de vie à 60 ans des hommes est plutôt inférieure à celle des autres pays européens, décalage lié au taux de mortalité associé aux maladies de l'appareil

respiratoire (climat, conditions de vie et de logement) et aux maladies cardio-vasculaires (incidence des habitudes alimentaires notamment).

Par ailleurs, les inégalités sociales face à la mort ou à la maladie sont similaires à celles observées dans des pays voisins. Les inégalités régionales dans l'accès aux systèmes de soins sont également importantes, avec un équipement bien plus important dans le bassin de Londres et le Sud, et un sous-équipement des régions périphériques et des zones charbonnières et sidérurgiques du Nord. Avec les phénomènes de rationnement dans l'accès aux soins, cette question de la persistance des inégalités fait l'objet d'une attention particulière depuis plusieurs années (cf. rapport *Acheson* en 1999).

1.3 De nombreuses réformes ont marqué le système depuis 1990

1.3.1 La réforme du NHS en 1990-1991 et l'introduction de marchés internes

Régulièrement dénoncés et sources d'insatisfactions dans l'opinion publique, les dysfonctionnements du NHS vont conduire le gouvernement Thatcher a mettre en œuvre une importante réforme de l'organisation du NHS, votée par le *NHS and Community Care Act* de 1990, entrée en vigueur depuis avril 1991[2]. Cette réforme peut se lire comme la volonté d'introduire des procédures de marchés internes dans le système de soins britannique, c'est-à-dire d'organiser une séparation entre les acheteurs et les producteurs de soins (*purchasers providers split*). Elle modifie pour cela en profondeur l'organisation administrative et financière du système. Toutefois, il faut souligner que cette réforme ne modifie pas les grands principes du NHS, à savoir une couverture universelle et gratuite, assurée par l'accès de tous à un service national de santé organisé en plusieurs strates (*primary care* ou soins primaires pour les généralistes, *secondary care* ou soins secondaires pour les spécialistes et les hôpitaux).

1.3.1.1 Le NHS avant 1991

Le NHS d'avant la réforme de 1991 est un système centralisé et hiérarchique – considéré par certains comme le plus centralisé des systèmes de santé de l'OCDE. Il comprend quatre niveaux géographiques :
- le ministère de la santé ;
- la région ;
- le district (qui deviendra la base des *Health Authorities* après la réforme de 1991) ;
- les établissements de santé (hôpitaux et médecins généralistes).

Le système fonctionnait sur une absence de libre choix aussi bien pour l'hôpital que pour le médecin généraliste. Il était financé par des mécanismes d'enveloppes budgétaires attribuées à chacune des structures de soins. Le problème le plus directement visé par les réformes est l'absence totale de mesures incitatives et même l'existence de contre-incitations à la performance : les hôpitaux qui se réorganisaient notamment pour diminuer les listes d'attente risquaient de finir leur budget avant la fin de l'année, alors qu'un établissement qui avait de longues listes d'attente pouvait s'en servir comme d'un argument pour réclamer une augmentation de son budget.

[2] Loi adoptée à partir du *white paper* de 1989 : *« working for patients »*.

1.3.1.2 L'organisation du NHS après 1991

Le point essentiel de la réforme de 1990 appliquée à partir de 1991 est de prévoir la séparation entre acheteurs et fournisseurs de soins (*purchaser/ provider split*). Cette réforme modifie donc à la fois les relations administratives entre les différentes composantes du NHS et leurs relations financières. Deux types d'acheteurs de soins distincts sont créés : les *Health Authorities* et les *GP Fundholders*. Deux types de producteurs de soins existent : les médecins généralistes (*general practitionners*) pour les soins primaires et les *NHS Trusts* pour les soins secondaires nécessitant le recours à un spécialiste ou à une hospitalisation.

L'un des changements essentiels de la réforme est donc de passer de relations hiérarchiques verticales entre les districts et des hôpitaux très peu autonomes placés sous leur autorité directe, à des relations contractuelles entre les *Health Authorities* (situées à l'échelon géographique des districts) et des hôpitaux quasi-indépendants qui ne sont plus situés en position hiérarchique. Par ailleurs, il faut souligner que les *GP Fundholders*, dans le cadre de cette réforme sont à la fois fournisseurs de soins primaires et acheteurs de soins non urgents secondaires.

Les *Health Authorities* couvrent des aires géographiques de 500.000 personnes environ, chaque résident sur le sol anglais étant automatiquement rattaché à une Autorité de Santé en fonction de son lieu d'habitation. Chaque *Health Authority* reçoit du ministère de la santé une enveloppe budgétaire globale calculée suivant une formule complexe de capitation (tenant compte de l'âge ainsi que de diverses caractéristiques des populations des territoires couverts). Elle dispose ensuite librement de son enveloppe budgétaire pour « acheter » des soins hospitaliers, c'est-à-dire concrètement pour passer des contrats avec les *NHS Trusts* (les hôpitaux) pour la fourniture d'un certain panier de soins. En pratique, la plus grande part des soins sont vendus sous la forme de contrats par blocs (*block contracts*), c'est-à-dire de contrats qui spécifient qu'un ensemble de services, jusqu'à un plafond donné, est disponible dans un hôpital pour une population donnée (système beaucoup plus proche d'un mécanisme de budget global que d'une tarification à la pathologie). En effet, des contrats plus spécifiques à chaque traitement ou patient sont lourds à gérer et impliquent des coûts importants. Par ailleurs, au début de la réforme, il y avait souvent un seul hôpital en face d'une *Health Authority.* Pour remédier à cette situation de monopole du vendeur de soins, il y a eu de nombreuses fusions de *Health Authorities* dans les premières années de la réforme, qui sont passées de 178 en 1992 à 107 en 1994.

Les hôpitaux publics se sont donc vus attribuer par la réforme de 1990 un statut indépendant de *NHS Trusts* (ils acquièrent ainsi une personnalité juridique), ce qui leur permet de réinvestir leurs éventuels bénéfices, de faire des réserves de capitaux et de négocier les conditions d'emploi localement. Il s'agit d'une situation radicalement différente de la situation antérieure, où les districts recevaient un budget (capitation) qu'ils utilisaient ensuite pour payer directement les personnels hospitaliers, acheter les consommables et entretenir les structures. Toutefois, les *Trusts* qui ont essayé de négocier les conditions d'emploi des médecins se sont heurtés aux syndicats médicaux, ce qui s'est traduit par une hausse des salaires. Le fait que les *Trusts* soient indépendants du Gouvernement peut se comprendre dans une tendance plus globale à la prolifération de ce que les britanniques appellent des « *Quangos* », ou *quasi-autonomous non-governmental organisations.*

Les seconds acheteurs du système sont les *GP Fundholders* – des généralistes « gestionnaires de fonds ». Ils couvrent une aire géographique beaucoup plus restreinte que

les Autorités de Santé (en général entre 5.000 et 10.000 inscrits). Ces généralistes se voient attribuer une enveloppe budgétaire pour acheter des soins secondaires (non urgents) pour leurs patients auprès des *NHS Trusts*. Le système du *fundholding* a été introduit sur une base volontaire et tous les médecins généralistes ne sont donc pas nécessairement devenus des gestionnaires de fonds. En 1998, on estime que 50 % des médecins généralistes étaient inscrits auprès d'un *GP- fundholders*. Le système du *fundholding* a permis une redistribution importante du pouvoir entre les spécialistes et les généralistes. En effet, les *fundholders* peuvent facilement transférer leurs patients d'un spécialiste à l'autre s'ils ne sont pas satisfaits et ils ont pu utiliser ce pouvoir par exemple pour faire baisser les durées d'attente pour leurs patients (d'où d'ailleurs des problèmes d'équité). Par ailleurs, la réforme de 1990 a réintroduit une certaine liberté de choix du médecin généraliste : un patient peut changer de médecin généraliste au bout d'un an, alors que le rattachement à une *Health Authority* est obligatoire.

Au total, en 1998 le *Fundholding* ne portait que sur 20 % des soins secondaires, tandis que les 80 % restants sont pris en charge par les *Health Authority*.

Du point de vue du patient, le système se décompose donc en deux :

- pour les patients inscrits chez un *GP- Fundholder*, les soins primaires sont fournis directement par ce dernier qui reçoit pour ce faire un paiement mixte capitation/ nombre d'actes. Les soins secondaires non-urgents sont achetés par le *GP-Fundholder* qui a passé contrat avec un ou plusieurs *NHS Trusts*. Finalement, seules les urgences sont achetées par la *Health Authority* de la région ;
- pour les patients qui ne sont pas inscrits chez un *GP-Funholder*, les soins primaires sont fournis par le médecin généraliste mais tous les autres soins sont achetés et payés par la *Health Authority* de la région.

1.3.1.3 Limites et apports de la réforme

Dans les faits, le rôle d'acheteur « avisé » des *Health Authorities* a été limité pour plusieurs raisons. Tout d'abord des raisons de moyens humains, liées notamment au fait que les *NHS Trusts*, ayant une autonomie financières, ont pu recruter librement les meilleurs gestionnaires qui ont donc quitté les *Health Authorities*. Plus fondamentalement, l'introduction de mécanismes de marché interne en situation de pénurie a eu des effets pervers. En effet, dans un tel contexte, il ne peut être question de fermer les unités de soins les moins performantes, sauf à rationner encore davantage l'offre de soins. De ce fait, la marge de manœuvre effective des *Health Authorities* a été considérablement limitée. Fonctionnant toujours avec une enveloppe budgétaire prédéfinie, la nouvelle organisation mise en place en 1990-1991 n'a donc pas permis de résorber les phénomènes de listes d'attente. Par ailleurs, sa mise en œuvre a révélé l'importance des coûts des nouveaux systèmes d'information nécessaires à la gestion d'une telle organisation.

Concernant le *GP-Fundholding*, la réforme a eu plus d'impact et les *GPfundholders* sont généralement considérés comme des acheteurs beaucoup plus réactifs que les *Health Authorities*. Tout d'abord, les *GPfundholders* sont des médecins et donc mieux à même d'apprécier la qualité des soins qu'ils achètent. Par ailleurs, ils achètent des quantités beaucoup moins importantes et ont donc de ce fait une appréciation beaucoup plus fine de ce qu'ils achètent. On mentionne aussi d'autres points positifs comme un plus grand recours aux médicaments génériques. Toutefois, certains soulignent que la gestion des soins de santé par des incitations financières peut poser des problèmes éthiques. Selon la loi, les *GPfundholders*

peuvent conserver les économies réalisées à condition de les réinvestir dans leur cabinet. Il s'agit donc de profits futurs puisque ce cabinet est généralement revendu à la retraite. En outre, appréhendé à l'échelle globale du système, le mécanisme du *fundholding* aurait, selon certaines analyses microéconomiques, engendré des coûts de transactions plus importants que les gains qu'il aurait générés[3].

Au terme du rapport publié par *l'Audit commission* en 1996 et relatif au bilan des *GPfundholders*, les coûts et bénéfices des *fundholders* apparaissent négatifs à cette date, les économies réalisées étant chiffrées globalement à 206 millions de livres alors que les coûts de l'équipement informatique et du personnel nécessaires à la mise en place du *fundholding* étaient évalués à 232 millions de livres.

1.3.2 La seconde réforme du NHS (1999/2002)

La persistance de files d'attente et les carences du NHS ont conduit le gouvernement Blair à promouvoir une seconde réforme du NHS. Préparée par un livre blanc de 1997 (*White paper, The New NHS*), cette réforme s'est déroulée en deux temps :

- l'adoption du *Health act* de 1999 ;
- la rédaction du plan de réforme à 10 ans du NHS (*NHS plan*) en juillet 2000 et sa traduction législative dans le *Health and Social Act* de 2001 et le *NHS Reform and Healthcare Professions act* de 2002.

1.3.2.1 Les grands principes de la seconde réforme

La seconde réforme du NHS constitue une rupture par rapport à la réforme antérieure. Il s'agit pour le gouvernement travailliste de revoir partiellement les mécanismes de marchés internes pour leur substituer un NHS autonome et déconcentré. Cette seconde réforme part donc du postulat que la cause des dysfonctionnements observés n'est pas le choix du système –système national de santé accessible et gratuit pour tous- mais bien un sous investissement chronique ainsi que l'absence de refonte interne du NHS qui constitue une structure trop centralisée et trop peu centrée sur la qualité et la performance.

Dans cette perspective, les grandes lignes de la seconde réforme du NHS passent par une augmentation des moyens financiers accordés au NHS et par une refonte de l'organisation interne de ce service national de santé.

Sur le plan budgétaire, l'effort financier en direction du NHS est important : le règlement budgétaire de mars 2000 a ainsi acté que l'augmentation du budget du NHS serait de 30% en termes réels dans les 5 années à venir. Ces objectifs initiaux ont ensuite été revus à la hausse sur la période récente.

Concernant la refonte interne du NHS, les réformes engagées s'articulent autour de plusieurs axes.

[3] GPC guidance : « Primary Care Trusts : implications for general practice », *British Medical Association*, 2001.

① Elle organise tout d'abord un transfert des compétences en matière d'organisation et de régulation de l'offre de soins du ministère de la santé (*Department of Health*) vers le NHS, qui voit son rôle conforté en tant que prestataire du service public de la santé ainsi que du niveau central du NHS vers des structures locales. Parallèlement, la réforme met partiellement un terme au système de marchés internes tout en laissant en place le principe de séparation entre acheteurs et vendeurs.

Dans cette perspective, les *GPfundholders* sont supprimés. L'achat de soins secondaires au profit des médecins généralistes est confié à des *Primary Care Groups* (PCG) transformés au 1er avril 2002 en *Primary Care Trusts*. Ces trusts sont des structures gestionnaires dépendantes du NHS associant, le cas échant, des professionnels de santé et les patients, avec lesquelles l'ensemble des médecins généralistes sont contractuellement liés. Ces *Primary Care Trusts* constituent les échelons locaux du NHS : ils disposent de pouvoirs importants et gèrent 75% du budget du NHS.

Cette extension de leur rôle s'est faite progressivement, parallèlement à la transformation du rôle des *Health Authorities* remplacées par des S*trategic Health Authorities.* Ces dernières deviennent des autorités exerçant des fonctions de pilotage du système et non plus des acheteurs directs de soins.

② La seconde nouveauté est l'introduction d'une chaîne de responsabilité claire et précise entre les acteurs et concomitamment de mesures de la performance à tous les échelons du système. Ainsi, les S*trategic Health Authorities* sont responsables devant l'échelon national du NHS des résultats en matière d'état sanitaire de sa population. Les *Primary Care Trusts* sont eux responsables à la fois devant les S*trategic Health Authorities* et l'échelon national du NHS du bon fonctionnement et de l'amélioration de la qualité de l'offre de soins. Cette responsabilisation s'appuie sur :

- une mobilisation des gestionnaires des S*trategic Health Authorities* et des *Primary Care Trusts* par la signature de contrats avec le NHS incluant des objectifs de résultats (système de franchise des managers ?);

- la mise en place d'indicateurs de la performance dans l'ensemble du système (pour les hôpitaux et les médecins généralistes) mais également pour les *Primary Care Trusts* et les S*trategic Health Authorities* (cf. infra).

③ Le troisième axe de la réforme concerne la qualité des soins et plus largement encore la qualité du service rendu aux patients. Cet axe majeur de réforme du NHS trouve sa traduction dans le concept de « *clinical governance »* qui implique l'idée d'une responsabilisation du NHS à l'égard des patients en ce qui concerne le service public rendu. La *clinical governance* dont la définition officielle est d'offrir « un cadre qui rend toutes les structures du NHS responsables d'une amélioration continue de la qualité de leurs services et de la garantie de soins de haut niveau, en créant un environnement qui favorise systématiquement l'excellence des pratiques médicales » est en cours de diffusion dans l'ensemble du système de santé anglais (cf. infra sur les instruments de la qualité).

1.3.2.2 L'organisation actuelle du NHS

Le bilan de cette réforme est une redistribution importante des rôles entre les différents acteurs du système de santé qui comprend d'une part, les structures ayant des fonctions stratégiques, politiques et manageuriales ; d'autre part, les structures de soins : médecins généralistes et hôpitaux.

En ce qui concerne les structures de gestion, l'organisation actuelle du NHS conduit à distinguer 2 niveaux géographiques d'intervention.

1. Au niveau central, le NHS apparaît largement bicéphale.

Le Secrétaire d'Etat à la santé préside le conseil national du NHS (*NHS policy board*) qui constitue la structure politique du NHS. Y sont décidés les orientations financières et stratégiques, l'octroi de licences à des nouveaux produits pharmaceutiques, les orientations en matière de listes d'attente et les objectifs nationaux de santé.

Le *NHS Executive*, constitue la direction administrative du NHS, lui-même divisé en un « *Headquarter* », situé à Leeds et 8 « *Regional Offices* » qui devraient prochainement être remplacés par 4 « *Regional Health Groups* ». Le *NHS executive* est chargé des aspects proprement nationaux concernant :

- la définition et le suivi des politiques nationales de santé, les 4 *Regional Health Groups* étant particulièrement en charge des politiques de santé publique;

- la définition du cadre national d'évaluation et de la mesure de la performance, les groupes régionaux étant principalement responsables du suivi de la performance du système notamment à travers des « *corporate contracts* » conclus avec les SHA ;

– le développement de la politique de recherche du NHS (le NHS est le premier financeur de la recherche médicale à travers un fonds intitulé le NHS *R&D levy*) ;

- l'attribution des financements au système de santé.

Depuis 1999, d'autres instances indépendantes du NHS (*statutory independant bodies*) interviennent également au niveau central.

Le *National Institute for Clinical Excellence*, créé par le *Health Act* de 1999, est chargé de définir et de diffuser des recommandations de bonnes pratiques nationales. Il s'inscrit dans la volonté gouvernementale d'accompagner le mouvement de déconcentration du NHS en favorisant l'émergence d'un cadre national encadrant la pratique médicale.

La création de la *Commission for Health Improvement,* également par le *Health Act* de 1999, s'inscrit dans le double objectif d'homogénéisation du système de santé et d'amélioration de la qualité des soins. Il s'agit d'un service d'inspection chargé du contrôle des NHS trusts, des cabinets médicaux mais également des *Health Authorities* et des *Primary Care Trusts*. Ses modes d'intervention sont variées : il peut s'agir d'inspections classiques (l'objectif étant en l'espèce de contrôler chaque hôpital tous les 4 ans en moyenne) ou d'inspections d'urgence quand il existe un dysfonctionnement majeur. Aux termes de la *NHS Reform and Healthcare Professions Act*, l'indépendance de la *Commission for Health Improvement* a été renforcée par une série de mesures :

- l'extension des pouvoirs d'inspection de la commission à l'intégralité des aspects d'une structure, la *Commission for Health Improvement* ne procédant auparavant qu'à un contrôle de la qualité du service rendu (*clinical governance review),*
- un pouvoir de recommandations au ministre en cas de défaillances lourdes ;
- l'établissement d'un bureau d'information interne sur la performance des structures du NHS ainsi qu'un rapport annuel sur la qualité du système ;
- un pouvoir de nomination interne du chef de la commission, alors que ce dernier était auparavant nommé par le ministre.

Malgré la déconcentration réelle du système de santé anglais dans la gestion des enveloppes et l'amélioration de l'offre de soins, plusieurs évolutions tendent à montrer que le schéma retenu par la réforme s'appuie toujours sur un échelon central fort. Ce dernier mêle en effet des fonctions importantes d'attribution de l'enveloppe nationale, de définition des politiques nationales de santé ainsi que des recommandations de bonne pratique et des fonctions d'inspection. En ce qui concerne l'évaluation de la performance, si le cadre national et les indicateurs sont fixés par l'échelon central, seule l'évaluation des S*trategic Health Authorities* est faite à ce niveau, la performance des offreurs de soins étant mesurée au niveau déconcentré.

2. Au niveau local, la réforme fige l'organisation du système de santé autour de deux structures.

Les S*trategic Health Authorities*, statutairement indépendantes du ministère, représentant 29 entités. Leur rôle est fortement réduit depuis la réforme, leur mission principale est le pilotage des *Primary Care Trusts* et la mesure de leur performance.

A l'inverse, les *Primary Care* Trusts constituent les structures pivots de la réforme du NHS. Au nombre de 350 –chaque Trust devant couvrir au moins 100 000 personnes-, les *Primary Care Trusts* sont chargés de la plupart des missions antérieurement dévolues aux *Health Authorities* et récupèrent celles des *Primary Care Groups*.

Statutairement, alors que les *Primary Care Groups* étaient des sous comités des *Health Authorities*, les *Primary Care Trusts* jouissent de la pleine personnalité juridique et sont indépendantes des *Strategic Health Authorities.*

Les *Primary Care Trusts* disposent d'une compétence étendue sur l'ensemble de l'offre de soins primaires et secondaires. Ils sont ainsi chargés de l'organisation des soins primaires (et de la contractualisation avec l'ensemble des médecins généralistes de leur secteur), d'administrer les soins fournis dans les *Community Trusts* (soins de longue durée et dépendance) et constituent les acheteurs exclusifs des soins hospitaliers, d'urgence, de psychiatrie et de long séjour. Ils disposent pour ce faire d'une enveloppe unique (*unified allocation*) répartie à partir d'un *Service Agreement and Financial Framework (SAFF*) qui fixe les règles de répartition des enveloppes entre les hôpitaux, les structures de soins de longue durée et les soins primaires. Le syndicat professionnel des médecins généralistes a émis des critiques à l'égard de ces accords qui conduisent souvent à figer des dépenses

hospitalières considérées comme obligatoires (*must fund*) au détriment des dépenses de soins primaires[4].

L'originalité des *Primary Care Trusts* est également d'assurer la coordination entre les prises en charge médicale et sociale de la population[5]. Ce décloisonnement a en effet été rendu possible par trois mesures : l'adoption d'un budget national commun pour les services de santé et les services sociaux ; la désignation localement d'un acheteur commun pour l'achat des prestations médicales et sociales (en l'espèce le *Primary Care Trust*) ; la possibilité d'accords locaux transférant l'administration des prestations sociales aux *Primary Care Trusts*.

Les *Primary Care Trusts* sont enfin en charge de la planification de l'offre de soins, compétence antérieurement dévolue aux *Health Authorities*. Cette planification intervient à travers l'évaluation des besoins de santé de la population et l'élaboration à partir de cela de *Health Improvement Programmes (HimP*) créés par le *Health Act* de 1999 qui doivent organiser la réponse en termes de soins sanitaires et sociaux aux besoins identifiés.

Corrélativement à ces fonctions, les *Primary Care Trusts* assurent donc le pilotage de l'ensemble de l'offre de soins, multipliant les indicateurs de performance et la remontée d'information en provenance des NHS trusts et des médecins généralistes.

Il s'agit donc bien là d'une refonte profonde de l'organisation du NHS. Le système retenu reste un service national de santé. Il évolue néanmoins dans le sens d'une plus grande déconcentration administrative et financière, les autorités locales en l'espèce les *Primary Care Trusts* disposant d'une compétence tant sur l'offre primaire que secondaire permettant en cela une meilleure adéquation aux besoins locaux et une meilleure coordination des acteurs. L'extension des compétences vers les acteurs sociaux permet enfin une meilleure continuité de la prise en charge des patients. La délégation de compétences horizontales importantes au niveau déconcentré aux *Primary Care Trusts* est un axe majeur de la réforme du NHS. Elle constitue une source de réflexion fort intéressante pour la France.

[4] *A guide to NHS funding for primary care trust executive committee members*, GPC, avril 2001.
[5] Cette initiative fait suite au discours du ministre de la santé intitulé: « *New plans to bridge gulf between health care and social care* », 16 septembre 1998.

2 L'organisation de l'offre médicale en ambulatoire

2.1 L'offre de soins

L'offre de soins en Angleterre est pour l'essentiel placée sous la responsabilité du NHS. Elle s'articule autour des *Hospital and community health services* regroupant les structures hospitalières, psychiatriques et de longue durée et des *Family Health Services* rassemblant les praticiens de ville (dentistes, médecins généralistes, opticiens et pharmaciens). Toute personne résidente au Royaume Uni a droit d'accéder à ces services.

2.1.1 La démographie médicale

Les médecins anglais sont répartis de manière binaire. Les médecins généralistes constituent des médecins de première ligne et exercent en ville. Les médecins spécialistes, quant à eux, sont tous employés par l'hôpital et l'accès à ces spécialistes, sauf en cas d'urgence, passe par l'intermédiaire du généraliste qui joue le rôle d'un *gatekeeper*.

Le nombre de médecins et dentistes en Grande Bretagne est de 145.290 personnes en 2000 dont 37.570 médecins généralistes (34 400 en équivalents temps plein) (cf. annexe 3).

Parmi ces généralistes :

- 31.870 sont des médecins titulaires (*Unrestricted and Principals*) contre 670 assistants, 2000 *registrars*,[6] 1350 *retainers*[7] ;
- 35% des généralistes sont des femmes (contre 25% en 1990);
- 18% des médecins titulaires travaillent à temps partiel (contre 5% en 1990).

L'Angleterre se distingue par une densité médicale inférieure à celle de la plupart de ses voisins européens : 0,6 médecin généraliste pour 1000 habitants contre 1,4 en France. La pénurie de l'offre place les médecins généralistes anglais en position de force par rapport au gouvernement. A l'inverse, elle engendre un réel malaise dans la profession médicale, les médecins généralistes se plaignant de leur charge de travail. D'après l'enquête nationale diligentée par la *British Medical Association* en 2001, 82% des médecins généralistes se disent exposés à un stress lié à une surcharge de travail et 48% annonçaient leur volonté de partir à la retraite avant l'âge de 60 ans.

La médecine générale anglaise jouit d'un positionnement universitaire fort. Reconnue comme une spécialité à part entière, elle intervient comme pour les autres spécialités à l'issue de 5 années de premier cycle universitaire (*undergraduate studies*) et d'une année de stage pratique, ce qui conduit à la *registration.* La formation spécialisée est de trois ans pour la

[6] Les *registrars* correspondent aux internes en médecine générale.
[7] Les *retainers* sont des praticiens qui assurent des vacations médicales. Ils sont autorisés à assurer un maximum de 4 sessions d'une demi journée par semaine.

médecine générale (un an au sein d'un cabinet, deux ans au sein d'un hôpital) alors que les directives européennes ne mentionnent qu'une obligation de deux années[8].

2.1.2 Les établissements de soins

L'offre hospitalière de soins est assurée par 375 établissements de soins qui ont depuis la réforme de 1991 revêtu le statut de *NHS Trusts*. Il existe une certaine spécialisation des Trusts qui relèvent de trois catégories : *Acute Hospital Trusts*, *Integrated Service Trusts* et *Mental Health Trusts*.

Institutionnellement, les *NHS Trusts* sont des structures indépendantes du NHS administrées par un président désigné par le ministre ainsi que par un comité exécutif. Formellement, les *Trusts* sont responsables devant le ministre de la santé de leurs résultats en matière de santé. Dans les faits, cette responsabilité n'a jamais véritablement été mise en jeu dans la mesure où la seule sanction est souvent le remplacement du président, ce qui a une influence plutôt faible sur le fonctionnement quotidien des services. Les *NHS Trusts* disposent depuis la réforme de 1990 d'une autonomie dans la gestion de leur paie, l'organisation de leurs services et la gestion de leur personnel. L'autonomie laissée aux hôpitaux dans le recrutement de leurs personnels a d'ailleurs crée des tensions parmi les médecins hospitaliers britanniques, de nombreux hôpitaux ayant profité de cette opportunité pour recruter de personnel non médical ou du personnel médical moins qualifié que les consultants hospitaliers (ainsi, dans les services gynéco-obstétriques, les hôpitaux ont recruté plutôt des sages femmes que des obstétriciens). Cette situation a conduit les médecins hospitaliers à craindre pour le première fois une pénurie de la demande de travail sur le marché anglais ; des groupes locaux multidisciplinaires ont donc été créés pour définir de nouveaux modes d'organisation des services afin de garantir l'emploi de chacune des professions.

La compétence *rationae materiae* des *NHS Trusts* est la délivrance de soins hospitaliers , infirmiers, dentaires, ophtalmologiques et ambulanciers à la population résidente. Les soins de rééducation sont aussi parfois fournis dans certaines circonstances. L'offre des *NHS Trusts* s'adresse à tout citoyen ; elle est gratuite (en consultation externe, les patients doivent en revanche verser une somme forfaitaire de 5,80 livres lorsqu'ils reçoivent des médicaments). Néanmoins, un certain nombre d'hôpitaux accueillent des patients privés suivis par un spécialiste au titre de sa clientèle privée. Ils facturent alors l'hébergement et les soins au coût complet.

Les *NHS Trusts* font l'objet d'une évaluation régulière et précise de leurs performances notamment financières et quantitatives (il existe 170 « *key performance indicators* »). Ces résultats sont synthétisés par l'échelon central du NHS et donne lieu à un classement régulier des hôpitaux publié et transparent.

[8] Pour les autres spécialités médicales, la carrière prévoit une année de *house officer* puis une à 2 années de *senior house officers*, 3 à 4 ans de *registrars*, 4 ans de *senior registrars* avant d'accéder au poste de *consultants*.

2.2 Le médecin généraliste, au cœur du système de santé

2.2.1 Un statut original

2.2.1.1 Des contractuels indépendants

Contrairement à l'idée reçue selon laquelle les médecins généralistes sont des salariés du NHS, les médecins généralistes anglais jouissent d'un statut original de « contractuels indépendants » (*independent contractors)* leur garantissant une autonomie relative par rapport au système de soins.

La grande majorité des médecins généralistes sont soumis au régime dit du contrat national (82%) qui implique un conventionnement individuel du médecin avec le ministère de la santé sur la base d'un contrat national prénégocié entre la représentation professionnelle des médecins généralistes et le gouvernement. Ce contrat est ensuite signé localement par le *Primary Care Trust* et le médecin généraliste. Parallèlement, depuis 1997 et la fin du monopole du contrat national, 18% des médecins anglais sont liés au NHS par des contrats individuels (*Personal Medical Services -PMS-*) négociés localement et au cas par cas par le cabinet médical (et non le médecin généraliste) et le *Primary Care Trust*.

Le contrat national fixe les règles relatives aux conditions de l'exercice de la pratique médicale, à l'organisation de la profession et à la rémunération des médecins. Ces règles sont opposables à l'ensemble des médecins signataires et consignées dans un code particulier et volumineux (le « *red book* »). Dans le cadre du contrat national, la rémunération des médecins est complexe et combine des éléments de rémunérations directs et des émoluments indirects (cf. infra).

Ce contrat national est aujourd'hui fortement remis en question par les médecins généralistes ce que traduit un recours croissant aux contrats individuels de type PMS. Ces contrats, pour leur grande majorité, contiennent les mêmes stipulations que le contrat national quant à l'organisation de la profession et les conditions de l'exercice médical. Néanmoins, leur contenu est moins contraignant et autorise une plus grande souplesse d'interprétation. En outre, l'accent est davantage mis sur la qualité des soins au sein de ces contrats. Négociés chaque année à l'échelon du cabinet médical, ils déterminent enfin, chaque début d'année, l'enveloppe annuelle allouée au cabinet.

Au terme d'un sondage effectué par la BMA (*British Medical Association*), le syndicat professionnel des médecins, en juin 2001, il est apparu que 77 % des médecins considéraient le contrat national inadapté et se déclaraient prêts à contractualiser avec le NHS sur la base de contrats individuels.

Le débat entre contrat collectif ou individuel est donc posé. A l'heure actuelle, il apparaît que le gouvernement et le syndicat professionnel des médecins généralistes, le *General Practice Committee (GPC)* qui constitue une sous instance de la *BMA,* ont fait le choix du maintien d'un cadre collectif de contractualisation et négocient à cet effet un nouveau contrat national. Pour la première fois, la négociation est conduite non par le ministère de la santé mais par les gestionnaires des *Primary Care Trusts*. Elle a abouti à un document de cadrage en avril 2002 (cf. annexe 4).

Cette négociation est riche d'enseignements pour la France pour trois motifs au moins :

- Le document de cadrage issu des négociations en avril 2002 propose, sur la base du contrat national, une contractualisation avec le cabinet médical et non plus avec le médecin généraliste seul (*practice-based contract*) ;

- Il réorganise les conditions de l'activité du médecin généraliste en offrant davantage de souplesse dans l'organisation du travail. Cette orientation vise à mieux prendre en compte les contraintes des médecins généralistes et notamment leurs revendications concernant leur trop forte charge de travail (cf. infra);

- Le nouveau contrat porte une attention nouvelle à la qualité des soins en prévoyant la mise en place d'indicateurs de suivi de la qualité et une rémunération associée : 50% de la rémunération des médecins serait ainsi liée au respect des objectifs nationaux de qualité (25%) et des objectifs locaux (25%).

2.2.1.2 Une rémunération complexe et en cours de redéfinition

Les médecins généralistes anglais sont soumis à un système complexe de rémunération mêlant une part garantie et une part discrétionnaire (*cash limited payments*), c'est à dire laissée à la discrétion des autorités locales du NHS, en l'espèce les *Primary Care Trusts*.

Au titre de la rémunération garantie, le médecin perçoit une rémunération à la capitation établie en fonction du nombre de patients inscrits sur sa liste. Il existe trois niveaux de forfaits en fonction de l'âge des patients[9]. Le contrat national prévoit la possibilité d'une majoration pour les patients résidant dans des zones défavorisées.

A la capitation s'ajoutent diverses enveloppes de rémunération liées à des actions de santé publique (vaccination, dépistage, contraception), à la participation à divers services (visites en dehors des heures ouvrées) ou à des actions de coordination locale de l'offre de soins (par exemple, les *local development schemes*…).

Les actions de santé publique sont en effet l'objet d'une politique incitative nationale en grande partie accompagnée par des incitations financières. Celles-ci concernent trois grands types d'actions :

- la promotion de l'éducation à la santé (*health promotion programms*) est rémunérée à hauteur de 2.740 livres par an pour les médecins généralistes ;
- le suivi des deux programmes nationaux de prise en charge de maladies chroniques pour le diabète et l'asthme fait l'objet d'une rémunération forfaitaire de 475 livres ;
- enfin, les programmes de prévention ciblés sur la vaccination des enfants de moins de 6 ans (*childhood immunizations, preschools boosters*) et le suivi gynécologique offrent un mode de rémunération original en fonction du taux de couverture. *L*a rémunération n'est donc accordée qu'à partir d'un seuil de couverture et est modulée en fonction du pourcentage de la clientèle couverte.

[9] Moins de 65 ans, plus de 75 ans, entre 65 et 75 ans.

En 2000, 90% des médecins généralistes avaient atteint les seuils de couverture nécessaires à l'obtention du paiement spécifique avec des records pour les vaccinations de la petite enfance (97% des médecins) et la prévention gynécologique (99%). 70% avaient en outre dépassé le seuil de couverture ouvrant droit à la rémunération la plus élevée. Enfin, 95% des médecins participent aux programmes de prise en charge du diabète et de l'asthme.

Au titre des revenus discrétionnaires, on compte les remboursements des coûts directs liés aux frais administratifs (salaires et charges sociales des employés…), aux frais d'équipement et d'entretien du matériel informatique et aux frais fixes du cabinet médical[10]. Ces remboursements peuvent être majorés en fonction des conditions particulières d'exercice (zone rurale, urbaine en développement…) ou de la compétence des médecins (ancienneté). Attribués de manière collective (échelon du cabinet), ces remboursements sont versés de manière discrétionnaire entre cabinets médicaux même si un plancher de ressources garantit une attribution minimale à chaque cabinet.

Au niveau national, la rémunération des médecins généralistes est régulée par une commission indépendante et administrative, le *Review Body*. Cette commission, à partir d'une analyse statistique du revenu réel des médecins et des prévisions de recrutements, fait des propositions chaque année au gouvernement. Ces propositions couvrent l'ensemble des médecins (exerçant en milieu hospitalier comme généralistes) et traitent de l'ensemble des éléments de rémunérations.

Au terme du 31ème rapport du Review Body publié en janvier 2002, les médecins généralistes anglais touchent en moyenne un revenu net de 56.510 livres par an. Le rapport recommande sur cette base une augmentation pour l'année 2002-2003 de 6,8% de la rémunération des médecins pour la porter à 61.618 livres par an. Cette proposition a été entérinée par le gouvernement à compter du 1er avril 2002 (cf. annexe 5).

L'évolution de la rémunération des médecins généralistes anglais est retracée dans le tableau ci après.

Tableau 5 : Rémunération nette moyenne des médecins généralistes anglais

En livres par médecin généraliste

	1991-1992	*1995-1996*	*2000-2001*	*2001-2002*	*2002-2003*
Rémunération nette moyenne	37 512	43 165	54 219	56 510	61 618

Il est important de noter que l'inflation salariale a été pour partie contenue par des facteurs sociologiques liés à une intense mobilité du personnel médical et paramédical. De nombreux praticiens britanniques ont émigré vers l'Amérique du Nord et l'Australie à la recherche de meilleurs revenus et, à l'opposé, des médecins et des infirmières venus du Commonwealth et surtout de la péninsule indienne les ont remplacés.

[10] Les médecins anglais touchent en outre une rémunération additionnelle dite indirecte en compensation de certains frais spécifiques liés aux locaux occupés. Cette rémunération est versée par les *Primary Care Trusts*, en moyenne trois ans après l'engagement des frais et est établie à partir d'une évaluation des dépenses moyennes des cabinets d'une même région.

2.2.1.3 Une représentation professionnelle unifiée et forte

Les médecins britanniques ont une tradition ancienne de représentation unie de leur profession. Ainsi, la *British Medical Association (BMA)*, créée en 1832 est l'association professionnelle qui représente près de 80% des médecins anglais (soit 123.000 médecins). Cette situation est entretenue par le monopole de représentation des médecins dont jouit la *BMA* dans les instances consultatives (*Review body, Medical practice committee*…) ou dans les négociations avec le NHS.

En son sein, le *General Practitioner Commitee* (*GPC)* est l'instance qui représente les généralistes. Cette entité qui négocie le contrat national liant les médecins généralistes et le NHS a connu une remise en cause récente avec le développement des PMS contrats depuis 1997 qui consiste en la possibilité pour les médecins généralistes de déroger au contrat national négocié par le syndicat.

Le succès de la négociation en cours du nouveau cadre national avec les représentants des *Primary Care Trusts* sera le gage pour elle du maintien de sa représentativité.

Le *GPC* doit cependant être distingué d'instances également professionnelles qui remplissent des missions de service public : le G*eneral Medical Council (GMC)* et les *Royal Colleges*. Le *GMC* est en charge de l'enregistrement des médecins et règle les questions disciplinaires internes à la profession. Les *Royal Colleges*, qui existent pour chaque spécialité médicale, sont plus spécifiquement en charge de superviser la formation initiale et continue des médecins de leur spécialité.

Le *Royal College of General Practitioners (RCGP)* définit ainsi le contenu du cursus spécialisé en médecine générale et homologue les lieux de stages pratiques. Parallèlement à ce rôle concernant la formation initiale, le *Royal College of General Practitioners* a développé des activités d'évaluation des pratiques professionnelles et de mesures de la performance des médecins généralistes, offre des services de formation continue et mène des activités de recherche. Le *Royal College* joue ainsi un rôle central dans la mesure de la qualité des soins prodigués par les médecins généralistes anglais et a participé activement à l'élaboration de la procédure de revalidation des médecins en cours d'adoption (cf. infra).

2.2.2 Les conditions de l'exercice médical

2.2.2.1 Le *gate keeping*

Les médecins généralistes sont la pierre angulaire du système de santé anglais. Ils prodiguent les soins de premier niveau et servent de filtres au système hospitalier, l'accès aux spécialistes étant subordonné au réferencement d'un médecin généraliste.

Concomitamment au système du *gatekeeping*, le médecin généraliste est le référent des patients qui sont inscrits auprès de lui. Toute personne âgée de 16 ans ou plus peut choisir son médecin mais ce dernier est libre de l'accepter ou la refuser. Si une personne éprouve des difficultés à trouver un médecin, le NHS a le pouvoir d'imposer son inscription auprès d'un généraliste. Exceptionnellement, une personne se trouvant loin de son domicile peut recourir au service du médecin généraliste local et sera traitée dans ce cas de « résident temporaire ».

Des dérogations sont également possibles en cas d'urgence. Néanmoins, plus globalement, le citoyen anglais a la possibilité de consulter occasionnellement un autre médecin en dehors de son secteur sur une base privée.

Il n'existe aucune restriction réglementaire au changement de médecin dans une zone géographique donnée, le patient ayant seulement besoin du consentement du nouveau médecin. Cette liberté de changement est peu utilisée dans les faits.

La fonction de *gatekeeper* est bien ancrée en Angleterre puisque son introduction remonte à 1948, chaque médecin généraliste étant en moyenne en charge 1878 patients.

Les conditions d'exercice de la profession médicale connaissent une évolution notable depuis la seconde réforme du NHS et la négociation du nouveau contrat national. Ces évolutions visent à mieux prendre en compte les contraintes des médecins généralistes et leur aspiration à un allègement de la charge de travail.

En ce qui concerne les missions du médecin généraliste anglais, le nouveau contrat propose de les scinder en trois groupes.

- les soins cliniques essentiels (*essential clinical services*) qui constituent le cœur de métier du généraliste et qui doivent être fournis par l'ensemble des cabinets médicaux ;

- le second groupe renvoie aux soins cliniques additionnels (*additional clinical services*). Il concerne la mise en œuvre de diverses actions de prévention définies tant dans les schémas nationaux de soins (*National Service frameworks*) ou les actions de santé publique (vaccinations, contraception, diabète…) ; ce niveau de soins doit être proposé par l'ensemble des médecins, le contrat national prévoyant néanmoins, en raison de circonstances exceptionnelles, la possibilité de ne pas les accomplir ;

  Ces deux groupes de soins feront l'objet d'une tarification nationale et d'une rémunération à la capitation pour les cabinets médicaux.

- le 3ème groupe concerne des soins nationalement ou localement encouragés (*enhanced clinical services*) : ex : petites interventions chirurgicales… L'exercice de ces soins est facultatif et rémunéré de manière spécifique pour le cabinet médical par les *Primary Care Trusts*.

Le champ de l'activité d'un cabinet médical peut donc être ainsi à dimension variable.

Toujours dans le même objectif d'allègement de la charge de travail, les obligations d'assurer un service 24 h sur 24 ont été assouplis dans les années récentes, les médecins pouvant s'organiser à plusieurs (coopératives de médecins généralistes) ou recourir à des remplaçants pour respecter cette obligation. Sur cette base, 66% des médecins généralistes continuaient personnellement à assurer leurs gardes de la semaine et du WE. Le nouveau contrat est cependant allé plus loin en ouvrant la possibilité aux cabinets médicaux d'assurer les gardes du soir et du WE ou de ne pas les assurer (*out-of-hours responsability option*). La possibilité de faire jouer l'option est soumise à autorisation préalable et le contrat précise que la dérogation est accordée à titre exceptionnel. Les cabinets effectuant un service continu seront rémunérés à cet effet. Il s'agit d'une réforme importante dans la mesure où la

continuité des soins constituait jusqu'au nouveau contrat une obligation indissociable du métier de généraliste.

Enfin, les parcours professionnels des médecins anglais sont assouplis afin de mieux prendre en compte les volontés de réduire le temps de travail ou de faire évoluer le contenu du travail. Dans cette optique, le nouveau contrat propose un statut rénové et attractif relatif au salariat du médecin généraliste, partant du constat qu'au terme de l'étude commanditée par le *BMA*, 20% des médecins de moins de 30 ans aspiraient au salariat. De même, le nouveau contrat facilite le développement d'activités spécifiques parallèlement à l'exercice médical comme la spécialisation dans des actes de chirurgie mineure, l'exercice à l'hôpital ou dans des établissements de longue durée, les fonctions professorales ou de recherche…

Le nouveau contrat constitue donc une remise à plat sans précédent des conditions d'exercice de la médecine générale prenant en compte l'évolution du métier et l'aspiration de la profession à un allégement de la charge de travail. Cette mise à plat intervient à l'initiative de l'association professionnelle des médecins généralistes et par le jeu de négociations avec les gestionnaires du NHS. Il s'agit donc bien d'un exercice concerté associant les acteurs de terrain et s'organisant en outre dans la plus grande transparence, chaque médecin étant appelé à se prononcer individuellement sur le projet de nouveau contrat proposé.

2.2.2.2 Les modalités d'exercice de la médecine de ville

Chaque médecin pour exercer dans un endroit donné doit être inscrit sur la liste tenue par l'autorité locale de santé (*Primary Care Trust*).

L'installation des médecins est orchestrée par les *Medical Practice Commitees* (MPC) qui ont pour fonction de contrôler localement la distribution des médecins généralistes sur une zone donnée (échelon des anciennes *Health authorities*). Les *MPC* sont des instances composées majoritairement de médecins généralistes, créées en 1946, et dont l'avis autrefois conforme, est consultatif depuis 1997. Les conditions de l'installation sont évaluées en fonction du nombre moyen de patients enregistrés par médecin généraliste dans la zone concernée. Quatre types de zones ont ainsi été définies : au delà de 2.500 patients, les zones sont dites « désignées », entre 2.100 et 2.500 patients, elles sont « ouvertes », entre 1.700 et 2.100 patients, elles sont « intermédiaires » et deçà de 1.700, les zones sont dites « restreintes ». D'autres critères tels que le caractère déshérité du lieu sont également pris en compte.

Les *MPC* peuvent proposer, en cas d'excédent de l'offre, de refuser l'inscription sur la liste établie par le *Primary Care Trust*. L'avis étant consultatif, les autorités locales peuvent suivre ou non l'avis des *MPC* même si la règle est la conformité du *Primary Care Trust* à l'avis du *MPC*. Cette procédure est également à l'œuvre en cas de reprise d'un cabinet existant ou d'agrandissement.

En Angleterre la pratique de groupes très répandue. Un cabinet moyen a environ 6.000 patients inscrits pour 3 médecins et une équipe non médicale d'environ 6 temps plein (dont 4 personnels administratifs et 2 personnels soignants). La concentration de l'exercice médical au sein de gros cabinets médicaux ou centres de santé permet une collaboration active interdisciplinaire et intermédicale.

Encouragée par le contrat qui lie le médecin généraliste et le NHS, l'informatisation des cabinets médicaux est une réalité depuis la fin des années 1980. En effet, l'équipement informatique des structures médicales a été appuyé par divers dispositifs incitatifs tels que le contrat national qui prévoit une possibilité de prise en charge financière du coût d'équipement d'un cabinet. Le mécanisme du *fundholding* avait un temps renforcé cette aide d'une part, en subventionnant l'achat de matériel informatique à hauteur de 75% de la dépense et de 25% pour les logiciels ; d'autre part, en autorisant les *fundholders* à réinvestir leurs éventuels excédents dans l'acquisition de matériel.

Alors qu'en 1990, 47% des cabinets déclaraient disposer d'un équipement informatique, ce taux était de 79% en 1994 (dernier chiffre disponible). Les fonctionnalités de l'équipement des médecins varient cependant grandement en fonction des cabinets médicaux : tenue du dossier administratif des patients, tenue du dossier médical, gestion du cabinet (prise de rendez vous…) et suivi du contrat avec le NHS (remboursements des frais fixes, forfaits…).

2.2.2.3 Les relations entre professionnels de santé et la question du transfert de compétences

La pratique des cabinets de groupe mêlant personnels administratifs, paramédicaux et médicaux a posé la question des transferts de compétences entre professionnels.

En Angleterre, la réforme en cours du NHS s'appuie très explicitement sur un transfert en chaîne des responsabilités des spécialistes vers les généralistes, des généralistes vers les infirmières, des infirmières vers les travailleurs sociaux. Les médecins généralistes peuvent ainsi se spécialiser afin de mieux prendre en charge en ambulatoire certains types de soins (*specialist general practitioners)*.

Plus globalement, le rapport remis par Derek WANLESS en avril 2002 a fait du transfert de compétences un axe fort de proposition. Ses propositions partent du constat que les perspectives démographiques sont plus défavorables sur les 20 prochaines années pour les médecins que pour les infirmières. Au terme du rapport, il s'agit donc de rénover le champ des compétences (*skill mix*) et d'étudier les conditions d'un transfert du médecin généraliste vers l'infirmière, de l'infirmière vers la secrétaire médicale (*Health Care Assistant*). A l'appui de ce transfert, le rapport évalue à 20% les charges de travail médical susceptibles d'être transférées au personnel paramédical. De même, 12,5% du travail infirmier serait transférable aux secrétaires médicales au terme du rapport.

Ces propositions ne semblent pas voir entraîné à ce jour d'évolution législatives et réglementaires. Il s'agit néanmoins d'une réflexion forte et très prégnante en Angleterre.

3 La régulation des dépenses et la qualité des soins dans la médecine ambulatoire anglaise

L'encadrement de la médecine de ville anglaise s'est longtemps appuyé sur des instruments essentiellement macroéconomiques comme les enveloppes budgétaires limitées et le rationnement quantitatif de l'offre. Ces outils sont classiques et leurs effets connus : sous financement chronique du système de santé, phénomènes de listes d'attente… Sans pour autant abandonner les outils macroéconomiques dont la portée est néanmoins réduite par l'augmentation des ressources allouées au NHS, les réformes anglaises ont aujourd'hui conduit à développer en aval une grande panoplie de mesures visant plus directement à l'amélioration de la qualité des soins.

3.1 La régulation macroéconomique par un mécanisme d'enveloppe budgétaire et un rationnement quantitatif de l'offre de soins

3.1.1 Les outils de la maîtrise budgétaire

La maîtrise budgétaire des dépenses de santé anglaise s'appuie sur des mécanismes classiques d'enveloppes limitatives.

Avec la première réforme du NHS, la pratique d'enveloppe limitative a été complétée par l'introduction d'un marché interne au sein du système de santé dont les objectifs avoués étaient la responsabilisation du cabinet médical autour d'une enveloppe financière donnée et la réduction des coûts.

Dans cette perspective, les *GP fundholders*, devenus par la suite des *PCG* (*Primary Care Groups*) se sont donc vus confier la procédure d'achat des soins secondaires (spécialistes et hospitalisations sauf urgences). L'étendue des soins couverts varie cependant en fonction du statut choisi : depuis l'achat des médicaments et des soins infirmiers jusqu'à la totalité des soins hospitaliers. Le mécanisme du *fundholding* s'est accompagné d'incitations collectives pour les médecins qui ont le droit de conserver les éventuels bénéfices retirés de la gestion de leur budget. Ces bénéfices doivent cependant obligatoirement être réinvestis dans le cabinet médical et ne peuvent constituer un supplément de revenu individuel. A l'inverse, l'utilisation prématurée de la totalité de l'enveloppe allouée impose l'arrêt de l'achat de soins secondaires. Elle est donc paradoxalement supportée par les patients par le jeu des files d'attente. Néanmoins, certains mécanismes de contournement existent pour les patients qui ne jouent cependant qu'à la marge du système : l'accès aux urgences reste possible ; le patient peut d'autre part s'adresser à l'hôpital dans le cadre de consultations à titre privé.

Ce système a eu des effets mitigés analysés supra. Dans le cadre de la seconde réforme du NHS, des mesures fortes ont néanmoins fait évoluer cet outil en jouant sur deux paramètres : le montant de l'enveloppe ; la gestion de cette enveloppe.

En ce qui concerne le montant de l'enveloppe allouée chaque année au système de santé, après plusieurs années de sous financement chronique, le NHS connaît depuis trois années une augmentation significative de ses ressources (+ 30% en termes réels entre 1998 et

2002 ; + 40% d'ici 2008 –annonce du chancelier de l'échiquier Goldon BROWN lors du vote de la loi de finances 2002-2003-).

Les modalités de gestion de l'enveloppe ont également évolué, l'objectif sous jacent étant la plus grande efficience du système. Ainsi, après l'introduction de marchés internes puis son abandon, les perspectives actuelles vont plutôt dans le sens d'une déconcentration de la gestion de l'enveloppe de soins aux *Primary Care Trusts* (cf. supra). Depuis la *NHS Reform and Healthcare Professions act de 2002*, 75% des dépenses du NHS sont ainsi déconcentrées et gérées par les Primary Care Trusts, les 25% restants étant principalement affectés à l'éducation et la formation continue ainsi qu'à la recherche développement.

En matière de soins secondaires, les enveloppes concernant les dépenses d'investissement sont allouées aux *Primary Care Trusts* ou directement aux hôpitaux, une enveloppe discrétionnaire étant laissée aux *Strategic Health Authorities* pour promouvoir les actions stratégiques et de modernisation. Les enveloppes relatives aux dépenses de fonctionnement sont elles alloués exclusivement aux *Primary Care Trusts*. La répartition des enveloppes s'effectue en fonction de la population couverte par l'autorité locale, répartition corrigée par l'âge et les besoins relatifs de la population. Pour le secteur hospitalier, la détermination des besoins relatifs s'appuie sur des ratios médicaux (mortalité, maladie - *standardised illness ratio-)* mais également sur des indicateurs sociaux (proportion de personnes âgées ou dépendantes vivant seules, nombre de chômeurs…).

La grande nouveauté de la réforme est d'accompagner ce mouvement de déconcentration de l'enveloppe de réelles marges de manœuvre pour les *Primary Care Trusts*. Acheteurs de soins secondaires, ils déterminent donc les soins hospitaliers achetés localement. Dans les faits néanmoins, les *Primary Care Trusts* achètent souvent l'ensemble des soins de l'hôpital de leur zone mais peuvent choisir de ne pas retenir une spécialité ou un service et de subordonner l'achat de soins dans ce domaine à des améliorations de la qualité.

En ce qui concerne les soins primaires, si le contrat national fige la plupart des niveaux de rémunération des médecins (capitation, actions de santé publique…), des éléments de souplesse ont également été introduits. Ainsi, dans le cadre des *PMS pilots* et du nouveau contrat national, des enveloppes incitatives sont prévues et laissées à la discrétion du *Primary Care Trust* pour promouvoir les initiatives visant à l'amélioration de la qualité des soins.

3.1.2 La régulation quantitative de l'offre de soins

La régulation quantitative de l'offre de soins fait l'objet de mécanismes classiques en Angleterre de barrières à l'entrée dans la profession. La pénurie actuelle a cependant conduit le gouvernement à compléter le dispositif en augmentant le nombre de places à l'entrée et en proposant des mesures renforçant l'attractivité de la profession.

S'il n'existe pas véritablement de *numerus clausus* décidé nationalement, l'entrée à la faculté de médecine est de facto régulée par le nombre de places que peuvent offrir les différentes universités (corrélé aux subventions publiques affectées à une université donnée). L'admission à l'université est subordonnée à l'obtention de notes excellentes dans les matières scientifiques à la fin du secondaire.

Le second niveau de régulation intervient au début de la formation spécialisée des médecins généralistes.

La régulation de l'offre de soins est le fruit d'une politique active de démographie médicale organisée à deux niveaux. La régulation à long terme de la démographie médicale est ainsi confiée depuis 1992 au *Medical Workforce Standing Adivsory Committee* (MWSAC), sorte de comités d'experts qui émet tous les deux ans, des recommandations quant au nombre futur d'étudiants à admette par spécialités. A moyen terme, cette régulation est affinée par le *Speciality Workforce Adivsory Committee* (SWAG), composé de professionnels médicaux de la *British Medical Association*, de représentants du NHS et du système éducatif, qui conseille le ministre de la santé quant à l'attribution de places par spécialité pour l'année à venir y compris pour les généralistes.

Sur cette base, 1659 Gp *registrars* ont été enregistrés en 2000 contre un minimum de 1562 en 1996. Néanmoins, la situation globale de l'offre médicale est à ce jour tendue, ce que démontre en matière de médecine générale la réduction du nombre de candidats par rapport aux places offertes et le recours croissant aux médecins étrangers.

Dans le cadre des orientations nationales établies par le *NHS plan*, la politique actuelle du gouvernement marque un infléchissement certain. Le *NHS plan* va explicitement dans le sens d'une augmentation de l'offre de soins.

Plus largement, des mécanismes incitatifs ont été expérimentés afin de rendre plus attractive la profession et de favoriser le maintien en activité.

- les *golden hello schemes* s'adressent aux jeunes médecins qui se voient accorder une bourse de 5.000 livres ;
- les *golden goodbye schemes* visent les médecins entre 60 et 65 ans susceptibles de partir à la retraite et prend la forme d'une prime annuelle de 10.000 livres en échange du maintien en activité ;
- enfin, les *golden come back schemes* sont en cours de négociation : elles visent les médecins ayant cessé leur activité un temps et qui seraient prêts à reprendre leur activité médicale.

3.2 Le suivi des médecins généralistes anglais

L'encadrement quotidien de la médecine générale anglaise apparaît dans sa philosophie même très différente de l'approche française pour deux raisons au moins :

- Les instruments du suivi de la pratique médicale au quotidien sont pauvres tant en ce qui concerne les supports d'information que les éventuelles procédures de sanctions ;

- le contrôle de la médecine générale n'est pas une priorité de l'autorité centrale du NHS. Cela a deux conséquences. D'une part, le suivi des médecins généralistes s'appuie davantage sur l'autorégulation entre pairs que sur la mise en place d'un encadrement exogène assuré par un tiers. Ainsi, il n'y a pas en Angleterre au sein du ministère de la santé l'équivalent d'un corps de médecins conseils. D'autre part, le suivi des médecins est fortement déconcentré et délégué aux autorités locales du NHS, les *Primary Care Trusts*, ce qui induit une hétérogénéité de situations sur le territoire.

3.2.1 La faiblesse des instruments de suivi de l'activité médicale

3.2.1.1 Des systèmes d'information encore partiels

Le statut original des médecins généralistes anglais fait du contrat l'outil principal de gestion des relations entre les autorités locales du NHS et le médecin généraliste anglais. Ce mode de relations entre le payeur et les fournisseurs de soins primaires ne s'accompagne que d'un système sommaire d'échanges d'informations entre les parties. Ainsi alors que le domaine hospitalier semble faire l'objet d'une mesure de la performance poussée et transparente, les instruments du suivi de la médecine générale au quotidien ne prétendent pas rendre compte de l'exhaustivité de l'activité. Dans cette logique, le « profilage » des médecins généralistes n'est réalisé que très occasionnellement par certaines autorités locales du *NHS*.

En ce qui concerne les actes, la règle de base étant le paiement à la capitation, il n'existe pas de contrôle acte après acte de l'exercice médical par l'envoi par exemple de feuilles maladies. Le médecin généraliste doit tenir à jour deux supports d'information : la liste de patients inscrits ; les dossiers médicaux de ces patients. Le médecin généraliste anglais est ainsi tenu de transmettre chaque trimestre au *Primary Care Trust* une liste mise à jour des patients inscrits chez lui. Par ailleurs, un dossier médical dont la forme est arrêtée par les autorités du NHS doit être rempli pour chaque patient et contenir les motifs de la visite et les décisions prises (aucune réglementation n'existe cependant quant aux détails apportés dans ces dossiers). Les dossiers médicaux, en cas de décès du patient ou de changement de médecin par le patient, sont la propriété du NHS. Malgré la richesse des informations qu'ils peuvent contenir, ces dossiers médicaux ne servent pas de supports à un contrôle de l'activité des médecins. Sur une base volontaire, les médecins généralistes peuvent toutefois communiquer certaines informations y figurant pour alimenter les enquêtes nationales de morbidité élaborées par le *RCGP*.

Seule l'activité médicale liée aux actions de santé publique fait l'objet d'un suivi particulier qui s'inscrit dans le cadre des actions nationales de santé publique. Les *Primary Care Trusts* enregistrent par praticien les données relatives aux deux programmes nationaux concernant l'asthme et le diabète ainsi que celles liées aux programmes de vaccination et aux taux de couverture de la population inscrite. Ce suivi se justifie avant tout par le calcul de la rétribution afférente à ces actions.

Synthétiquement en matière de prescriptions, les supports d'information concernent essentiellement le suivi des prescriptions médicamenteuses depuis la mise en place en 1988 du système PACT (*Prescribing Analysis and Cost*). Ce système repose sur le recueil et la saisie informatique des ordonnances rédigées par les médecins généralistes par les autorités locales du NHS (avant 1989, les *Family practice committees*, puis les *Health Authorities* et depuis le 1er avril 2002 les *Primary Care Trusts*). Sur cette base, l'autorité locale du NHS communique chaque mois au cabinet concerné le taux de prescription par patient analysé par âge et sexe. Le système PACT ne renseigne cependant pas sur la maladie pour laquelle la prescription a été réalisée. Ces calculs donnent lieu à l'établissement de trois types de rapports. Les rapports de niveau I produisent une analyse de la dépense globale et par patient du cabinet, rapportée à la dépense globale par patient de la zone géographique donnée et à la dépense nationale, une analyse du nombre de produits prescrits par patient, enfin une analyse du coût par item prescrit. L'analyse est ensuite affinée par grande classe thérapeutique et le pourcentage de génériques prescrits est indiqué. Les rapports de niveau II sont envoyés aux cabinets dont les coûts de prescription par patient sont supérieurs de 25% au coût de la zone

ou de 75% dans l'une des principales classes thérapeutiques. Le rapport de niveau III est fourni à la demande d'un cabinet qui souhaite réaliser une analyse fine de ses prescriptions. Le coût total par classe, le coût moyen par produit, le coût moyen pour 1.000 patients sont donnés dans les différentes classes thérapeutiques. Il existe un objectif indiciaire de dépenses de médicaments par an (*Indicative Prescription Amount*).

Il s'agit en réalité plutôt d'un dispositif de suivi des pratiques de prescriptions médicamenteuses que d'un outil de contrôle *stricto sensu*. Ce système n'est en outre pas assorti de sanctions mais s'accompagne de recommandations concrètes quant au profil de prescriptions à tenir, alimentant ainsi le pharmacien conseil présent dans certains cabinets médicaux.

Hormis les prescriptions médicamenteuses, il n'existe pas d'outils de suivi de la prescription (examens complémentaires, laboratoires…), le principe demeurant la liberté de prescription du médecin généraliste anglais.

Les recours au système hospitalier ne sont pas non plus encadrés par l'autorité locale. Néanmoins la mise en place d'un système interne d'achats de soins (*purchaser/ provider split*) a conduit les autorités locales du NHS à connaître le nombre d'envoi vers l'hôpital de chaque cabinet, ces derniers disposant, notamment dans le cadre du *fundholding,* d'un droit de tirage en matière de soins secondaires. Corrélativement à l'achat de soins s'est en effet développé un support d'information (*Minimum Data Set*) par lequel le NHS est informé du recours du patient à l'hôpital, du nom de son médecin traitant (l'acheteur), du fournisseur de soins (l'hôpital) ainsi que des prestations médicales suivies.

3.2.1.2 Une portée limitée

L'information échangée entre le médecin anglais et le payeur est partielle et s'inscrit davantage dans une logique d'infléchissement des pratiques (PACT) ou de rémunérations incitatives (actions de santé publique) que de sanctions. L'information recueillie par le NHS n'a ainsi ni pour objet ni pour effet de motiver des sanctions mais plutôt de suivre l'association des médecins aux enjeux de santé publique.

Pratiquement, il n'existe ainsi pas d'obligation de produire une information « médicalisée » : renseignement du motif du recours, du diagnostic établi et de la décision médicale ; les seuls échanges d'information médicale concernent les études de morbidité en médecine générale menées par le *RCGP*. Cette philosophie s'illustre parfaitement dans l'acquisition par le NHS en 1990 des droits de la classification READ qui constitue un système de codage des pathologies et des actes. Cette classification, largement répandue dans les logiciels particuliers des cabinets médicaux anglais, offre l'avantage d'une grande souplesse d'utilisation pour les médecins - chaque utilisateur pouvant créer ses propres termes et ses propres codes- mais présente *a contrario* l'inconvénient de ne pas fournir une information homogène et systématique sur le territoire. Parallèlement, le *RCGP* afin de faciliter les études de morbidité nationale a contribué à la mise au point de deux outils internationaux, la *Classification of Heath Problems in Primary Care (ICHPPC*) dont l'objectif est le codage des diagnostics en médecine générale ; *l'International Classification of Primary Care (ICPC*) dont l'objectif est plus large (motifs des recours, procédures engagées par les médecins, diagnostic établi). Ces classifications sont peu diffusées chez les médecins anglais qui sont en majorité équipés de la classification READ.

3.2.2 Un suivi déconcentré et hétérogène sur le territoire

3.2.2.1 La déconcentration du suivi des médecins

En Angleterre, il n'y a pas, au sein du *NHS* l'équivalent d'un corps de médecins conseils. Ce sont des entités locales qui sont chargées du contrôle des médecins généralistes. Il y a donc autant de formes de contrôle que d'entités locales. Avant la première réforme du NHS et l'introduction des *fundholders*, le contrôle des médecins incombait aux *Family Practice Comittees*, organismes indépendants recevant du NHS le mandat et les moyens financiers requis pour gérer l'exécution des contrats et recevoir les plaintes du public. Il s'agissait de comités constitués pour moitié de médecins et pour moitié de représentants des *DHA* (*District Health Authorities*), autorités locales du NHS. Le contrôle portait essentiellement sur le respect du contrat qui lie le médecin au NHS, le médecin devant aux termes de ce contrat rendre des comptes aux pouvoirs publics, représentant les intérêts de la population.

Depuis la seconde réforme du NHS, le contrôle des médecins généralistes relève des *Primary Care Trusts* (ou des *Health Authorities* dans la première phase de la réforme). Le contrôle s'exerce là encore dans le cadre du contrat qui lie le médecin et son *Primary Care Trust* (et non plus le NHS). On a vu néanmoins combien le suivi des médecins restait partiel et peu étendu : les outils de suivi utilisés par les *Primary Care Trusts* ne sont ni très exhaustifs ni très fiabilisés et leurs effets ne visent pas à sanctionner mais davantage à mobiliser (cf. supra). Paradoxalement, c'est également au niveau des *Primary Care Trusts* que sont mises en œuvre, le cas échéant, des actions plus lourdes de sanctions lorsqu'il est fait état localement d'une pratique médicale dangereuse. Dans ce cas, un panel représentatif de la communauté médicale locale et des autorités du NHS peut être constitué afin de trancher ce type de litiges. A la suite du rapport publié en septembre 1997 par la *Sheffield University School of Health and Related Research* intitulé *« measures to assist GPs whose performance gives cause for concern* », ces panels ont pris la forme des « *local performance advisory groups* » dont l'objet est d'établir des procédures locales afin d'identifier, de définir et d'accompagner la sous performance des médecins généralistes.

Alors que le contrôle et les normes de contrôle sont traditionnellement déconcentrés en Angleterre, une instance nationale, la *Commission for Health Improvement* a été créée en 1999 dans le cadre de la seconde réforme du NHS. Sa mission est le contrôle de la qualité des soins dispensés dans les structures de soins que sont les hôpitaux mais également les cabinets médicaux. Il s'agit donc là de la première initiative visant à un contrôle exogène des cabinets de ville. Après deux ans de travaux, il s'avère néanmoins que les contrôles ont surtout concernés des hôpitaux. La *Commission for Health Improvement* n'est pas en outre un corps disciplinaire mais elle peut, lorsque la pratique individuelle d'un médecin est concernée, saisir le *General medical council* ou le *National Clinical Assesment Authority* (*NCAA*), qui constitue une autorité nationale pouvant être mobilisée par les autorités de santé et les hôpitaux afin d'enquêter sur des médecins fortement « déviants ».

La relative faiblesse du contrôle exogène illustre en réalité la forte tradition de contrôle endogène de la profession.

3.2.2.2 Une tradition forte de contrôle endogène

Les cabinets médicaux anglais ont une culture forte d'autorégulation interne, l'expérience des *Primary Care Groups*[11] *(PCG)* étant révélatrice de cette réalité.

Au terme d'un rapport de l'*Audit commission* publié en 2002, la quasi-totalité des *PCG* enquêtés avaient désigné à la fois une infirmière et au moins un médecin responsable de la qualité des soins. De même, en matière de prescriptions médicamenteuses, les *PCG* ont été symptomatiques de la tradition forte d'autocontrôle des médecins. Malgré l'existence du système d'information *PACT* créé en 1988 qui constitue une première forme de rationalisation exogène des prescriptions, les *PCG* se sont activement mobilisés pour assurer le contrôle des coûts de la prescription de médicaments. Au terme du rapport de l'*Audit commission*, cinq outils développés dans les *PCG* illustrent l'autorégulation de la profession.

1/ La plupart des *PCG* ont confié des responsabilités spécifiques à un médecin chargé de suivre les prescriptions (*prescribing leads*). Neuf *PCG* sur dix dans l'enquête avaient en outre constitué une commission de suivi des prescriptions (*prescribing sub-commitee*). Plusieurs types d'actions ont été conduites par ces commissions : analyse des conséquences financières d'un accroissement des prescriptions prophylactiques ; développement de prescriptions établies par les médecins généralistes au lieu des spécialistes dans le cadre d'arrangements négociés entre le *PCG* et l'hôpital ; établissement de « listes noires » de médicaments ayant une efficacité thérapeutique douteuse…

2/ Par ailleurs, quatre *PCG* sur cinq étaient aidés dans ce domaine par leur propre pharmacien-conseil (*pharmaceutical adviser*). Avec une moyenne de 20 heures de présence par semaine, la plupart de ces pharmaciens conseils sont impliqués dans le suivi des dépenses de prescriptions, dans les réunions de suivi faites avec les praticiens et dans la définition des budgets de prescriptions.

3/ Les analyses de dossiers individuels de prescriptions de patients (*reviews of individual patient's medication records*) ne sont en revanche faites que dans un *PCG* sur trois. De telles analyses peuvent avoir un effet individuel sur l'amélioration des prescriptions, mais elles n'ont qu'un impact limité sur les coûts des prescriptions.

4/ Un quatrième outil est lié à la coordination ville- hôpital. En effet, les prescriptions faites à l'hôpital ont un effet important sur les dépenses de médicaments des généralistes, dans la mesure où les traitements initiés à l'hôpital sont le plus souvent poursuivis après l'hospitalisation. Certains responsables du suivi des prescriptions au sein des *PCG* ont ainsi pris l'initiative de négocier avec les hôpitaux afin que ceux-ci prescrivent les médicaments les plus efficients (*cost-effective*). La grande majorité des *PCG* ont également rejoint la commission chargée localement de suivre les prescriptions, regroupant les hôpitaux, l'Autorité de santé et les généralistes.

[11] Les *Primary care groups sont des* regroupements de cabinets médicaux polyvalents, institués en 1999 en remplacement du système des *GPFundholders*. Les 481 *PCG* couvrent une population de 46.000 à 250.000 personnes. Ces structures ont été supprimées en 2002 pour être remplacées par des *Primary Care Trusts*, structures administratives constituées de gestionnaires et acheteurs exclusifs au profit des généralistes de la zone de l'achat de soins secondaires.

5/ Enfin, le rapport souligne que 91 % des *PCG* enquêtés ont mis en place un « programme incitatif sur les prescriptions » (*prescribing incentive scheme*) qui ouvrent droit à une incitation financière. Dans le cadre de ces programmes, cinq types d'engagements peuvent être demandés aux médecins, avec une fréquence variable de ces instruments dans les différents programmes incitatifs :

- définition d'objectifs quantifiés à travers des indicateurs spécifiques de prescriptions à respecter (dans la plupart des cas, il s'agit simplement d'un objectif définissant un pourcentage de médicaments génériques dans les prescriptions) – *targets for specific indicators of prescribing* (prévu dans 75 % des programmes incitatifs) ;
- systèmes d'audit des pratiques de prescriptions (prévus dans plus de 40 % des programmes incitatifs) ;
- participation à des audits interdisciplinaires - *participate in specific inter-practice audits* (prévu dans 40 % des programmes) ;
- engagement formalisé par une charte de bonne pratique ou des protocoles médicaux - *agree a practice formulary/clinical protocols* (prévu dans 40 % des programmes) ;
- participation à des séminaires ou des réunions sur les prescriptions - *attend prescribing meetings or seminars* (prévu dans 15 % des programmes).

L'un des débats soulevés à cette occasion a été de savoir si les incitations financières devaient être liées à des pratiques individuelles des médecins ou aux résultats globaux du *PCG*. L'étude conduite a montré que seuls 3 *PCG* sur 57 ont décidé de mettre en place des systèmes d'incitations intégralement collectifs. Un *PCG* sur cinq a mis en place des plans mixtes, avec des incitations à la fois individuelles et collectives, et la majorité a donc mis en place des systèmes d'incitations individuelles.

Les *PCG* ont donc été l'occasion de multiples expériences d'autorégulation de la profession. L'une des limites au rapport exhaustif de l'audit commission est cependant de ne pas chiffrer les gains effectifs de cette autorégulation en termes de dépenses médicamenteuses.

Le développement des marchés internes (*providers/ purchasers split*) a également conduit à la mise en place de mécanismes de contrôles croisés ville- hôpital.

Ces contrôles croisés se sont d'abord traduits par la création d'un système d'information partagé (*minimum data set*) ainsi que des échanges formalisés et motivés entre les médecins de ville et les médecins hospitaliers. Ainsi, une lettre est envoyée par l'hôpital au médecin traitant afin de faire le compte rendu de l'examen ou de l'hospitalisation ; cette lettre déclenche l'attestation du service fait par et par là même le paiement de l'hôpital par le *fundholder.* Cette lettre qui semble arroger un pouvoir important aux médecins généralistes sur les spécialistes ne suffit cependant pas à gommer, dans les faits, la supériorité des spécialistes hospitaliers sur les généralistes.

Par ailleurs, le mécanisme de l'achat de soins a abouti à la formalisation de protocoles, souvent à l'initiative des spécialistes hospitaliers, visant à établir le partage du travail entre médecins généralistes et hospitaliers (critères d'admission, bilan après hospitalisation…). Implicitement, il s'agit pour les hôpitaux de rationaliser l'utilisation de leurs lits et de raccourcir les délais.

Enfin, les années récentes ont vu le développement des pratiques dites d'*open surgery*, transférant aux médecins de première ligne la possibilité de poser des indications chirurgicales et d'envoyer directement des patients à l'hôpital sans passer par la consultation préalable d'un spécialiste. Cette pratique, qui répond là encore à l'engorgement des hôpitaux, s'accompagne d'une formalisation étroite de ces pratiques par les médecins hospitaliers (établissement précis des modalités de recours…).

3.3 Le développement foisonnant des instruments de la qualité des soins

3.3.1 Qualité des soins et organisation du système de santé

3.3.1.1 Un accent croissant mis sur la qualité des soins dans le système de santé : la « *clinical governance* »

Le *NHS plan* a introduit la notion de *clinical governance* transposant au domaine de la santé le concept désormais classique de *corporate governance*. Le concept de *clinical governance* renvoie à l'idée d'une responsabilisation du *NHS* à l'égard des patients en ce qui concerne le service public rendu.

La définition officielle de *clinical governance* est « *un cadre qui rend toutes les structures du NHS responsables d'une amélioration continue de la qualité de leurs services et de la garantie de soins de haut niveau, en créant un environnement qui favorise systématiquement l'excellence des pratiques médicales* »[12]. Cette exigence de qualité s'applique donc à tous les échelons, et particulièrement au niveau local. Elle nécessite en particulier que soient développées la formation continue des médecins et l'auto- régulation par les professionnels. Elle fait surtout suite à diverses défaillances relayées par la presse et mettant en cause la qualité des soins dispensée par certains établissements de soins.

La circulaire du ministère de la santé publiée le 16 mars 1999 identifie les procédures qui doivent permettre de mettre en œuvre de façon systématique ce concept, en distinguant quatre étapes :

- La désignation d'une personne responsable de la démarche ;
- La réalisation d'un diagnostic sur la position de la structure en termes de qualité des soins, identifiant ses forces et ses faiblesses;
- L'élaboration d'un plan de développement de la qualité des soins ;
- La clarification des procédures de suivi des résultats avec notamment l'obligation de publier un rapport annuel sur la « *clinical governance* ».

Cinq domaines sont identifiés, qui nécessitent de façon prioritaire des changements :

- une nouvelle culture dans les structures du NHS (notamment à travers une préoccupation constante de qualité et le développement du travail en équipes) ;
- la remise en cause des inégalités injustifiées dans l'accès aux soins ;
- l'implication des usagers et du personnel soignant, avec notamment la désignation de représentants des usagers dans différentes instances ;
- le partage des bonnes pratiques;

[12] Scally G, Donaldson LJ., *Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England*, BMJ 1998.

- la détection et le traitement des pratiques peu efficaces ou déficientes.

La *clinical governance* s'apparente très largement à un programme d'assurance qualité initié à l'échelle du NHS. Il vise tant les établissements de soins secondaires (hôpitaux, *community services*) que les cabinets dispensant des soins primaires.

La démarche de *clinical governance* a donné lieu au lancement, à l'échelle nationale, d'une politique active de communication par le biais d'un site internet (www.cgsupport.org) et de campagnes d'information récurrentes. Une équipe nationale (*clinical governance national team*) a également été constituée et est en charge d'instiller la démarche dans les structures de santé. Au passage de la mission, cette équipe rassemblait 60 personnes dont la vocation est de soutenir les initiatives locales et former les responsables de la qualité dans les établissements. Un programme de mise en œuvre de la *clinical governance* (*CG development program)* a été défini : le *RAID Model* (*Review-Agree-Implement-Demonstrate*) fournit ainsi une méthode de formation des responsables des structures de santé. Il s'agit d'un stage divisé en 5 sessions organisée sur une durée totale de 9 mois.

Il est difficile à ce jour de mesurer l'impact de la démarche puisque aucune évaluation globale n'a été menée. La démarche de *clinical governance* semble cependant progressivement se diffuser au sein des structures du NHS, près de 370 équipes multidisciplinaires locales ayant participé à la démarche *RAID*. En outre, elle a pu ponctuellement induire des changements tant d'organisation que de procédures dans l'objectif d'améliorer la qualité des soins.

3.3.1.2 La mise en place de schémas nationaux d'organisation des soins autour de pathologies données : les *national services frameworks*

Le *NHS* a également défini des standards organisationnels centrés sur la prise en charge de certaines pathologies ou sur des groupes de patients: les *National Services Frameworks.* Il s'agit de références nationales visant ainsi tant à poser des critères d'organisation du système de santé et de prise en charge qu'à définir les étapes de leur mise en place. Les *national service frameworks* ont visé les thèmes suivants :

- la santé mentale, directive publiée le 30 septembre 1999 ;
- les maladies coronariennes, publiée en mars 2000 ;
- le plan national cancer publié en septembre 2000 ;
- les personnes âgées, directive publiée en mars 2001,
- le diabète, directive publiée en décembre 2001.

Les prochains sujets retenus sont : la prise en charge des troubles rénaux et les services aux enfants.

Au terme de la circulaire du NHS en date du 16 avril 1998 mettant en place les *national service frameworks* (jointe en annexe n°6), l'élaboration des *frameworks* se fait avec l'assistance de groupes de référence externes qui rassemblent des professionnels de santé, des usagers, des gestionnaires de structures de santé et diverses instances concernées. Pour chaque sujet traité, le *NSF* inclut une évaluation des besoins médicaux et sociaux que la pathologie implique, les modes d'organisation et les interventions considérés comme efficaces et

efficients dans la prise en charge, la situation actuelle et les problèmes à traiter, les répercussions en termes de ressources et de calendrier du schéma proposé.

A titre d'exemple, la « *Diabetes National Service Framework* » propose ainsi des normes de référence en matière de prévention, d'identification et de gestion du diabète[13]. Elle comprend des modèles organisationnels cibles ainsi que des indicateurs de performance pour évaluer les organisations. Elle invite dans un premier temps les *Primary Care Trusts* à procéder à l'évaluation des besoins en matière de diabète sur leur zone géographique. Comme pour les autres *NSF*, la mise en place du schéma se veut graduelle et s'étalera sur 10 ans. Des indicateurs de performance sont ainsi prévus.

Comme la *clinical governance*, les *National Service Frameworks* constituent des programmes d'assurance qualité centrés autour de pathologies ou de populations données. Ces standards ne sont pas opposables, mais leur application est évaluée par la *Commission for Health Improvement* mentionnée supra.

Du fait de leur caractère récent, la mission ne dispose pas d'analyse sur leur bonne utilisation et appropriation. Il s'agit néanmoins d'un instrument porteur, le rapport WANLESS ayant préconisé sur ce point une extension des *NSF* à de nouvelles pathologies.

3.3.2 L'amélioration de la qualité de la pratique médicale

3.3.2.1 Des outils d'aide à la décision

L'Angleterre a une tradition ancienne de développement de recommandations de bonne pratique, ces dernières ayant été, jusqu'à un temps récent, élaborées de manière éparse sur le territoire. Le NHS disposait cependant d'un institut de recherche, le *Centre for Review and Dissemination (CRD),* dont la mission était l'évaluation de certains médicaments et de certaines prises en charge thérapeutiques mais non véritablement l'établissement de références médicales. La création en 1999 du *National Excellence of Clinical Excellence* (*NICE*) est venue mettre un terme à cette pratique en concentrant aux mains d'un unique acteur, reconnu et indépendant du NHS, l'élaboration et la diffusion de recommandations de bonne pratique. Le *CRD* est maintenu et conforté d'évaluation et d'expertise scientifiques.

Le *NICE* a pour mission l'élaboration de normes cliniques entourant l'utilisation de médicaments et des dispositifs médicaux, la diffusion des normes en direction des professionnels. Son rôle est à cet égard très complémentaire à celui de la *Medicines Control Agency (MCA)* qui s'occupe de l'enregistrement des médicaments (autorisation de mise sur le marché).

Le *NICE* rassemble à ce jour 30 personnes -médecins, universitaires…- et a contribué à l'élaboration de 40 recommandations de bonne pratique concernant des médicaments et 18 en ce qui concerne les dispositifs médicaux depuis sa création. Le *NICE* vient en outre d'initier une démarche originale de recommandations dites « en réaction ». Le *NICE* entend ainsi se défendre contre les allégations à l'encontre de certains médicaments reprises par la presse générale et élaborer une réponse appropriée et immédiate rappelant sur ce point la recommandation de bonne pratique.

[13] L'intégralité de la *Diabetes National Service Framework* est accessible à l'adresse suivante : www.doh.gov.uk/nsf/diabetes/

L'élaboration des recommandations s'appuie sur des sources variées : des études scientifiques dont l'origine est souvent industrielle et menées par les laboratoires pharmaceutiques eux mêmes, des évaluations scientifiques menées par le *CRD*, des données économiques provenant de *NICE* ou du ministère de la santé[14]. L'appel à l'expertise scientifique de l'industrie pharmaceutique a suscité diverses critiques à l'égard du *NICE*, critiques faisant valoir sa faiblesse scientifique et l'insuffisante motivation de certaines recommandations. En outre, le *NICE* a privilégié l'efficacité des décisions, ses recommandations étant élaborées en 6 mois en moyenne, ce qui là encore a semblé, à certains, un peu court pour établir une véritable revue scientifique complète (*full review*).

Si le *NICE* semble une instance globalement reconnue, les conditions de diffusion de ses recommandations restent un sujet de préoccupation pour l'institution.

Les supports de diffusion sont aujourd'hui doubles : format papier d'une part à l'attention de l'ensemble des médecins ; site Internet d'autre part même si l'équipement des médecins anglais n'offre pas les conditions d'un accès généralisé à ce support. La création de la bibliothèque nationale électronique de la santé (*National Electronic Library of Health*), qui rassemble l'ensemble des recommandations de bonne pratique émises tant par le *NICE* que le *CRD,* constitue cependant une avancée notable en matière de supports de diffusion sous la réserve d'un accès plus généralisé des médecins[15].

Au delà des supports, la diffusion des bonnes pratiques relève surtout des structures en place. Un premier bilan tend aujourd'hui à mettre en évidence une bonne diffusion à l'hôpital, où un pharmacien contribue à contrôler l'application des normes, et une diffusion plus hétérogène auprès des médecins généralistes. Dans cette perspective, les *Primary Care Trusts* généralisés dans l'ensemble du pays en avril 2002, se sont vus explicitement confier une mission d'information et d'appropriation des recommandations de bonne pratique par les médecins généralistes. Enfin, la *Commission for Health Improvement* a pour mission explicite la diffusion et le respect des recommandations de bonne pratique dans les instances contrôlées.

La montée en puissance des inspections menées par la *Commission for Health Improvement* et de la procédure de revalidation vont constituer un levier important pour l'appropriation des recommandations. Afin de mener une première étude d'impact, le *NICE* a commandité une étude à l'Université de York pour évaluer la diffusion des recommandations de bonne pratique auprès de 10.000 médecins.

3.3.2.2 Une attention ancienne portée à la formation médicale continue

En Angleterre, les dispositifs de formation médicale continue relèvent du *Royal College of General Practitioners (RCGP)*. Ce dernier a en effet pour mission générale la certification des médecins généralistes à l'issue de leurs trois années de spécialisation mais également la promotion de la formation continue des médecins généralistes.

[14] Pour les dispositifs médicaux, les données économiques proviennent cependant souvent des industries concernées.
[15] Ce projet a été financé en grande partie par le ministère de la santé.

Les outils de la formation médicale continue sont variés et dispensés par le *RCGP*, le plus abouti étant sans doute l'*Accredited Professional Development* mis en place en mars 1999. Ce programme a pour objectif, sur une base volontaire, d'offrir aux médecins une vision exhaustive de leur niveau global en termes de connaissances théoriques, de pratique médicale quotidienne et de rapports aux patients. Ce programme comprend 6 modules à suivre sur 5 années : il prend la forme d'un travail d'autoévaluation quotidien combiné à une évaluation externe par le RCGP. Un « facilitateur » local accompagne le médecin généraliste durant toute la démarche d'évaluation.

Par ailleurs, la formation médicale continue fait l'objet d'une incitation financière prenant la forme d'un forfait additionnel de rémunération (*postgraduate general education allowance*). Ce forfait est accessible aux médecins ayant fait la preuve d'une formation continue régulière par le suivi d'un nombre minimal d'heures de formation fixé par le *Royal College of General Practitioners*. En fonction du nombre d'heures suivies, le montant du forfait est classé en quatre niveaux : il varie ainsi entre 545 livres par an (niveau 1) et 2.300 livres par an (niveau 4).

3.3.2.3 L'évaluation de la pratique médicale est au cœur du système anglais

L'Angleterre dispose d'un programme ancien de *peer review visits* menées par le *Royal College of General Practitionners* sur une base volontaire. Cependant, elle a franchi une étape supplémentaire avec la mise en place d'une procédure de *revalidation* des médecins généralistes s'appuyant sur une évaluation régulière des pratiques professionnelles. Proposée en 1999 par le *General Medical Council (GMC)*, la *revalidation* des médecins anglais a donné lieu à d'intenses réflexions au sein des syndicats professionnels des médecins généralistes (*RCGP* et *GPC).*

Ces réflexions ont abouti à l'élaboration progressive d'un dispositif de *revalidation* obligatoire des médecins anglais, intervenant tous les 5 ans. Ce mécanisme s'appuie sur une évaluation annuelle des pratiques médicales (*appraisal*). Les critères de cette évaluation sont définis dans un document de référence élaboré par le syndicat professionnel déterminant ce que constitue la « *Good Medical Practice »* pour les médecins généralistes.

L'évaluation annuelle est menée par un *appraiser*, également médecin, désigné par le chef du *Primary Care Trust*. L'*appraisal* annuel aboutit à la mise en place d'un plan de développement personnel qui fait le bilan des besoins individuels du médecin tant en termes de formation théorique que de pratique médicale. L'année suivante, le plan est réévalué et réactualisé. L'*appraisal* constitue un système graduel et structuré pour organiser la *revalidation*.

La *revalidation* reste néanmoins distincte de l'*appraisal*, la *revalidation* s'assurant du respect ou non des différents critères de la « *good medical practice »*. Le médecin doit alors prouver le respect de ces critères devant le *General Medical Council*, responsable de la revalidation. Pour mener à bien sa nouvelle mission, le *GMC* verra sa composition évoluer par l'intégration des non médecins (qui devront constituer 40% de l'instance contre 25% aujourd'hui).

La mise en œuvre de la démarche d'évaluation a débuté en 2002 et sera progressive jusqu'en 2009. Il s'agit d'un dispositif particulièrement intéressant ; trois éléments au moins ayant constitué des facteurs de réussite :

- L'évaluation des pratiques est, dans son élaboration, une démarche initiée par les associations professionnelles elles-mêmes et concertée avec les médecins généralistes. Sa mise en œuvre associe, au plan local, les pairs ;

- La *revalidation* et l'*appraisal* annuel s'accompagnent de mesures financières visant à compenser le temps consacré par les médecins à cette procédure ;

- L'évaluation annuelle (*appraisal*) a pour vocation à aboutir non à une sanction mais à un plan d'accompagnement personnalisé du médecin (intégrant des obligations de formation continue…). Cette accompagnement est un gage d'amélioration progressive des pratiques.

Il est cependant difficile de tirer les conséquences de cette démarche. Les suites données à la non *revalidation* ne sont pas encore précisément explicitées : elles seront vraisemblablement graduées, aboutissant en dernière extrêmité au retrait de l'agrément. Par ailleurs, le coût de l'évaluation pour le système de santé n'a donné lieu à ce jour à aucune évaluation chiffrée.

En l'absence de mise en œuvre généralisée, il est donc prématuré de tirer des conclusions sur ce nouvel outil. Néanmoins, il s'agit bien là d'une démarche approfondie de recertification assortie d'une obligation de résultat. Il convient en outre de noter que cette démarche a été initiée dans un contexte de pénurie de l'offre médicale en ville, ce qui rend d'autant plus difficile le retrait de l'autorisation d'exercer.

3.3.3 Le rôle des patients dans la qualité des soins

L'amélioration de la qualité des soins a enfin pris la forme d'une plus grande association des patients à l'évaluation du système de santé anglais.

Une charte sur les droits des malades (*Patient's Charter*) a ainsi été adoptée dans le cadre de la réforme de 1990. Entrée en vigueur en 1992, la première de ces chartes prévoyait trois nouveaux droits :
- obtenir des informations détaillées sur les services de santé locaux, y compris des données relatives à la qualité des soins ;
- avoir une garantie d'accès à un traitement au plus dans les deux ans suivant l'inscription sur une liste d'attente ;
- avoir la garantie que toute plainte relative au fonctionnement du NHS soit traitée et reçoive une réponse dans les plus brefs délais.

D'autres chartes lui ont succédé, rehaussant le niveau d'exigence en termes de délais et de transparence.

Le patient a surtout vu ses droits renforcés par la création ou son association à diverses instances du NHS. Chaque hôpital et *Primary Care Trust* dispose ainsi d'un *patient's forum* qui a le pouvoir d'inspecter les structures de soins primaires et secondaires. Le *patient's forum* est également en charge de relayer les préoccupations des patients. Au terme du *NHS Reform and Health Care professions Bill* en cours de discussion, ces *forum* devraient

bénéficier de pouvoirs contraignants. Un membre du *patient's forum* siège au sein des conseils d'administration des hôpitaux et *Primary Care Trusts*.

Enfin, le circuit de la plainte est en cours de révision afin de rendre les procédures plus rapides et plus transparentes. La réforme en cours vise également à multiplier et mieux organiser les procédures amiables afin d'éviter la saisine des tribunaux. Un Médiateur (*NHS'ombudsman*) est institué en charge tant des litiges liés à la mauvaise administration que des erreurs dans la pratique médicale. Les rapports du Médiateur sont publics.

Conclusion

Le système de santé anglais est au cœur d'une réforme majeure que peu de pays européens se sont osés à engager. Cette réforme conjugue en effet :

- une refonte structurelle de l'organisation du NHS par la déconcentration des compétences et la responsabilisation aux résultats de chacun des échelons du NHS ;
- en matière de médecine générale, une mise à plat des conditions de travail du médecin généraliste par la rédaction d'un nouveau contrat (*the new contract*) national et concerté avec une attention nouvelle portée à la qualité des soins et à l'évaluation des pratiques professionnelles ;
- un effort budgétaire sans précédent accordé au système de santé.

En cours de mise en œuvre au passage de la mission, il s'agira d'en mesurer les effets. En l'espèce, le premier ministre, Tony BLAIR, a annoncé que du succès de la réforme du service public de la santé dépend la refonte de l'ensemble des services publics du pays (transports notamment). Il s'agit sans doute là d'une des dernières chances pour le modèle de système national de santé.

Carine CHEVRIER-FATOME

ANNEXES

Liste des annexes

ANNEXE 1 Sources documentaires

ANNEXE 2 Liste des personnes contactées ou rencontrées par la mission

ANNEXE 3 Le personnel médical au sein du NHS (Annexe B du 31ème rapport du *Review Body*, janvier 2002)

ANNEXE 4 Document de préparation au nouveau contrat national, avril 2002

ANNEXE 5 La rémunération des médecins généralistes anglais (annexes A et C du 31ème rapport du *Review Body*, janvier 2002)

ANNEXE 6 Circulaire du NHS en date du 16 avril 1998 relatives aux *National Service Frameworks*

Annexe 1
Sources documentaires

Bibliographie

Sources administratives anglaises

Audit Commission, *The PCG agenda - early progress of primary care groups in the New NHS*, 2000

Audit Commission, *What th doctor ordered, a study of Gpfundholders in England and Wales*, 1996

Audit Commission, *a prescription for improvement : towards more rational prescribing in general practice*, 1994

Audit Commission, *Heath Strategy*, 2000-2003, 2000

Derek WANLESS, *Securing Our Future Health: Taking A Long-Term View', an independent review*, avril 2002

Department of Health, *The NHS plan 2001*

Department of Health, *The government's expenditure plans 2001-2002 to 2002-2003*, mai 2001

Department of Health, *Chief Executive's reports to the NHS april 2001-march 2002*, avril 2002

NHS, *Clinical Governance : quality in the New NHS, Health Service Circular*, 16th March 1999

Articles et rapports divers

Rapport IMAGE-ENSP (Gérard de POUVOURVILLE, Aude DEVELAY, Miche NAIDITCH), *Information médicale et régulation de la médecine générale : une approche comparative*, janvier 1997.

Rapport CNESS (Laurent BENHAMOU, Karen FERNANDEZ, Emmanuel ROUIT) : *la maîtrise des dépenses de santé dans le secteur ambulatoire en Europe*, décembre 1995.

Denis CLAIR-LAMBERT, *les systèmes de santé : analyse et évaluation comparée dans les pays industriels, édition du Seuil*, avril 2000

Damien Contandriopoulos, *l'expérience du marché interne dans le National Health Service britannique, une rétrospective critique*, RFAS n° ¾, juillet-décembre 2000, p. 163-201

Benjamin Dubertret, Muriel Lacoue-Labarthe, *L'organisation sanitaire en Angleterre,* Document de travail groupe ENA, 2001, 11p

Michel Grignon, *la réforme du NHS en 1990* : *une autre interprétation*, RFAS n° ¾, juillet-décembre 2000, p. 203-207

Philippe Voiry, *Le système de santé britannique : d'une réforme à l'autre 1989-1999*, Ambassade de France à Londres, juillet 1999.

OCDE, «La réforme des dépenses publiques : le secteur de la santé», in *Etudes économiques de l'OCDE-Royaume-Uni*, 2000, p. 137-179

Vincent Koen, *Public Expenditure Reform : the Health Care Sector in the United Kingdom*, *Economic Department Working papers n° 256*, OCDE, 2000

DRESS, *la régulation démographique de la profession médicale en Allemagne, en Belgique, aux Etats-Unis, au Québec et au Royaume-Uni*, études et résultats, juin 2001.

Donaldson, L, and Halligan A, *Implementing clinical governance:turning vision into reality*. British Medical Journal, June 2001;322:1413-1417.

Rationalising regulation, British Medical Association news, 16 février 2002.

Site internet

www.treasurv.gov.uk (site du ministère des finances)
www.doh.gov.uk (site du ministère de la santé)
www.rcgp.org.uk (site du collège britannique des médecins généralistes)
www.bma.org.uk (site du syndicat professionnel des médecins britanniques)
www.nice.nhs.fr (site du national institute of clinical excellence)
www.cgsupport.uk (site de l'équipe national sur la clinical governance)

Annexe 2
Liste des personnes contactées ou rencontrées par la mission

Liste des personnes rencontrées ou contactées par la mission

Ambassade de France en Grande Bretagne

Mme Christiane Ducastelle, Conseiller social.

Department of Health

Dr Philip Leech, Principal Medical Officer for Primary Care
Andrew Foster, Director of Human Resources

Richmond House
79 Witehall
LONDON SW 1 A 2NS
Website : www.doh.gov.uk

NHS National Institute for Clinical Excellence

Andrew Dillon, Chief executive

11, Strand
LONDON WC2N 5HR
Website : www.nice.nhs.uk

NHS Modernisation Agency

Alan Doran, Chief executive
Profesor Aidan Halligan, Director of NHS Clinical Governance Support team

Richmond House
79 Witehall
LONDON SW 1 A 2NS

Clinical Governance support team
30 East Street
LEICESTER LE 1 6NB

NHS Centre for Reviews and Dissemination

Jos Kleijnen, Director

University of York
YORK Y010 5 DD

Royal College of general practitioners

Profeseur Dame Lesley Southgate, President

14 Princes Gate
Hyde Park
LONDON SW7 1 PU
Website : www.rcgp.org.uk

British Medical Association

Jeremy Strachan, General Secretary
Dr John Chisholm, Chairman of the General Practitioners Committee
Dr Vivienne Nathanson, Head of Profesional Resources and Research Group
Mandy Hutchinson, Deputy Head of Health policy and economic research unit
Sallie Nicholas, Head of International Department

BMA House
Tavistock square
LONDON WC1H 9JP
Website : www.bma.org.uk

Nelson and West Merton Primary Care Trust

Ian Ayres, Chief executive

Nelson Hospital
Kingston Road
Raynes Park
SW 20 8 DB

Leeds Primary Care Trust

Lesley Smith, Chief executive (videoconference)

Ealing, Hamersmith & Hounslow Health Authority

Mike Bellamy, Chief executive

1, Armstrong Way
Southhall
MIDDLESEX UB2 4 SA

Annexe 3
Le personnel médical au sein du NHS
(Annexe B du 31ème rapport du Review Body, janvier 2002)

APPENDIX B

Numbers of doctors and dentists in the National Health Service[1,2] in Great Britain

	1999		2000		Percentage change	
	Whole-time equivalents	Headcount	Whole-time equivalents	Headcount	Whole-time equivalents	Headcount
Hospital medical and dental staff [3,4]						
Consultants	24,830	26,900	25,640	28,010	3.3%	4.1%
Associate specialists	1,600	1,800	1,650	1,870	3.0%	3.7%
Staff grade	3,980	4,490	4,540	5,270	14.1%	17.5%
Registrar group	13,600	14,290	13,670	14,280	0.4%	0.0%
Senior house officers	18,010	18,400	18,440	18,660	2.4%	1.4%
House officers	4,430	4,490	4,580	4,590	3.3%	2.1%
Hospital practitioners	240	1,070	250	1,100	–0.3%	3.1%
Clinical assistants	1,890	6,960	1,770	6,510	–6.1%	–6.4%
Other	20	30	0	0	–94.2%	–96.4%
Total	68,620	78,430	70,550	80,280	2.8%	2.4%
Public health and community medical staff [3]						
Regional and district directors	110	120	110	110	–3.3%	–2.6%
Consultants	710	860	740	910	4.7%	6.0%
Registrar group	310	330	320	340	4.1%	2.7%
Senior house officers	40	50	40	40	–12.1%	–8.5%
Senior clinical medical officers	590	860	520	780	–12.2%	–10.3%
Clinical medical officers	410	810	350	760	–12.8%	–5.9%
Other medical staff	100	540	90	510	–17.0%	–5.6%
Total	2,280	3,570	2,170	3,450	–4.6%	–3.2%
Community dental staff [3]						
Regional & district dental officers/clinical director	60	70	70	80	11.4%	8.6%
Assistant district dental officers/clinical director	50	60	40	40	–17.8%	–21.8%
Consultants	50	70	50	70	10.8%	2.8%
Senior dental officers	390	490	390	490	0.6%	–0.6%
Dental officers	720	950	710	950	–1.8%	–0.1%
Other dental staff	60	110	70	110	1.9%	–0.9%
Total	1,330	1,750	1,330	1,740	–0.4%	–0.5%
General practitioners						
General medical practitioners:[5]	34,200	37,140	34,400	37,570	0.6%	1.2%
Unrestricted Principals & Equivalents	31,060	33,050	31,090	33,190	0.1%	0.4%
General Medical Services Unrestricted Prins.	30,210	32,140	29,860	31,870	–1.2%	–0.8%
Personal Medical Services contracted GPs	780	840	980	1,050	25.3%	25.0%
Personal Medical Services salaried GPs	60	70	240	270	282.1%	281.7%
Restricted principals	90	100	90	90	–5.8%	–3.1%
Assistants	500	690	470	670	–5.9%	–2.8%
GMS GP registrars	1,780	1,830	1,860	1,920	4.4%	5.2%
PMS GP registrars	80	80	100	110	39.5%	38.5%
Associates	50	50	50	50	2.0%	2.0%
GP retainers[6]	500	1,180	590	1,350	16.6%	14.1%
Salaried doctors (para 52 SFA)	90	120	110	160	27.5%	34.7%
Personal Medical Services other	40	50	30	40	–22.4%	–19.6%
General dental practitioners:[3]	—	21,010	—	21,470	—	2.2%
principals	—	18,900	—	19,120	—	1.2%
assistants and vocational practitioners	—	1,860	—	2,010	—	8.2%
Personal Dental Services[7]	—	90	—	190	—	113.3%
salaried dentists[8]	—	170	—	160	—	–6.0%
Ophthalmic medical practitioners[9,10,11]	—	820	—	770	—	–7.0%
Total	—	58,960	—	59,810	—	1.4%
Total — NHS doctors and dentists	—	142,710	—	145,290	—	1.8%

[1] The table contains whole-time equivalent (WTE) and headcount medical and dental staff in post. Some hospital practitioners and clinical assistants also appear as general medical practitioners, general dental practitioners or ophthalmic medical practitioners.

[2] Figures have been rounded, but percentage changes have been calculated from unrounded figures.

[3] At 30 September.

[4] Figures include hospital dental staff — in 1999 there were a total of 2,790 (1,820 WTE) hospital dental staff compared with 2,720 (1,780 WTE) in 2000.

[5] At 1 October in 1999 and 30 September in 2000. WTE data has been estimated using the results from the 1992–93 GMP Workload Survey. Scottish data for 2000 is provisional.

[6] GMP retainers are practitioners who provide service sessions in general practice. The practitioner undertakes the sessions as an assistant employed by the practice. A GMP retainer is allowed to work a maximum of 4 sessions of approximately half a day per week.

[7] In 1999 and 2000, a further 58 and 134 dentists respectively worked in Personal Dental Services but also had a General Dental Services contract. Most of these would appear in the general dental practitioner principals row. These are excluded from Personal Dental Services figures to avoid double counting.

[8] At June of each year.

[9] At 31 December for England and Wales and 31 March in the following year for Scotland.

[10] Data for the year 1999 has been revised.

[11] Until 2001, in Scotland, practitioners contracted with more than one health board were counted under each contract. From 2001 this has been corrected.

Annexe 4
Document de préparation au nouveau contrat national
Avril 2002

Your contract
Your future

General practice contract
and
Explanatory notes from the GPC
April 2002

CHAIRMAN'S FOREWORD

I believe that a new GP contract is an essential prerequisite for a brighter future for general practice. This document describes the framework of that contract and explains how it will make a difference to the quality of life for doctors and to the quality of care for patients. It should be read in conjunction with the framework document which has been agreed with the NSEC and Ministers in each of the four countries of the UK.

A year ago, the difficulties that the BMA's General Practitioners Committee was encountering in securing necessary improvements in general practice through negotiations with the Government, coupled with the enduring problems GPs were facing, led directly to a ballot of the profession. We asked you whether you would be prepared to consider the drastic step of submitting an undated resignation from your present NHS contract should the Government fail to agree to both significant and acceptable changes to the present General Medical Services contract and the right of the GPC to negotiate on behalf of all NHS family doctors. The ballot revealed that a very substantial majority of the profession was prepared to take that step.

The problems in general practice were dramatically confirmed in the National Survey of GP Opinion held later last year. That survey found that 82 per cent of GPs are experiencing excessive work-related stress; that 48 per cent are planning to retire before the age of 60; that 66 per cent are experiencing low morale and 28 per cent seriously contemplating a career outside general practice.

Ninety six per cent of family doctors believe that too much is being asked of general practice. That overwhelming problem of unsustainable workload is the direct cause of the endemic low morale and the dire shortage of GPs. The new GP contract must remedy those problems – problems that have disfigured general practice for far too long.

Soon after the ballot result was announced, the Government appointed the NHS Confederation as its agents to negotiate the new GP contract with the GPC. The months of negotiations that have followed have been of unparalleled intensity. The first phase of negotiation is now complete, and this document is the result. In the national survey, 77 per cent of GPs concluded that the GP contract should be radically modernised. The framework set out in the pages that follow is indeed just such a radical departure from the old Red Book contract.

The prime test of the contract must be whether it has met the crucial objective of allowing GPs to control and manage their workload. The new GP contract achieves that objective in a number of ways:

- The resources available to practices will be fairly targeted and will take account of the needs of the practice population.
- New work will attract new resources.
- Practices will be allowed to opt out of providing some services.
- Primary Care Organisations will in due course assume responsibility for the provision of out-of-hours services.

- The current arrangements for patient allocation will be changed.
- Doctors and the practice team will be able to keep their workload within safe limits.
- Career development opportunities will enable some GPs to reduce their clinical workload.
- Demand management initiatives will be introduced.

There are many other ways in which the new contract responds to the requirements identified in the responses to the National Survey. The framework recognises the great variety of aspirations in the profession and delivers a greater range of contractual options, including properly valued salaried service. It allows more flexible ways of working, is more family-friendly and encourages career development. Through what will henceforward be a practice-based contract, there will be great potential at practice level to use the resources available in the way that best suits you and your practice. The skills of doctors and other health care professionals will be used to better effect. Tasks that need not be undertaken by doctors can be more easily delegated to others.

The new GMS contract also gives clear guarantees about discussion, consultation and negotiation with the GPC. It incorporates the best features and flexibilities of the Personal Medical Services contract, but with the security of national negotiation and pricing and with greater opportunity to control GP workload. It is the vehicle for achieving the Government's objective of a single contractual framework for GPs, and should in time be the vehicle for achieving the GPC's objective, recognition that we negotiate on behalf of all NHS family doctors.

Now that the framework has been published, the GPC negotiating team will be touring all four countries of the UK, attending GP meetings at which we will present the framework and answer your questions. In June, we will ask you whether you feel the framework is a suitable way forward that delivers, in the words of last spring's ballot, 'significant and acceptable changes to the present GMS contract'. If you agree, we will continue our negotiations with the NHS Confederation in order to produce detailed pricing and prepare the necessary transitional and implementation arrangements.

We said that we would publish the framework in April, and we have done so. However, when we ask your views in June, we can only ask what you think subject to acceptable pricing. That is why it is essential that we come back to you, later this year, when the contract has been priced, and ask your views once more.

The Government has been unable to quantify the additional resources for primary care that are so vital in advance of this summer's comprehensive spending review. However, the Chancellor's budget this week contains welcome news for the National Health Service. Spending will increase by an average of 7.4 per cent in real terms in each of the next five years. By the end of that period, the NHS budget will have risen by 43 per cent in real terms. That has to be good for the health service and for patients, and must be good news for primary care and for the pricing of this contract. Ninety per cent of NHS care is delivered in primary care. The necessary investment in general practice will not only improve primary care services and infrastructure but also help relieve the pressures on the hospital service.

Those essential resources, the proper and full funding that primary care requires, will deliver high quality patient care but also improved earning opportunities for GPs, particularly through the substantial incentives in the quality and outcomes framework. One particular issue that must be

resolved in the priced contract is that of GP pensions; it is crucial that in future, GPs' pensions fully and fairly reflect the work they have contributed to the NHS and their earnings from that work.

I believe this new GP contract is good news for patients and good news for family doctors. The final test of that belief will be in the pricing. However, if you read this document – and hopefully seize the opportunity to attend one of the meetings at which my colleagues and I are speaking – I trust you will start to see some hope, some light at the end of the tunnel. This contract gives you some exciting career opportunities. It offers you the opportunity of additional rewards. It will help you manage and control your workload. Above all, it has the potential to revitalise general practice and to rekindle the enthusiasm of general practitioners. That change needs to happen at the earliest opportunity.

John Chisholm
April 2002

Executive summary

This radically modernised GP contract has the potential to encourage significant additional resources into primary care, to improve services to patients and to revitalise general practice and rekindle the enthusiasm of GPs.

Categorisation of medical services

- will ensure that adequate resources flow into primary care
- will allow GPs to control their workload
- recognises that the time of GPs and nurses is finite

Out-of-hours

- GPs will no longer have to be responsible for their patients 24 hours a day
- patients will still be guaranteed access to high quality out-of-hours cover

Funding flows

- money follows the patients and is linked to their needs
- a national allocation formula will determine how much a practice will receive
- national agreements will ensure that money for patient care reaches practices
- give family doctors greater earning potential for delivering high quality care to their patients

Quality

- GPs will be rewarded for the quality of service they offer to their patients
- a graded scheme based on incentives and rewards will encourage practices to move up the quality ladder
- the scheme will be based on high trust, low bureaucracy principles
- safeguards will be there to stop practices being penalised if patients refuse treatment, don't respond to treatment or do not take advice
- over time the quality scheme should lead to longer consultations with patients

Career structure

- provides an attractive salaried option for GPs
- sustains a greater range of employment options allowing GPs to work more flexibly and in family friendly ways
- allows GPs to follow a flexible career path
- encourages more doctors to enter general practice
- rewards wisdom and experience through seniority payments
- facilitates the development of special clinical interests

Premises

- encourages the provision of modern primary care premises
- new flexibilities will maintain GP investment options and provide parity in funding

Safeguarding the future

- national terms and conditions will be subject to consultation, discussion and negotiation between the BMA and Health Departments
- Local Medical Committee involvement in local negotiations
- new services will be properly resourced
- built-in adequate consultation periods

Benefits for patients

- improves the quality of care for patients
- ensures equitable access to the full range of primary care services
- incentivises the development of a wider range of primary care services through additional investment
- protects patients by ensuring doctors keep their workloads within safe limits
- develops initiatives to empower patients and reduce unnecessary demand on primary care

Your contract, Your future

Introduction

1. General practitioners feel the time is right for a new beginning. Indeed, without it, many feel they cannot go on. For too long family doctors have been acting as the sponge of the NHS, mopping up the extra demands being made on the service and trying to absorb the additional work being transferred from secondary care. The changes imposed on the profession have been under-resourced so that primary care is stretched beyond its limit. As a result, patient care has suffered, doctors are leaving general practice and too few are choosing the speciality as a career. No wonder over 96 per cent of you responded in the National Survey of GP Opinion by saying too much is being asked of general practice at the present time. This document sets out a way forward. It points the way to a better life for family doctors and a better quality of service for patients.

2. In May last year, when it became clear that negotiations with the Department of Health had reached deadlock in six major areas, we balloted the profession. We asked you if you would be prepared to consider submitting an undated resignation from your present NHS contract should the Government fail to agree significant and acceptable changes to the present General Medical Services (GMS) contract and the right of the GPC to negotiate on behalf of all NHS family doctors. A very substantial majority of you was prepared to do so. With this mandate, backed up by the findings of the National Survey, the GPC began negotiations for a new contract.

3. The newly re-elected Government appointed the NHS Confederation as its agents to negotiate a new contract with the GPC. Observers from the four UK health departments have attended the joint negotiating meetings throughout. The LMC Conference in June 2001 gave us a free hand to think creatively and secure the best possible way forward. In the National Survey of GP Opinion, 77 per cent of GPs concluded that the GP contract should be radically modernised. This is what we have set out do in a series of negotiations of unparalleled intensity.

4. This document spells out the shape of the proposed new contract. We have done away with the straight jacket of the Red Book restrictions in favour of a more flexible approach. Just as family doctors want change, they themselves are changing. A 'one size fits all' contract would not be appropriate for the dynamics and aspirations of general practice in the 21st century.

5. We need to know whether you think what we have negotiated so far is a suitable basis on which to proceed to detailed pricing, transitional and implementation arrangements and legislative changes. In June every one of you will receive a ballot form asking if you believe this to be an acceptable way forward. The money is crucial, so we will be conducting a second ballot later this year to ask you whether the price is right.

6. In the next few weeks, the GPC negotiating team will tour all four countries of the UK, attending GP meetings at which we will present the framework and answer your questions. Ask your LMC where the nearest meeting will be or look in the GP press and on the BMA website www.bma.org.uk.

7. The key question every one of you will ask as you read this document is *"what will it mean for me and my patients?"* It will mean a contract that is broadly practice-based, in which the money flows with the patients you treat. The particular needs of your patients will be taken into account in helping to decide the global sum your practice gets. How you use it in the practice is up to you, allowing you to make the best use of your resources. If you are short of a doctor – as many practices are – you will no longer face the double whammy of more work and less money.

8. The new contract recognises that your time is finite and that you must be able to control your workload. You will be able to do so in an unprecedented way, enabling you to decide on the range and quality of service you will provide, while patients continue to receive the full range of health care locally. There will be real opportunities to opt out of some current work and responsibility, including out-of-hours work. New work will be properly resourced.

9. We have moved away from target payments to a fair and carefully graded system of quality payments that will reward GPs for delivering quality care with extra incentives to encourage even higher standards. There will be significant additional investment in resources for infrastructure, new and better opportunities for developing practice premises, and a range of fully funded computers and IT products paid for by your local Primary Care Organisation (PCO). A career structure will be put in place so that family doctors can follow an exciting professional path without adversely affecting their income or their workload. The wisdom and experience of more senior doctors will attract additional rewards.

10. When considering this proposed new contract in the context of your own circumstances, you should be able to see how it can also benefit other sorts of practices, older and younger GPs, those wanting independent contractor status and those preferring a salaried or alternative option. It delivers what is needed for a new GMS contract and incorporates the best features of the Personal Medical Services (PMS) contract but with the security of nationally agreed terms for the work you do.

11. Through the system of categorising services, the new contract permits local service development but with the majority of resources set at nationally agreed levels with the money flowing straight to practices through the PCO. It offers the best of both worlds – local flexibilities but with most services nationally negotiated, nationally priced and nationally funded. It could form the basis of a single unified contract for all GPs in the future.

12. So far, the Government has refused to give the GPC the right to negotiate on behalf of PMS doctors. We will continue to fight for this, but we believe that this contract will encourage many PMS doctors to exercise their right of return to GMS when they see the advantages of this new contract.

13. GPs want to see real changes in their working lives at the earliest opportunity. Substantial elements of the new contract could be in place by this time next year, but it must be implemented sensitively and progressively with transitional arrangements to safeguard your interests during the changeover period. In some areas that are not primarily contractual, such as pensions and demand management initiatives, change could occur almost at once. Alongside that, there can be alterations to the current contract that can be carried forward into the new arrangements, including significant improvements in

premises funding and investment in staff. If the profession believes the shape of the new contract is acceptable, there should be marked improvements in place by April 2003. However, because of the need for primary and consequential secondary legislation in all four countries of the UK, some of the new contract may not be implemented until April 2004.

14. This new contract will produce a sea change in general practice. For the first time it should offer GPs fair and substantially enhanced rewards for providing forward looking, high quality care in the NHS. Family doctors will be able to tailor their services to meet their patients' needs using significantly increased resources. This requires commitment and investment by the UK governments. The Government must honour its pledge to respond to those responsibilities using the substantial additional resources for the NHS announced in the Budget, so that we can indeed create a service that will be better for patients and better for the working lives of family doctors. Before we can move to that stage, you, the profession, must decide whether this is an acceptable way forward for general practice in the 21st century.

Categorisation of services

Underlying principle
The working time of GPs and other members of the practice team is a finite resource.

15. More than anything else, the thing GPs want to change about their working lives is the unsustainable workload. In the National Survey of GP Opinion, 96 per cent of doctors said too much was being asked of general practice at the present time. The knock on effect of successive governments asking GPs to do more and more in the time available is so great that most GPs would not be willing to take on additional work even if they were paid for it. Up until now, family doctors have not been paid extra when their work has been increased.

16. A key objective in the new contract negotiations was to find ways in which GPs could control their workload without damaging patient care. The mechanism had to be capable of being "future proofed" so that any new work was fully resourced. At the same time there had to be enough flexibility to allow for local initiatives and the development of new ideas and innovative ways of working. A system of categorising medical services has been produced to meet these requirements.

17. The proposed categorisation divides the medical work in general practice into three groups:

- **Essential Clinical Services**
- **Additional Clinical Services**
- **Enhanced Clinical Services: *National and Local.***

18. The first group - **Essential Clinical Services** - will be provided by every practice. It covers services initiated by patients who are ill, or believe themselves to be ill, with conditions from which they are expected to recover. It also covers the general management of terminally ill patients. Making this category universal ensures that sick

and worried patients who come to their family doctor for help will get the continuity of care they seek.

19. Essential Clinical Services will be agreed and priced nationally and the money for them will be paid directly to practices through the local primary care organisation. Work in this category includes patients who present with new symptoms such as chest pain, upper respiratory infections, fevers and other health problems presenting for the first time.

20. The second group – **Additional Clinical Services**– will also be nationally negotiated to a nationally agreed price. Most practices would be expected to provide these services, which would include vaccination and immunisation, contraception, child health surveillance, cervical cytology and chronic disease management.

21. In exceptional circumstances, for example if a practice was suddenly left substantially short of clinical staff, it would be possible to opt out of providing one or more Additional Clinical Services. **The default position would be that most practices would provide these services but could opt out if necessary.**

22. The practice would have to give notice to the PCO of its intention to opt out, so that alternative providers could be found for patients. The withdrawal period has been agreed at 3 months, with the possibility of two further three month periods added on. The initial notice period for withdrawal from a service in this group would be three months. If, after two months had expired, the PCO had not found an alternative provider, it would tell the practice and the notice period would be extended by a further three months. If alternative provision has still not been secured after six months, there will be a final transitional period of a further three months. During that period, either party may request the Strategic Health Authority (or its equivalent in the other three countries) to arbitrate. The opting out practice would, of course, forego the money for the service once it was no longer provided. There will be equity in the system because the services – and thus the cost of opting out - will be priced nationally.

23. **Essential and Additional Clinical Services** will be financed through a non-discretionary payment, agreed and priced nationally, based on the numbers of patients in the practice and those patients' needs. It will be paid directly to practices through the local PCO, which will not be able to use it for any other purpose.

24. The third category of medical services will be called **Enhanced Clinical Services**. There will be **National Enhanced Services** and **Local Enhanced Services**.

25. The National Enhanced Services will be nationally negotiated to a nationally agreed price, but will be locally commissioned. They will be funded through the PCO's unified budget, but **to ensure that money is available to develop these primary care services, there will be a protected local expenditure floor which PCOs will be able to increase.** This guaranteed floor has been negotiated to avoid the all too common current situation experienced by GPs who are told that there is no funding available for projects such as Local Development Schemes. Money can be added to the "floor" available, but cannot be siphoned off to meet other PCO expenditure needs.

26. Patients should expect to find these National Enhanced Services in every locality, but they would not be provided by every practice. Examples would include more specialised

minor surgery, or services to violent patients. **The default position would be that practices wishing to provide them would opt in to Enhanced Clinical Services.**

27. Out-of-hours care is an example of a service which, after a transitional phase, would fall into the opt in group of Enhanced Clinical Services. During the transitional phase it would fall into the Additional Clinical Service group provided by most practices.

28. **Local Enhanced Services,** unlike the other categories of clinical services, will be subject to local discretion. These services will be locally commissioned. Like National Enhanced Services, they will be funded from the unified budget and will be agreed locally between practices wishing to offer them and the PCO, with, if desired, the involvement of the Local Medical Committee. Unlike National Enhanced Services, they will not be nationally priced. The category could include pilot schemes for innovative services, or provision for a specific local need such as an influx of asylum seekers.

29. GPs will be able to see that by categorising medical services in this way they can:

- control their workload
- receive guaranteed resources for the nationally agreed services they provide
- be able to opt out of Additional Clinical Services if they are unable to deliver them
- be confident their patients will receive a full range of services locally
- offer innovative services or ones explicitly tailored to meet a local patient need.

30. It will be possible for clinical services to move from one group to another. For example, a pilot scheme could prove so successful that it moved from being a Local Enhanced Clinical service to a nationally agreed and priced service within Enhanced Clinical Services to which practices could opt in.

31. As needs and circumstances change there could be movement through the groups in the other direction: out-of-hours is likely to start off in year one as an opt-out but then move to an opt-in.

32. New services could be introduced as an opt-in Enhanced Clinical Service, but in time move up to the more commonly provided Additional Clinical Services offered by the majority of practices.

33. **Henceforward, new services will only ever be introduced when the necessary additional resources have been provided.**

Out-of-hours care

34. Splitting the contract - the phrase traditionally used to describe removing round-the-clock responsibility for patient care from GPs – always leads to heated debates at Local Medical Committee Conferences. Since the early 1990s, GPs have been able to spread the load by using GP co-operatives or deputising services and family doctors have seized this opportunity. Yet the National Survey of GP Opinion showed that more than two thirds of GPs still routinely do out-of-hours work on some weekday nights and 61.6 per cent are regularly first on call at weekends.

35. The clear message to emerge from the National GP Survey was that the vast majority of family doctors (83.8%) believe it should be possible for individual doctors to choose whether to opt out of out-of-hours responsibility.

36. **With this mandate in mind, the GPC has negotiated a new NHS contract in which GPs will have a choice whether to provide out-of-hours cover and whether to accept out-of-hours responsibility.** Where a practice does not wish to provide this service, the responsibility for patient care in evenings, at night time and weekends passes to the local PCO.

37. To facilitate such a fundamental change, there will be a two stage approach for out-of-hours cover. In the early stages of the new contract there will be an "opt out" mechanism with most practices continuing to offer out-of-hours care, albeit via a co-operative or deputising service. Subsequently, out-of-hours care will switch from being an "opt out" service to an "opt in" one.

In recognition of the difficulties faced in isolated geographical areas, such as the islands of Scotland, special arrangements will be required for GPs in remote and rural areas. These are explained elsewhere in this document

38. Initially, when circumstances allow, a practice will be able to notify its local PCO that it does not wish to carry on providing an out-of-hours service. At this stage, within the new categorisation of medical services, out-of-hours cover is an opt-out service.

39. Subsequently, out-of-hours cover will become an opt-in service and those practices still wishing to provide out-of-hours care would inform the primary care organisation of their intention to do so. Many practices will choose not to provide round-the-clock cover at this stage. The responsibility for providing patients with out-of-hours care will then, as the default position, lie with the primary care organisation.

40. The new GP contract will allow doctors to choose whether they want their practice to assume round-the-clock responsibility for patients or whether to limit care to within normal working hours. **The out-of-hours period will be defined as from 6.30pm to 8am plus weekends and bank holidays.** Those practices choosing to continue providing out-of-hours cover will be paid for the work at a nationally negotiated and agreed rate.

What happens to patients?

41. Patient experiences of out-of-hours cover have changed considerably over the last decade. With more than 90 per cent of practices providing evening, night-time and weekend cover at least in part through a GP co-operative or deputising service, patients no longer expect to see their normal GP after hours. Often patients needing to be seen by a doctor are asked to attend an out-of-hours centre. In addition, a network of extended hours walk-in centres are opening up in England. The advent of the nurse-led telephone advice services NHS Direct in England and NHS 24 in Scotland means that patients are used to receiving and accepting telephone advice on the appropriate action to take when a health problem arises.

42. Under the new contract, the local PCO will be responsible for arranging out-of-hours primary care for the patients in its area. Some practices will opt in and offer to provide this service themselves. In other cases, the PCO will choose the most appropriate way to provide out-of-hours cover. In the National Survey of GP Opinion, 38.4 per cent of GPs said they would be willing to participate in a rota on a regular basis under some alternative out-of-hours arrangement. Doctors doing this work will have to paid appropriately. However, much of the out-of-hours work currently done by doctors may be carried out by other health care professionals in future.

43. The new system will ensure that patients get access to appropriate out-of-hours services. They can be confident that when they need to consult their GP in normal surgery hours, he or she will not be tired to the point of being unsafe through being on call the previous night.

Remote and rural areas

44. Between one and two per cent of UK practices are situated in isolated rural areas. Whether living on a Scottish island, or working in a Welsh valley, these GPs are an integral part of their community. There is, at present, no practical alternative arrangement for out-of-hours cover in some of these areas.

45. For these remote and rural GPs, the ability to opt out of, or into, out-of-hours care is, for the moment, theoretical. Special arrangements have to be made to ensure that, until new ways of delivering after hours care are developed, these doctors are both assisted in other ways and adequately compensated for the burden of responsibility and work that they carry.

How the money will flow

46. The new contract gives family doctors considerable additional earnings potential for delivering high quality care to their patients. Significant resources have also been promised for infrastructure and development. If GPs signal their wish for the contract framework to go forward to the pricing stage, Ministers have said the resources and the appropriate level of reward required for its implementation will be made available. The flexibilities built into the new contract will enable GPs to vary their workload according to the level of income to which they aspire.

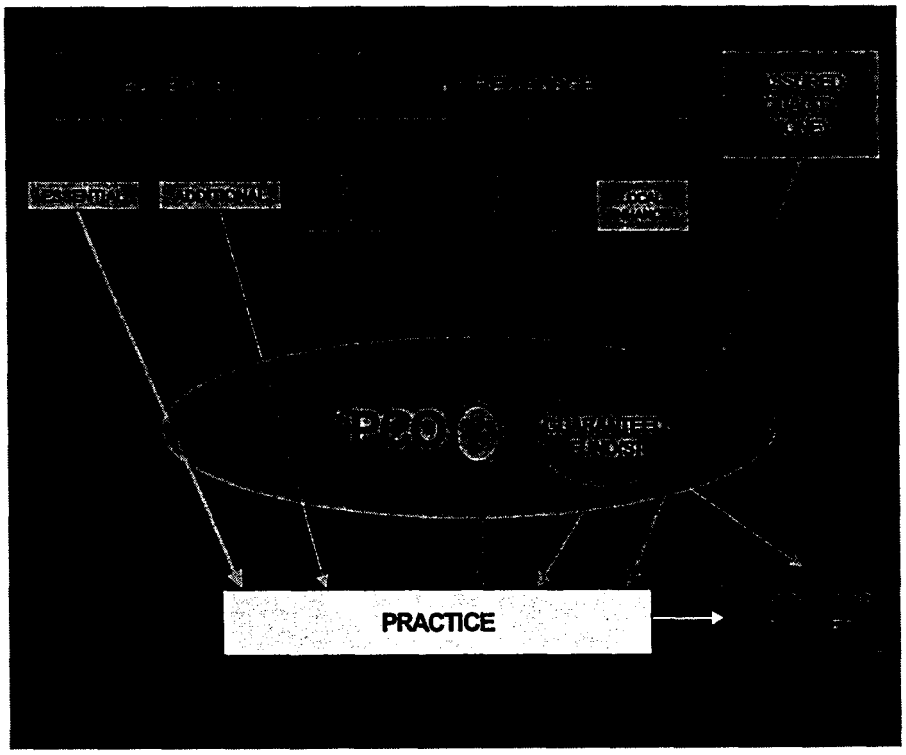
47. Money will flow into practices from several sources. A protected global sum will go directly to the practice via the PCO. There will be a guaranteed floor of money in the unified budget of PCOs for Enhanced Clinical Services, and other aspects of the new contract not covered by the global sum, such as career development. This will include "wisdom and experience" payments for the more senior members of the profession. In addition to these, GPs will be able to draw down quality and outcome payments to cover the infrastructure, aspiration and achievement of providing high quality healthcare to their patients. This money will not be pooled and will flow straight through the PCO to the practice.

The global sum

48. The essential and Additional Clinical Services provided by the practice will be paid for from a global sum based on the weighted needs of the practice's patient list. There will be a national allocation formula to determine how much a practice will receive. This global sum will also cover the practice infrastructure costs. The new contract recognises that GP and nurse time is a finite resource and this will be taken into account for the first time.

Guaranteed money from the primary care organisation

49. When practices opt-in to provide enhanced services, the money will come from the PCO's unified budget. National Enhanced Services will have a nationally agreed price attached to them. Local Enhanced Services will be priced locally. There will be a protected local expenditure floor of money within the unified budget to ensure that practices are not prevented from developing primary care services because the unified budget has been spent elsewhere. Specific funds will cover career development costs, including the wisdom payments for senior doctors.



Quality payments

50. The money available to pay GPs for the quality of service will not be pooled. It will flow directly through the PCO into practices in a guaranteed stream. There will be money payable in advance for infrastructure costs associated with the quality and outcomes framework explained in this document. There will also be payments for aspirations to deliver higher quality care and for achieving and maintaining that care. The vast majority

of practices will qualify for quality payments and the level of payment will be directly linked to the level of quality provided. A quality and outcomes framework is being developed to ensure that the factors involved are evidence-based, realistic and achievable.

51. The new structure of the contract and the funding flows that accompany it will take away the double whammy in the current system whereby practices and their patients in under-doctored areas lose out on resources despite the fact that the local workload increases.

52. Family doctors in remote and rural areas have special needs. The new contract will address the difficulties of providing a GP service in these areas by recognising that special arrangements are needed to support these doctors and appropriate and proper resourcing is necessary to provide the full range of services to patients in these communities.

Scenario 1

The point of implosion

The Hereward practice was formed in the late 1950s as a result of the merging of two single-handed practices. As a result of both organic growth in the list to 5,400 and the reduction in average list size resulting from the excellent work of the Medical Practices Committee, it became a four partner practice working three whole-time equivalents (WTEs) in 1994. Unfortunately one of the full-time partners died suddenly in 2000 and last year the other full-timer retired. The remaining half-timers have had to go into a job-sharing agreement because the GMS contract did not allow two half-time partners to run a practice. However, even this change has not made it possible to recruit another partner, let alone two. Neither Drs Weedon or Kash want to go full time but are unable to go to three quarters because of the demand that there is at least one whole-timer or a job share arrangement in every practice under GMS.

The doctors are able to get locums but because they are two partners down their income has been badly affected. In total they have lost over £26,000 in basic practice and postgraduate education allowances and minor surgery fees. In the last twelve months they have spent more than £75,000 on locums.

Drs Weedon and Kash are looking at dissolving the practice and finding partnerships elsewhere. This is particularly unfortunate as they get on extremely well. In fact they are married.

New horizons

Under the new GP contract practice income (other than for premises and information technology) is based entirely on the number of patients on the list and the needs of those patients. As a result the shortfall arising from the shortage of partners has immediately been made good. In addition the overall substantial uplift has had a significant effect on cashflow. The contract is now held by the practice and the concept of fractional basic practice allowances is a thing of the past. Dr Kash has elected to work three-quarter time, as had always been her wish.

Of course these changes have not made it any easier to find a partner. The practice has entered discussions about how to go forward. To start with the practice has notified the PCT that it

wishes temporarily to opt out of the Additional Clinical Services for child health surveillance and immunisations. The PCT has negotiated that the health visitors will take these functions over with immediate effect.

The husband and wife partnership has decided to take a completely fresh look at how it will deliver care to its patients. The local pharmacist is keen to become involved and has agreed to take on the drug voucher scheme for the management of minor self-limiting symptoms. The PCT will take responsibility for all domiciliary consultations both in and out-of-hours. In fact the PCT will assume all responsibility for out-of-hours care.

The partners are now advertising for two full-time nurse practitioners. The PCT has invested heavily in training for nurses locally. There are several who have nearly completed their course and the prospects look encouraging. They will be able to prescribe all drugs in the nursing formulary. They will take on all chronic disease management, health promotion activities other than opportunistic advice and actions and about one in three of other consultations. Once they are both appointed the practice will take back the child health surveillance and immunisation work.

The doctors find, being married, that it is the non-clinical work of practice management that eats into their family life. They have therefore decided to invest more in this aspect of their practice. Their current manager is retiring at the end of the year and they are devising a new person specification and job description with the help of the PCT.

Quality and outcomes

53. In the new contract GPs will be rewarded for the quality of service they offer to patients. In addition to the guaranteed global sum based on the weighted needs of patients in a practice, extra money will be available for quality.

54. Family doctors are already delivering a high standard of care, and constantly striving to improve it, but at the moment there is little recognition of their efforts. Patients benefit from the good quality care that GPs work hard to provide, but practices often don't record their achievements systematically. The new contract will allow the overwhelming majority of practices to attract money for the quality service they offer. It will also:

    - provide money in advance for additional infrastructure, both to allow practices to deliver the higher quality to which they aspire and to allow practices to measure the quality they provide
    - pay doctors for aspiring to raise their quality standards
    - reward doctors for achieving their aspirations or maintaining existing improved quality levels.

55. The scheme is based on incentives and rewards. It will be graded so that even modest improvements are financially recognised. The size of the reward will vary from no extra money for the very small percentage of practices who do not obtain any quality level, to large amounts for practices whose patients are benefiting from really high quality healthcare.

56. Inevitably there is an interdependence between GP workload and the quality of care they can provide. It was recognition of this interdependence that led to the development of the new contract framework. Doctors who are forced to accept higher than average workload and as a result cannot meet quality standards as easily as more fortunate practices, can be reassured that their situation will be taken into account. However, checks and balances within the contract framework will ensure that the delivery of poor quality care to the patients of doctors who might have chosen to have large lists is prevented.

57. GPs will be able to move up the quality ladder at their own pace. Their rewards will not be constrained by a limited pool of money. The quality and outcomes scheme will be designed so that all practices can, in time, reach the top of the quality ladder and be rewarded for getting there without diminishing the money paid to any other GP.

58. It will be a win, win, win situation – better for patients, better for Governments because it will deliver the quality agendas of the UK health departments, and better for GPs in that it will reward them for the work that many of them are already doing.

59. Family doctors would like to spend longer with each patient but workload pressures prevent this. The length of the patient consultation is a marker for the health outcomes of patients: the longer the time spent with patients, the better the outcome. The quality framework, coupled with the flexibilities in the new contract, will incentivise, enable and reward GPs when they are able to provide longer consultation times with their patients.

60. We hope that this quality improvement plan will flourish as a gradual set of changes driven by the desire of family doctors and their practices to deliver high quality care to their patients, to show what they can do and to improve. The pace of change will be in the hands of the primary care workforce.

How the scheme will work

61. On first reading, the scheme will seem complicated. GPs should be reassured that:

- They don't have to do everything at once to receive a reward
- They are already doing a lot of this work, but possibly not recording it
- They will be given the money in advance to enable them to deliver higher quality care and to record their work
- They will be paid for aspiring to better quality, achieving it and maintaining it
- Safeguards will be there to stop practices being penalised if patients refuse treatment or do not take advice
- Where physical constraints prevent practices from achieving a quality marker, exceptions will be made.

62. The quality and outcomes scheme is based on reaching quality markers. They come in three forms:

- organisational
- tiered clinical
- phased clinical.

63. The markers in the scheme have been chosen by one of the UK's leading independent GP quality experts, because they are evidence-based. Future quality schemes and frameworks will have to offer the same calibre of evidence before they could be included.

64. Each of the three forms of quality marker can be banded into levels. Some markers are very basic (eg recording the patients' medical details), many are very commonly done, and, at the highest level, some involve a great deal of work.

65. Across all three forms of quality marker, money is available for three things: **infrastructure, aspiration** and **reward**.

Infrastructure

66. All quality elements require some infrastructure expenditure. In some cases this is considerable. There may be additional premises, staff or IT costs as well as doctor time to be paid for. This quality scheme provides the money "up front".

Aspiration

67. Practices will signal in advance the level of quality care to which they are aspiring in the year ahead. This aspiration will be rewarded through funding, with special provision in the first year of the new contract to ensure a level playing field for all GPs. Practices will be able to climb the quality ladder at a rate of their own choosing. However, if a practice can show it has exceeded its aspirations and achieved a higher level, it will be rewarded for doing so at the end of that year.

Reward

68. If practices meet their aspirations, they will receive a payment at the end of the year. Once they have achieved some level of improved quality, they can either get a maintenance reward for staying at that level, or attract a bigger reward by showing they have reached the next level up. There will be inducements to move up to higher quality levels.

69. If a practice fails to reach the higher quality level to which it has aspired, provided it has not slipped backwards down the quality ladder, it can still receive a maintenance reward for existing work. If there is a genuine explanation for a fall in quality (perhaps the loss of a practice partner for whom no replacement could be found) that will be taken into account.

What you have to do to achieve the quality marker payments

Organisational quality markers

70. In many ways these will be the easiest to achieve. The markers are banded into three levels – 1, 2, and 3. Each level will have a different set of things to do. Confirmation that you are achieving the levels will be in tick box form.

71. To receive the achievement payment, the practice must fulfil all quality markers contained at that level. Exceptions and exemptions, such as patients who refuse to

consent to treatment, will be included and this concept is fundamental to successful achievement. It has not yet been decided what the percentage coverage will be for all of the items in all levels but they will be feasible and achievable.

72. Examples of markers in this group are:

- The quality of the written records
- The existence of a practice health and safety policy
- The provision of disabled toilets
- The use and quality of the repeat prescription system.

Tiered clinical quality markers

73. These clinical quality markers are straightforward in design. They are based on clinical conditions such as upper gastro-intestinal disease, epilepsy, palliative care, thyroid disease and the menopause.

74. Each disease-linked set of markers will be banded into three levels – 1, 2, and 3. To receive the delivery payment for a level, the practice must fulfil all quality markers for that disease entity at that level. Exceptions and exemptions will be included. The percentage of coverage for any of the levels has not yet been agreed, but will be realistic. Practices delivering the very highest levels of care across a range of markers will qualify for an additional and very high premium payment.

Phased clinical quality markers

75. Some disease areas are much too extensive to be handled as tiered markers. There are many components in them and considerable work will be required to fulfil the full range of markers. The major current example is the large set of indicators in cardiovascular and cerebrovascular disease. In future, we believe that diabetes mellitus and possibly other major disease groupings will need to be handled in a similar way.

76. Diseases have been grouped in a logical way as many clinical markers overlap within different clinical entities e.g. coronary heart disease and congestive cardiac failure, hypertension and stroke.

77. Phased quality markers will have five levels: 1, 2, 3, 4 and 5. Practices can aspire to them gradually, choosing their own pace, and receive rewards all along the way.

78. Level 1 is the base level. It must be achieved by practices to enable them to continue along a route that will encourage the resourced raising of clinical standards. Most practices are already well beyond level 1 for cardiovascular and cerebrovascular diseases. At levels 2, 3 and 4, practices can work to deliver quality outcomes within agreed, evidence-based data sets.

79. The practice will receive an infrastructure payment prior to and during the achievement of this data set as well as an achievement payment. The achievement payment will be composed of two elements:

- a payment for demonstrating that the practice has, on an annual basis, tackled more of the quality standards within the data set – the higher standard payment

- a payment for maintaining previously achieved standards – the maintenance payment. This payment recognises the work involved in maintaining higher standards once achieved and is only paid where a practice is not able to improve in any particular year. This payment would normally be the same as the previous year's payment for improvement.

80. For levels 1, 2, and 3, practices will not receive maintenance payments alone for more than two years without a clear and acceptable explanation of the reasons for being unable to improve their quality. Level 4 is different. Practices that have achieved level 4 are only expected to maintain their delivery of it in order to continue receiving payments indefinitely.

81. Level 5 is a premium level for the practices providing the best possible quality of healthcare. The rewards will reflect this. At this level, practices will maintain the range of standards in the level 4 data set but deliver them to optimum standards. In some data sets there may be additional standards at this premium level. The money available in infrastructure and maintenance payments will mirror the effort involved.

Meeting the targets and allowing for exceptions

82. The quality and outcomes scheme will be based on a high trust model of assessment without unnecessary bureaucracy. A single standard return in a nationally negotiated format will be used by practices to provide evidence to substantiate their quality achievement. In addition, practices would be visited by the PCO to ensure that the practice return fairly represents what is happening in practice in terms of the quality standards achieved and rewarded by the PCO. The LMC may be involved in this process at the discretion of the practice. It is proposed that these visits take place every one to three years for most practices, although as frequently as appears to be necessary in the case of practices suspected of inaccuracy or fraud. There will be support for those taking part in the review process. Options for an appeals process are being considered. Where practices are achieving the highest levels of quality the level and frequency of scrutiny will usually be reduced.

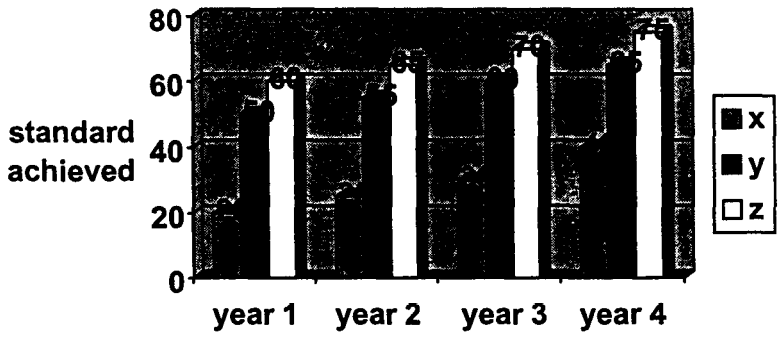
83. At the end of this section we show you what a quality programme for ischaemic heart disease (IHD) looks like. It is aimed at improving the prospects for patients of any age who have suffered a myocardial infarction or have a diagnosis of ischaemic heart disease. Some of the targets will state the percentage of patients with these conditions who must meet specified criteria. Exception reporting will be allowed and excepted patients will be included in the percentage achieved.

84. **This exception reporting prevents a practice from losing out on quality payments through factors outside its control.**

Data sets

85. An agreed data set of evidence based criteria will be defined for each level[1]. The infrastructure and maintenance payments will remain the same within each level and the achievement payment will reflect the percentage improvement in standards achieved by the practice for the whole data set per annum (see example in table 1).

Table 1



86. Table 1 illustrates an agreed data set with three criteria, x, y & z. The practice has agreed to deliver each criterion to a given standard in year 1. The practice receives the resource required to achieve this standard and at the end of year 1 receives the achievement payment.

87. The practice then agrees to follow the nationally set plan to increase these standards to higher levels in year 2. The practice receives an enhanced infrastructure payment and receives the achievement payment at the end of the year. If the practice fails to achieve the increase in standards (or in the range of criteria required for that level) then no achievement payment is received but if standards are maintained then the maintenance payment continues.

88. This process continues until all agreed standards are reached for the data set within a given level. Achievement of data items from a higher level is allowed to count towards a lower level if they have been delivered ahead of items within the lower level.

89. The practice moves into the next level where there is a new data set with higher payments composed of achievement payments and maintenance payments. The same process is repeated within the next level.

90. The difference between levels 1, 2, 3 and 4 is the rate of climb of the payments. This means that the more you achieve at the higher levels, the more rapidly the rewards for achievement rise.

---

[1] The data sets are currently being developed by Dr Colin Hunter

91. This model will allow practices to improve the quality of care in a gradual, planned and supported way.

An illustrative practice-based model for IHD quality payments

92. For the purposes of this illustration, we are only considering patients who have suffered a myocardial infarction or have a diagnosis of ischaemic heart disease. In a national programme we would expect a broader range of cardiovascular and cerebrovascular conditions to be incorporated into the scheme. The selected criteria will be based on the contemporary evidence base.

93. The objective of this programme is to enable and incentivise practices to assess and improve quality of care in the secondary prevention of coronary heart disease. Criteria developed relate to all patients with ischaemic heart disease whatever their age.

94. For patients who have hypertension or diabetes in addition to a history of coronary heart disease reference should be made to the hypertension and/or diabetic programmes.

95. Practices wishing to enter the scheme above level 1 will have to demonstrate that they have accurate baseline data on the criteria for the relevant point on the level they wish to enter. They will receive an aspiration payment in advance to deliver each level and a reward payment in arrears for achievement. This reward will be graded as the practice delivers improved quality across the level.

LEVEL 1 Entry Level

96. Practices will have an accurate computerised disease register of patients with ischaemic heart disease. This register should include:

- Long term drugs for ischaemic heart disease and other chronic conditions.
- Whether the patient has been reviewed by the practice in the last twelve months.

LEVEL 2

97. This includes level 1 plus the delivery of the eight standards below. They all are subject to the exemptions and exception criteria laid down below as well as to entry standards that must be in place before the level can be commenced.

Standard	Entry percentage	Final quality standard
Patients will be reviewed or offered review (contacted twice) at least annually (including a review of medication).	To be negotiated	90% of those reviewed
Smoking, BMI, exercise status and alcohol consumption will be recorded and appropriate advice offered.		90% of those reviewed
Blood glucose will be measured in all patients (at least once since diagnosis) and treated where appropriate.		90% of those reviewed

Blood pressure should be recorded at least annually.		90% of those reviewed
All patients should be taking regular aspirin except where contra-indicated or not tolerated.		90% of those reviewed
All patients with symptomatic coronary heart disease should have access to sublingual GTN.		90% of those reviewed
All patients who require regular symptomatic treatment should be treated with a beta-blocker (unless contraindicated or significant side effects).		80% of those reviewed
Patients should have their blood lipids measured at least annually and prescribed a statin in line with national guidance.		90% of those reviewed

98. There would be an expectation of an improvement year on year in the outcome indicators with level 2 payments continuing until the practice has met all the level 3 entry standards.

LEVEL 3

99. Levels 1 and 2 plus:

- Patients should have their total cholesterol or LDL reduced according to national guidelines
- Optimal standard 95% with exception reporting
- Patients should have a blood pressure of less than 150/90
- Optimal Standard 85% with exception reporting

100. There would be an expectation of an improvement year on year in the outcome indicators with level 3 payments continuing until the practice has met all the level 4 entry standards.

LEVEL 4

101. This is the level that is achieved when the highest standards of level 3 have been delivered and maintained. There is no obligation on the practice to deliver higher standards. The aspiration payment for level 4 is the same as for level 3.

LEVEL 5 – The premium level

102. This level is achieved by the delivery of every standard to the highest possible level across all three types of quality areas: clinical, organisational and patient perspective.

Exception reporting

103. The following issues would be considered appropriate for exception reporting at all levels:

a) patients who have been recorded as refusing to attend review who have been invited on at least three occasions

b) patients newly diagnosed within the practice or who have recently registered with the practice should have measurements made within three months and delivery of the

clinical standards should be within nine months e.g. lowering of cholesterol or blood pressure

c) patients for whom it is not clinically appropriate e.g. those who have an allergy, another contraindication or adverse reaction, and the terminally ill

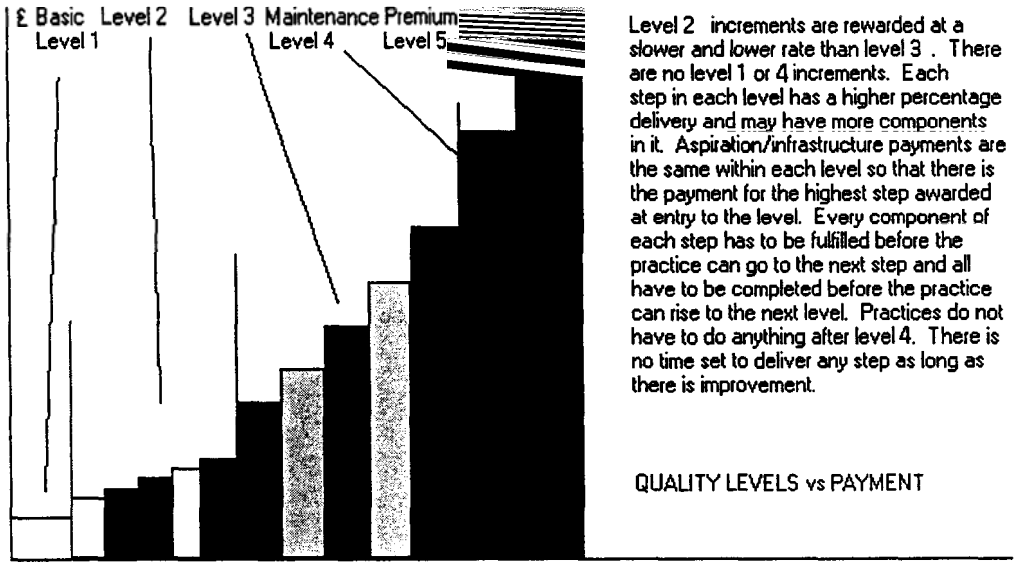
d) where a patient has given informed dissent to treatment and this has been recorded in their medical records

e) where a patient has not tolerated medication

f) patients who are on maximum tolerated doses of medication whose levels remain sub-optimal

g) where the patient has a supervening condition which makes treatment of their condition inappropriate e.g. cholesterol reduction where the patient has liver disease.

Quality bandings: How the payment scheme would look



Scenario 2

A job with no hope

Dr Stephens has been a single-handed practitioner in an inner city practice ever since a partnership dissolution six years ago. He has a list of 2,600 patients. He has a half-time practice nurse, two part-time receptionists who work one WTE and a secretary who also manages the practice.

Last year he took two weeks' holiday in Spain. While he was away the locum he had arranged phoned in sick. He spent an entire day on the telephone arranging a replacement. His secretary/manager was eventually successful in getting cover through an agency at £350 per day. On his return the secretary/manager resigned because of the stress. He has been unable to replace her and is currently using a temporary secretary and is attempting to do the practice management himself.

His consultation rate is just over five per patient per year. Even working on eight minute appointments he spends 38 hours per week in face-to-face consultations. His nurse does the blood taking and some chronic disease management. She does all the immunisations and vaccinations. He likes to do the cervical cytology himself because previously there have been quality problems when he has delegated the work.

Currently he works regular twelve hour days and is well behind with his paperwork. He has no idea when he will next get a holiday and is not sure it is worth the hassle anyway. His marriage is in serious difficulties. He has checked his blood pressure and it is currently regularly 200/110 mm Hg.

Light at the end of the tunnel

Under the new contract Dr Stephens has agreed with the PCT that it will take over all human resource management for his practice. The PCT has supplied a half-time secretary from its pool and practice management is being done by a manager shared with two other practices in the same PCT. The staff are employed by the PCT and charged to Dr Stephens, but this is cost-neutral to him, as their costs are covered by the weighted patient allocation allowance. Because of the relative deprivation in his area and other factors creating high workload, Dr Stephens's notional patient list is 3,900. As a result the resources available to his practice to care for his patients have increased by more than half.

Dr Stephens has been seen by the occupational health doctor and has been started on an ACE inhibitor for his high blood pressure. It has been stressed that he must find more time for relaxation. The PCT has agreed that it will accept responsibility for providing locums when he is on holiday, and for protected time for appraisal and continuing professional development. If problems arise during his absence the PCT will be responsible for solving them. It is able to make this commitment because it has two directly employed locums. Dr Stephens has decided to take his wife and son to France for a week's skiing. While he is away he is going to consider a report the PCT has produced on his practice suggesting ways he might start attacking quality improvement initiatives.

While he is away he finds that the document contains over 30 different options he could tackle. He is particularly keen, in view of his own current health problem, to tackle the coronary heart disease national clinical priorities. His wife is myxoedematous and he feels it would be interesting to look into greater detail at thyroid disease too. There are other clinical areas of interest to him but the PCT has stressed he should not try to take on too much at once.

The resources section of the report is very interesting. For the first two years he will be eligible for an aspirational payment which is based on his notional patient list and includes resources for staffing and infrastructure and an element for profits. If all goes according to plan he will receive a bonus payment in year three which will be proportional to the number of patients he has managed according to the simple protocols.

His computer system is rather outdated and will make report generation rather difficult. The PCT has given him the option of any one of three systems which will be provided free of charge with training included. The new system will generate the reports automatically which will both verify his achievement on the quality initiatives and feed automatically into his appraisal/revalidation folder.

The bulk of the work on coronary heart disease and the thyroid quality initiative will be done by his practice nurse whose hours are to be increased to deal with this. The cost will be covered by the aspirational quality payment. Dr Stephens will be responsible for the clinical management decisions such as prescribing. The practice nurse is to have training in the initiatives and further training in taking smears. During her absence on these courses cover will provided by one of the PCT's bank nurses.

Now that the funding for the practice has increased as a result of the new allocation formula, Dr Stephens wants either to train his nurse to be more clinically autonomous or to take on a nurse practitioner. Either way the nurse will be able to take on a wider range of clinical consultations including management of the acutely ill. National models show that a conservative ratio of nurse to doctor consultations is one to three. In addition Dr Stephens is considering getting NHS Direct to triage the demand for appointments at no cost to him. Up to thirty per cent of patients could be referred to the local pharmacist under the drug voucher scheme. Overall he should be able to go to twelve minute appointments (which in itself will give rise to a further quality payment) and still reduce his weekly face-to-face consultation time to twenty eight hours per week.

Of course all this will take a little time. The PCT estimates two years. However, things are already feeling better simply because there is a distinct light at the end of the tunnel.

Career structure

104. General practitioners have suffered from the lack of a recognised career pathway. Older doctors feel they have little opportunity to see their experience recognised or rewarded, those in the middle of their working lives are too bound down by the current workload to explore new avenues, and many younger doctors are clearly interested in the flexibility and lack of financial commitment of salaried options, at least at the start of their career.

105. The objective in tackling this problem was to create and negotiate arrangements that underpin a career structure for GPs, both to retain existing family doctors and to act as a draw to bring new doctors into general practice.

106. There has to be enough flexibility in the contract to allow GPs to move between various forms of work without suffering disadvantages in the short or long term – and this must include pension rights. Career flexibilities have to allow doctors to move from place to place, move between different professional contractual arrangements, be sensitive to personal circumstances (for example by not unduly discriminating against those taking a career break or sabbaticals), allow a variety of time commitments and enable a variety of work to be undertaken if the doctor chooses. The current perverse disincentives that mean practices lose money and doctor time when GPs take on work for the wider NHS will be ended.

107. A three module approach to a career in general practice is reflected in the new contract: it provides for a salaried option as an alternative to independent contractor status, it permits the development of special interests, and a system of "wisdom and experience" payments that recognise and reward the growing experience of doctors as they progress through their professional lives.

108. The three modules are:

- skills development
- special interest development
- clinical leadership.

109. Although GPs may tend to opt for the individual phases at recognisable points in their career – for example younger doctors may begin with skills development – the career phases are not envisaged as sequential. Some new GPs will wish to carry out special interest or leadership work immediately after qualifying. Some older GPs may wish to refresh their skills development, especially following a career break.

110. A wisdom payment ("seniority") scheme will be part of the new contract. Individual GPs will receive payments linked to years since qualification. These payments will identify attributes that should be recognised in financial terms. They have major advantages in supporting the number of GPs working in the NHS: they will

- provide an incentive for doctors to transfer from a hospital career to general practice
- be payable irrespective of the past or present level of commitment, although time spent on career breaks will be excluded
- ensure that GPs who currently receive seniority payments are not disadvantaged by the transition to the new contract.

Skills development and a salaried option

111. This phase of a GP career recognises the needs of newly qualified or re-entry GPs to work on a broad range of cases (and possibly in a range of settings) in order to gain the breadth of experience necessary to tackle the wide range of clinical problems they will face in their career as a family doctor. However, it is not exclusively for this group of doctors. A phase of salaried work, taking in a variety of practices, could facilitate this career stage of skills development, but this is not prescriptive.

112. Integral to the new GP contract framework is the importance of developing an attractive salaried option for the increasing number of GPs who have expressed their preference for this type of contract. We would expect the terms and conditions to reflect national arrangements and for the Doctors' and Dentists' Review Body to make recommendations on salary scales.

113. In the National Survey of GP Opinion, one in five of the doctors under 30 years of age said they wanted to become a salaried doctor in the next five years. GPs under 30 comprised the group most keen to have more opportunities for family doctors to work as salaried employees of practices, although in every age group the majority of GPs felt

such opportunities should be there. Across the board, a large majority of GPs also believe independent contractual status must remain a contractual option.

114. The under 30 age group was particularly interested in the concept that GPs should be allowed to choose whether or not they invest in premises without it affecting the choice of where they work. Over half of the youngest group of GPs felt that way.

Special interest development

115. GPs who want to pursue special interests, as well as routine general practice, could make use of this module of career development. Currently a lot of the special interest work is done as an add-on, but could be made more integral to the GP contract (dependent on numbers and capacity to meet basic requirements within the practice). The types of interest could include both clinical and non-clinical commitments such as specialist minor surgery, specialist chronic disease management, work as hospital practitioners, sessions in community hospitals, education and training roles, management roles in primary care organisations, clinical governance, appraisal, occupational health, academic general practice, research or work for national bodies.

116. Education and training alone covers a variety of opportunities in undergraduate education, vocational training and continuing professional development.

117. Current pension arrangements do not encourage GPs to move between various types of work because of the apparent illogicality and inconsistency in the categorisation of what is and is not pensionable pay. There are other adverse complications arising from moving between the pension categories of practitioner and officer work. Under the new contract, the aim is that all work undertaken within the NHS will be pensionable. Remuneration and associated pension arrangements need to provide a level of clarity and consistency to ensure those GPs undertaking a variety of work are not discriminated against and that their pensions fully reflect the NHS work they have undertaken.

Clinical leadership

118. This phase in a GP's career will recognise a reduced commitment in face-to-face clinical practice in favour of taking on roles such as those in education, mentorship, clinical leadership in primary care organisations or Strategic Health Authorities, membership of Boards in executive and non-executive roles, and work for Local Medical Committees. The development of Teaching Primary Care Trusts will help to create opportunities for GPs in England and we would hope to try to extend similar opportunities to the other three countries.

119. No assumption is made that all GPs will want to reduce their clinical commitments in the above way, though we know from the National Survey of GP Opinion that many older doctors would like to reduce their hours of work – particularly those currently in the 45 to 54 years age group.

120. Primary care organisations will manage a budget for GPs career development under the new contractual arrangements. The precise mechanism for accessing these funds has still to be confirmed.

Child care

121. Large numbers of GPs are currently unable to work, or only able to work more limited hours, because of the prohibitive costs of child care. The provision of accessible child care arrangements by the PCO for the use of GPs and their staff will make a substantial contribution to the recruitment and retention of GPs and other members of the primary care team.

122. Other family friendly measures are essential to assuage the dire recruitment and retention crisis in general practice and to ensure there are enough GPs in the NHS in future. A start has already been made with the recent announcement on improved maternity and other parental benefits, but much more needs to be done.

Remote, rural or isolated practices

123. Special arrangements need to be made to support practices that cannot opt out of some services because of their specific geographical circumstances. These practices will need special resourcing and PCOs will be instructed to make proper provision to assist these doctors.

124. Each element of the contract will be looked at for its impact on practices in these areas and we will also be looking to build on the current inducement arrangements.

125. The new contract will review the ways in which doctors are paid and resourced in other ways to help them with their work in community hospitals and in the provision of minor injury services to patients who live a long way from the nearest hospital

How the contract will affect your pension

126. The UK is experiencing dire recruitment and retention problems in the GP workforce. The four countries cannot afford to lose a single family doctor, yet we know from the National Survey of GP Opinion that over 80 per cent of current GPs plan to retire at the age of 60 or younger. Too few doctors are coming into general practice - in the year to September 2001 only 18 whole time equivalent GPs were added to the workforce in England. One way of attracting doctors into the profession, and persuading existing GPs to stay in practice, is to improve pensions.

127. There have been considerable problems with pensions for general practitioners over several years. Particular issues have been the pensioning of locum work and the value of the dynamising factor over successive years. The process of negotiations on the new contract have brought some clarity to these issues. In the opinion of the negotiating team these are fundamental issues of principle, the resolution of which still has to be achieved.

Locum pensions

128. Agreement was reached with officials over a year ago on the issue of pensioning locum work. There was a very substantial delay in giving us the relevant regulations. When they were made available they were found to be unsatisfactory in two respects.

• Assistants and principals are currently unable te, superannuate GP locum remuneration:

• Non-principals are not currently included in the injury benefits scheme.

129. The Minister laid the regulations despite protestations and advice from the GPC and the BMA Council. Since then we have achieved two considerable concessions during negotiation of the contractual framework. It is agreed that Ministers and the GPC expect:

• All NHS income earned by GPs will be pensionable.

• Locum earnings in the hands of assistants and principals will in future be superannuable.

Dynamisation

130. Because the NHS superannuation scheme for GPs is based on lifetime earnings, the system includes a mechanism (dynamisation) for enhancing those earnings, to make sure that a GP's pension bears the sanie sort of relationship to income at retirement as the final salary basis of calculation does for all other members of the NHS scheme, except the independent contractor professions.

131. Over recent years various payments have been excluded from the calculation of the dynamising factor by the Secretary of State. These include, for example, higher target payments and Local Development Scheme income. The total excluded now exceeds eleven per cent of average intended net remuneration.

132. We have pressed successive Ministers on this issue for over two years. As yet the Govemment remains to be persuaded. In his letter to the Chairman of the BMA Superannuation Committee of 8 April 2002 John Hutton is explicit that he no longer sees the fonction of enhancement as being to maintain the link with earnings: `It is also clear to me that the method has consistently achieved the main object of the exercise, in that pensionable earnings have been uprated year-on-year to *protect their value in money ternis* and in fact, have done so at a rate ahead of inflation in the general economy.' GPs have therefore been singled out from all other workers in the NHS who have a direct link between pay increases and their pension.

Conclusion

133. Obviously this unacceptable situation must be resolved once and for all when the contract is priced. Meanwhile, we believe that the contractual framework should be considered

and voted on in relation to its other merits. We shall continue to insist that the final contract includes pensioning on the practitioner basis of all NHS work done by GPs and that the dynamising factor both restores and guarantees for the future the link with eamings. GPs deserve a pension scheme that deals with them fairly and recognises the worth of their contribution to the health service.

Help for providing modern practice premises

134. Providing suitable up-to-date practice premises for modem healthcare can be problematic. In the National Survey of GP Opinion, half the doctors who responded felt GMS practices had difficulty initiating premises development. GPs incur significant cost liabilities and in the past, there have been barriers in the way of improving primary care buildings.

135. The aim in the contract negotiations has been to maintain GP choice of investment routes and to provide parity in access to funding. The underlying principle is to ensure the new contract safeguards GP premises and their necessary improvement and development in the interests of high quality patient care.

136. Specific fimding scheme arrangements are necessary to support the cost liabilities that family doctors incur in providing modem practice premises.

137. The private sector is increasingly playing the role of provider of capital to build the premises. It acts as landlord to its GP tenants through binding legal agreements. Because of this, it is important that explicit funding scheme arrangements are available to provide robust, nationally agreed ternis to support GPs on at least as favourable a basis as those for a third party developer. This will apply both in ternis of revenue stream and overall return on projects. It will provide stability for GPs and also for the taxpayer in ternis of value for money. It will give assurances to funders and landlords that premises costs will attract uniformity of support under the new GP contract.

138. So far, Public Private Partnership (PPP) developers have had a financial advantage over GP investors who wish to build their own premises. This issue is tackled in the new flexibility arrangements set out below.

139. In addition to the raft of new measures to increase flexibilities relating to practice premises (and remove the barriers to improving them), under the new NHS contract, money for funding new premises and improvements to premises will be drawn from a budget managed through PCOs. PCOs will bid for funding from that budget and manage the premises allocation locally. They will be encouraged to collaborate together to ensure that funds are available and the most urgent schemes are developed first taking account of the complex nature and year-on-year variability at local level of funding premises improvements and developments.

New flexibilities to encourage premises development

140. Areas with poor retums on capital have historically attracted low levels of investment in primary care infrastructure. Already a first wave of flexibilities has been introduced to

overcome some barriers to investment in practice premises. The new contract develops additional complementary measures to maintain GP choice in investment routes and to provide parity in access to funding. The new flexibilities have inbuilt checks and controls to make sure they are used in the interest of the NHS and deliver value for money.

141. The new package of flexibilities concerning practice premises development are:

A grant to meet mortgage deficit costs. If the outstanding mortgage on existing practice premises exceeds the achievable sale price, GPs are understandably reluctant to sell their old premises to move to modern alternatives. PCOs will be allowed to give a grant to enable doctors to sell their existing premises and move to better alternative ones. This will allow improved patient access to healthcare in modern surroundings.

A grant to meet mortgage redemption costs. GPs wishing to move premises can face a penalty redemption charge for paying off their mortgage early. This flexibility will allow a PCO to give a grant to cover all or some of the penalty charges. This financial incentive will encourage GPs to move to modern surgeries, providing better care for patients.

Allowing PCOs to take an option on land. Ideal sites or plots of land can be snapped up by a third party not related to primary care because of the time it takes for a PCO to act. This flexibility allows PCOs access to small amounts of capital so they can take an option to purchase, giving time to find a developer to build a GP surgery.

Cost rent payments for GPs buying from a small practice. Sometimes when a single-handed GP (or doctors in a two-partner practice) wants to retire or move on, they may decide not to sell their good premises because the sale price is less than the outstanding mortgage. Instead of being taken over by a successor practice, the buildings are converted for alternative use, such as residential use. As a result, duplicate premises have to be built for the new GP practice. Allowing cost rent payments to continue for GPs who buy in this situation will allow them to buy the premises at the level of the outstanding loan – saving duplication and allowing departing GPs to sell without losing money.

Reviewing cost rent payments when GPs re-mortgage at lower interest rates. This change allows PCOs to reassess cost rent payments if more advantageous interest rates are obtained by GPs. The result will be to free up resources for GMS use.

Reimbursement of legal and professional fees for GPs in new premises developed by public-private partnership. This puts right the inequity in which the reimbursements of legal and other fees incurred by GPs building new premises do not currently apply to PPP building schemes.

Paying notional rent, as well as cost rent, when premises are modernised or extended. GPs receiving cost rent payments who need to invest further capital in their premises are put off from doing so because they do not receive any assistance towards the increased borrowing costs. This change will allow notional rent to be paid in addition to cost rent already being paid. It will allow premises to be modernised or extended.

Abatement of notional rent. This will apply in future premises modernisation or building where the NHS contributes to some of the development. Currently, where NHS capital contributes to the development (for example via improvement grants) full notional rent is paid on both the capital the GP puts in and on the NHS finance. This change

would mean that full notional rent will be paid on the GP proportion of the capital spend and an abated notional rent on the NHS proportion, equivalent to the additional costs for heating, lighting and maintenance – not the NHS capital investment. The abatement arrangements will not be applied to current market rent reviews for premises that have had NHS capital invested before the introduction of this change. Abatement will apply to new instances of NHS capital investment from the date the change is introduced.

Payment of notional rent to leaseholder GPs who improve their premises. Currently there is a disincentive for GPs who lease their premises to spend money on improvements as the Red Book – the Statement of Fees and Allowances – does not allow notional rent to be paid for these improvements. This will be changed so that notional rent will be payable to leaseholder GPs. This should act as an incentive for them to borrow capital and modernise their surgeries.

Extending the timescale to repay improvement grants. In future, owner-occupier GPs will have 10 years to repay improvement grants and their PMS equivalents. GPs who rent premises will be able to re-negotiate their lease terms to 15 years.

In future service charges will be allowed to be directly reimbursed.

Frequent reviews of building cost location factors will be introduced.

Index-linked leases will be introduced, for example based on the RPI. This will support return on capital investments in primary care and reimbursement of rental costs.

There will be a **revised premises schedule** and a **revised commentary.**

Safeguards and security for GPs signing leases with primary care organisations. A letter will be issued to clarify matters. This new flexibility is intended to make it possible for GPs to sign leases with third parties for modern fit-for-purpose premises. The PCO will be able to have a lease assigned to it temporarily if a departing GP is unable to assign it.

142. Without guaranteed significant extra resources it will not be possible to deliver the practice premises improvements that are needed or the Government's plans for the NHS.

Dispensing

143. Dispensing doctors provide a valuable service to their local communities which deserves to be properly rewarded. However, the current system creates perverse incentives in relation to the payments for the costs of drugs prescribed, the number of items prescribed and dispensed and the frequency of repeat prescribing and therefore dispensing. The GPC and the NHS Confederation are agreed that reform of the mechanism for payments to dispensing doctors is required.

144. Considerable work has already been done on ways to remove the perverse incentives whilst protecting the practice dispensing income. However, the issues are complex and involve a number of stakeholders and further work is required. We intend that rural practices should not have to rely on dispensing for their economic viability, and that

remuneration for dispensing should not be included in the allocation formula used to calculate the global sum. Negotiations will continue to ensure that government, managers and patients can feel confident that dispensing by doctors is both clinically effective and ethical and that doctors feel the work involved is properly rewarded.

Safeguarding the new contract against imposed change

145. One of the factors which has demoralised GPs over recent years has been the imposition of changes to the current GMS contract without proper time for consultation and negotiation.

146. Under the new contract, in all but a limited number of exceptional circumstances, there will be a minimum consultation period of twelve weeks. The aim is to make sure that any proposed changes are properly negotiated with the GPC. This should avoid the imposition of an additional workload without providing extra resources or making counterbalancing adjustments to the agreed level of workload in GP practices.

147. The twelve week consultation period follows case law and the code set out in a Cabinet Office paper applying to public consultations.

148. Two exceptions have been agreed between the Secretary of State for Health and the GPC and are in cases when changes have to be made to the GP contract to meet a national security requirement or an emergency public health requirement. The GPC recognises that in those circumstances the time for consultation and negotiation may of necessity be very limited. An additional exception to be discussed will relate to matters dependent on the Government's annual funding allocations

149. In other circumstances, consultations about and revisions to the new contract terms will be conducted in accordance with case law and the Cabinet Office paper. This will effectively form the basis of a collective bargaining agreement which will be a powerful tool in future proofing against the unilateral imposition of contract changes in the years ahead.

The inter-relationship with PMS

150. When the GPC balloted family doctors in May 2001, they were asked if they would consider resigning from their current NHS contracts if a satisfactory new contract could not be negotiated, and if the right of the GPC to negotiate on behalf of all NHS GPs was not agreed.

151. Intensive negotiations have produced this new contractual framework which is radically different from the existing terms of service. It contains innovative concepts such as weighted patient lists determining practice income, gets rid of barriers to modernisation such as the difficulties put in the way of improving premises, and incorporates the advantageous aspects of PMS contracts such as practice list-based payments and a realistic salaried GP option.

152. Legal differences such as the fact that PMS is covered by Part I of the NHS Act 1977 and the NHS (Scotland) Act 1978 while GMS comes under Part II are historical and may not be relevant in the light of future legislative changes.

153. This new GP contract looks forward to the future and spans the gap between the current two types of contract. In its NHS Plan for England, the Government states clearly that it wants to see a single contract for GPs within two or three years. The other countries will probably follow. The need for separate negotiating arrangements for PMS and GMS GPs may well be removed.

> *"By 2004 both local Personal Medical Services and national arrangements are set to operate within a single contractual framework that will meet the key principles and requirements of a modern NHS."* Extract from paragraph 8.9 of the NHS Plan for England, 27 July 2000.

154. The new contract negotiated between the GPC and the NHS Confederation is designed to take general practice in all four UK countries forward into the 21st century. In addition to delivering a system providing high quality care for patients it recognises the size and intensity of the workload of family doctors and provides mechanisms to reduce this workload over time. It also provides the vehicle for achieving convergence of the PMS and GMS GP contracts as envisaged in the NHS Plan for England.

155. Throughout the new contract there are flexibilities built in which draw on the best aspects of the PMS contract within the framework of a new GMS contract. One example is the amount of choice available in the way a practice is structured. This results from a global payment for services flowing into the practice, based on the patients and their needs rather than related to the number of doctors. However, it offers significant improvements over PMS, with more guaranteed funding flows, the ability to control GP workload and the opportunity to achieve significant additional rewards for delivering high quality medical care, all covered by national negotiations and agreements.

156. The Government is currently committed to the continuation of PMS. It will obviously look at how this new GP contract develops and also at how many family doctors choose not to pursue PMS or decide to use their return tickets from PMS. In terms of equity, there is no justification in the long term for having two separate contractual arrangements when the objective should be that high quality services are available to all patients.

How it will benefit patients

157. Patients deserve a first rate primary care service delivering high quality care in an appropriate time-scale to meet their needs. The new contract creates the necessary environment to enable GPs to provide this and protects patient safety by ensuring the workload of doctors and other members of the primary health care team is kept within safe limits.

158. The new contract contains a nationally agreed framework which defines the services patients can expect to receive all over the country. By taking into account the health characteristics of different types of patients – their age, gender and background for example – it provides the mechanism that can help ensure that GP practices get enough resources to look after the patients on their lists.

Scenario

Patients

Mary Brown was not overjoyed to discover she was pregnant at the age of 42 after a gap of 14 years. She and Derek thought they were just on the verge of having some freedom from the children and that there was sufficient money to afford to have a few luxuries. Now she has had to give up her job at the shop and they are forced to live on one wage.

Of course now they have little Jessica, they are both ecstatic and neither would want to turn the clock back. However, you have to admit that a whole new range of worries have been introduced. Then there is the problem of Derek's diabetes. It was diagnosed six months ago. Because he works in Staines he had to take a day off work every three months for his hospital check-ups and more often than that if his sugars went haywire.

Mary's mum, Anna, lives with them now. She is really quite frail and forgetful. The doctor finds it very difficult to visit and getting her and the baby to the surgery is no joke. Everything has to be done twice if social services are involved.

Rewarded

Neither Mary or Derek understand quite what has happened. The doctors have a new contract or something. Anyway, the new system seems to be much better. Last week they received a beautiful glossy book on illnesses with their new telephone directory. It seems to cover everything, especially children's problems. It is amazing how much you forget over 15 years. When Jess had that terrible fever the other night Mary had convinced herself it was meningitis. However, after a telephone call to NHS Direct for advice, she was able to check it was safe to give paracetamol. It was reassuring to be able to confirm everything in the guide. She does not think she could have persuaded Derek not to call an ambulance otherwise.

Derek is the foreman at his works and has just received a circular about being able to see a doctor in Staines for monitoring his diabetes. He has a form to fill in and then the officials will arrange for him to be seen at a practice near his work. He won't have to leave nice Doctor Stephens who has been his doctor for 20 years. After all, if he ever had a serious problem he would want to talk to him about it. It is a great relief because he was having so much time off work that he was worried about getting the sack.

Anna can now have transport to the doctors. Mary still likes to go with her to make sure she remembers everything but it is much easier than two buses. The social worker is based at the health centre too which saves separate visits.

Perhaps the most important thing is the doctor seems to have more time and seems much less harassed. Last time she want he said he was going to retire. This time he told her 'they' had given him an offer he could not refuse. He will stay on another five years. He is such a nice man. He deserves to enjoy his work.

Allocations

159. As GPs struggle to meet the needs of their patients at a time of shortage of both doctors and nurses, many practices have had to close their lists to new patients. Everyone has to have access to primary care and at the moment if new patients cannot find a practice which can take them on, they are allocated to one by the PCO for their area. This is unsatisfactory both for the already over-subscribed practice and for the patient. It has been agreed, in principle, that the current system of allocations will end. It is envisaged the PCO will develop a new system for looking after these patients.. The details of this scheme have not been finalised but will ensure that no one is left without access to primary care.

Empowering patients

160. Whilst not strictly a contractual issue, improving public education, increasing patient responsibility, empowering patients and improving the role of skill-mix across primary care are crucial to the context and environment in which a new contract will work.

161. There are already initiatives under way across the four countries, either at a national level or locally to empower patients and reduce demand on primary care. It will be important to build on these and expand them where appropriate.

162. The new arrangements will seek to empower patients and expand the role patients with chronic, long-term conditions can play in better managing their own disease through making most effective use of existing professionally-led services and other self-help resources. This should not only be limited to those with chronic conditions but should encompass minor, self-limiting illnesses. National initiatives will be promoted to support this and mechanisms are being considered for building such schemes into the new contract and rewarding practices which actively pursue such schemes. This will build on the work of the Doctor Patient Partnership, Life Education Centres and the Expert Patients' Programme in England. Ways of developing health education further in schools will be explored with the Education Departments in the four countries.

Temporary residents

163. Sometimes patients need to see a GP when they are away from home, perhaps on holiday or visiting friends. They will continue to be able to register with a local practice as a temporary resident or to be seen if they require emergency or immediately necessary treatment. Under the new contract, following an assessment of the workload, based on historical demand, the resources to provide this service will come from the practice's total resources. Where there are exceptional circumstances – such as the opening of a new holiday facility - practices will get extra resources via contracts for Locally Enhanced Services.

164. In addition, we are considering options for improving access to primary care for certain members of the population (for example, those who need to access services close to their workplace as well as their home).

Summar

165. In summary, over time, the new contract for GPs should ensure patients get the benefits of a better resourced, higher quality, primary care health service from professionals who have the time and energy to look after their needs properly.

Annexe 5
La rémunération des médecins généralistes anglais
(Annexes A et C du 31ème rapport du Review Body, janvier 2002)

APPENDIX A

DETAILED RECOMMENDATIONS ON REMUNERATION

PART I: RECOMMENDED SALARY SCALES

The salary scales that we recommend for full-time hospital and community doctors and dentists are set out below; rates of payment for part-time staff should be increased *pro rata*.

A. Hospital medical and dental, public health medicine and dental public health staff

	Current scales £	Recommended scales payable from 1 April 2002 £
	(salary scales excluding earnings from additional sources, such as out-of-hours payments for training grades)	
House officer	17,935	18,585
	19,090	19,780
	20,245	20,975
Senior house officer	22,380	23,190
	23,880	24,745
	25,380	26,300
	26,880	27,855
	28,380	29,410
	29,880[1]	30,965[1]
		32,520[1]
Registrar	25,015	25,920
	26,280	27,230
	27,545	28,540
	28,810	29,850
	30,340	31,435
Senior registrar	28,810	29,850
	30,340	31,435
	31,870	33,020
	33,400	34,605
	34,930	36,190
	36,460	37,775
Specialist registrar[2]	25,015	25,920
	26,280	27,230
	27,545	28,540
	28,810	29,850
	30,340	31,435
	31,870	33,020
	33,400	34,605
	34,930[3]	36,190[3]
	36,460[3]	37,775[3]

[1] To be awarded automatically except in cases of unsatisfactory performance, see twenty-eighth report, chapter 3, paragraph 3.21, and see chapter 6, paragraph 6.46 of this report.

[2] The trainee in public health medicine scale and the trainee in dental public health scale are both the same as the specialist registrar scale.

[3] To be awarded automatically except in cases of unsatisfactory performance, see twenty-eighth report, chapter 3, paragraph 3.21.

	Recommended scales payable from 1 April Current scales	2002
	£	f
50,810 52,640 54,505 56,470 58,200 60,300 61,895 64,130 66,120 68,505 *Discretionary points*	*Notional scale*	
–	68,765 71,250	71,410
	73,995 74,055	76,740
	76,700 79,485	79,345
	82,230 81,990	84,975
	84,635 87,720	87,280
	90,465	
Associate specialist	30,125	31,210
	33,405 34,610 36,685	38,010
	39,965 41,410 43,245	44,810
	46,525 48,210 50,870	52,705
	52,400 56,105[4]	
Discretionary points	*Notional scale* 54,365 58,210	
	56,330 60,315 58,295	
	62,420 60,260 64,525	
Staff grade practitioner	27,170	28,150
	29,395 30,455 31,620	32,760
	33,845 35,065 36,070	37,370
	39,675[5] *Discretionary points*	*Notional*
	scale 38,295[6] 41,980[6]	40,520[6]
	44,285[6] 42,745[6]	46,590[6]
	44,970[6] 48,895[6]	

4 See chapter 7, paragraph 7.68.

s New incremental point, see chapter 7, paragraph 7.68.

	Current scales	Recommended scales payable from 1 April 2002
	£	£
	(annual rates on the basis of a notional half day per week)	
Clinical assistant (part-time medical and dental officer appointed under paragraphs 94 or 105 of the Terms and Conditions of Service)	3,710	3,845
Hospital practitioner (limited to a maximum of 5 half day weekly sessions) -	3,625	3,760
	3,830	3,975
	4,035	4,190
	4,240	4,405
	4,445	4,620
	4,650	4,835
	4,855	5,050

Details of the supplements payable to public health medicine staff are set out in Part II of this Appendix.

B. Community heaith staff

	Current scales £	Recommende[d] scales payable from 1 April 2002 £
	(salary scales excluding earnings from additional sources, such as out-of-hours payments for training grades)	
Clinical medical officer	25,990	26,930
	27,440	28,435
	28,890	29,940
	30,340	31,445
	31,790	32,950
	33,240	34,455
	34,690	35,960
	36,140	37,465
Senior clinical medical officer	37,085	38,425
	39,390	40,815
	41,695	43,205
	44,000	45,595
	46,305	47,985
	48,610	50,375
	50,915	52,765
	53,220	55,155

C. Salaried primary dental care staff

Band 1: Community dental officer	25,165	
	27,450	28,445
	29,735	30,815
	32,020	33,185
	34,305	35,555
	36,590	37,925
	38,875[9]	40,295
	41,160[9]	42,665[9]
		45,035[9]
Band 2: Senior dental officer	39,600	41,030
	42,800	44,345
	46,000	47,660
	49,200	50,975
	52,400	54,290
	53,110[10]	55,025[10]
	53,820[10]	55,760[10]

These pay scales aiso apply to salaried dentists working in Personal Dental Services.

e The parties agreed some changes to these payscales for 2001-02 after the publication of our thirtieth report, see chapter 4, paragraphs 4.21 and 4.38.

[9] Performance based increment, see chapter 4, paragraphs 4.21, 4.30 and 4.38. See also twenty-eighth report, chapter 8, paragraph 8.9 (community dental officers) and twenty-ninth report chapter 7, paragraph 7.61 (salaried general dental practitioners).

[10] Performance based increment, see chapter 4, paragraphs 4.21 and 4.38. See also thirtieth report, chapter 8, paragraph 8.15

	Current scales £	Recommended scales payable from 1 April 2002 £
Band 3: Assistant clinical director	52,910	54,815
	53,740	55,675
	54,570	56,535
	55,400	57,395
	56,230[10]	58,255[10]
	57,060[10]	59,115[10]
Band 3: Clinical director	52,910	54,815
	53,740	55,675
	54,570	56,535
	55,400	57,395
	56,230	58,255
	57,060	59,115
	57,890	59,975
	58,750	60,865
	59,580[10]	61,725[10]
	60,410[10]	62,585[10]
Regional dental officer Band B (Region with population under 3.5 million)	58,660	60,775
	59,450	61,595
	60,240	62,415
	61,030	63,235
Regional dental officer Band A (Region with population of 3.5 million or over)	59,880	62,040
	60,670	62,860
	61,460	63,680
	62,250	64,500
Chief administrative dental officer of Western Isles, Orkney and Shetland health boards	46,365	48,035
	49,295	51,075
	52,225	54,115
	55,155	57,155
	58,750[11]	60,865[11]
		61,725[12]
		62,585[12]
Part-time dental surgeon:	*Sessional fee (per hour)*	
Dental surgeon	22.70	23.55
Dental surgeon holding higher registerable qualifications	30.15	31.25
Dental surgeon employed as a consultant	37.55	38.95

Details of the supplements payable to community dental staff are set out in Part II of this Appendix.

[10] Performance based increment, see chapter 4, paragraphs 4.21 and 4.38. See also thirtieth report, chapter 8, paragraph 8.15.

[11] Now aligned with top non-discretionary point of clinical director's scale, see thirtieth report, chapter 8, paragraph 8.31.

[12] Performance based increment, see chapter 4, paragraph 4.48.

PART II: DETAILED RECOMMENDATIONS ON FEES AND ALLOWANCES

Operative date

1. The new levels of remuneration set out below should operate from 1 April 2002. The previous levels quoted are those currently in force.

Hospital medical and dental staff

2. The annual values of distinction awards for consultants should be increased as follows. The percentage of the maximum of the consultant scale is shown in brackets.

   A plus awards (95 per cent): from £62,815 to £65,080

   A awards (70 per cent): from £46,285 to £47,955

   B awards (40 per cent): from £26,450 to £27,405

3. The number[1] of A plus awards should be increased from 309 to 324, the number of A awards from 1,094 to 1,148, and the number of B awards from 2,386 to 2,503.

4. The annual values of intensity payments should be increased to the following amounts:

   Daytime supplement: from £1,040 to £1,080

   Out-of-hours supplement

   Band 1: from £780 to £810

   Band 2: from £1,560 to £1,620

   Band 3: from £2,340 to £2,425

5. Under the agreement reached between the Health Departments and the BMA on the new contract for doctors and dentists in training, the following non-pensionable multipliers apply to the basic pay of whole-time doctors and dentists in training grades (and flexible trainees working 40 hours or more a week or in New Deal non-compliant posts):

	December 2000	December 2001	December 2002
Band 3	1.62	1.70	2.00
Band 2A	1.50	1.60	1.80
Band 2B	1.42	1.42	1.50
Band 1A	1.42	1.42	1.50
Band 1B	1.30	1.30	1.40
Band 1C	1.20	1.20	1.20

[1] The baseline totals at April 2001 have been increased from those in our thirtieth report, see chapter 7, paragraph 7.49 in this report.

6. Under the new contract agreed by the parties, 1.0 represents the basic salary (shown in Part I of this Appendix) and figures above 1.0 represent the total salary to be paid, including a supplement, expressed as a multiplier of the basic salary.

7. Under the new contract agreed by the parties, the following multipliers will apply to the basic pay of flexible trainees working less than 40 hours of actual work per week:

	December 2000 onwards
Band FA	1.25
Band FB	1.05
Band FC	*

* Flexible trainees with no duty outside the period 8am to 7pm Monday to Friday will be paid according to the following formula: (hours of duty/40) x basic pay.

8. The fee for domiciliary consultations should be increased from £66.25 to £68.65 a visit. Additional fees should be increased *pro rata*.

9. Weekly and sessional rates for locum appointments in the hospital service should be increased as follows:

Consultant appointment[2]	from £1,147.85 to £1,189.65 a week; from £104.35 to £108.15 a notional half day
Associate specialist, senior hospital medical or dental officer appointment	from £797.50 to £826.65 a week; from £72.50 to £75.15 a notional half day
Specialist registrar LAS appointment	from £583.60 to £604.80 a week; from £14.59 to £15.12 per standard hour
Senior registrar appointment	from £628.00 to £650.80 a week; from £15.70 to £16.27 per standard hour
Registrar appointment	from £528.00 to £547.20 a week; from £13.20 to £13.68 per standard hour
Senior house officer appointment	from £486.80 to £504.40 a week; from £12.17 to £12.61 per standard hour
House officer appointment	from £368.80 to £382.40 a week; from £9.22 to £9.56 per standard hour
Hospital practitioner appointment	from £81.00 to £83.95 a notional half day
Staff grade practitioner appointment	from £648.50 to £672.00 a week; from £64.85 to £67.20 a session
Clinical assistant appointment (part-time medical and dental officer appointment under paragraphs 94 or 105 of the Terms and Conditions of Service)	from £71.80 to £74.40 a notional half day

[2] Where a consultant takes a locum appointment after retirement, and provided the consultant was remunerated at the scale maximum, the rates applicable instead should be increased as follows:
from £1,271.05 to £1,317.25 a week;
from £115.55 to £119.75 a notional half day.

10. The Health Departments should make the necessary adjustments to other fees and allowances as a consequence of our salary recommendations.

Ophthalmic medical practitioners

11. The ophthalmic medical practitioners' gross fee for sight testing should be negotiated between the parties.

General medical practitioners[3]

12. Basic practice allowance for full-time practitioners should be increased as follows:

First 400 patients	from £3,640 to £3,800
Each successive patient from 401 to 600	from £9.10 to £9.50
Each successive patient from 601 to 800	from £7.28 to £7.60
Each successive patient from 801 to 1,000	from £5.46 to £5.70
Each successive patient from 1,001 to 1,200	from £3.64 to £3.80
Maximum rate for 1,200 patients	from £8,736 to £9,120

13. The additions (full rate) to the basic practice allowance should be increased as follows:

Designated area allowance:	
Type 1	from £4,220 to £4,420 a year
Type 2	from £6,435 to £6,740 a year
Seniority:	
First payment	from £575 to £600 a year
Second payment	from £3,040 to £3,185 a year
Third payment	from £6,480 to £6,785 a year
Fourth payment	from £7,885 to £8,255 a year
Allowance for the employment of a full-time assistant:	
Ordinary level	from £7,545 to £7,900 a year
Where the principal receives the Designated area allowance	from £10,565 to £11,060 a year

[3] The GMS feescale for 2001-02 was updated after the publication of the Supplement to our thirtieth report

14. Deprivation payments which are administered on an enumeration district basis for each patient resident in a deprived area should be increased as follows:

England and Wales:

Band 4	from £26.32 to £35.39 a year
Band 3	from £17.55 to £23.60 a year
Band 2	from £11.69 to £15.73 a year
Band 1	from £7.82 to £10.49 a year

Scotland:

Band 4	from £33.80 to £35.39 a year
Band 3	from £22.54 to £23.60 a year
Band 2	from £15.02 to £15.73 a year
Band 1	from £10.02 to £10.49 a year

15. Deprivation payments are no longer administered on a ward basis.

16. The standard capitation fees should be increased as follows:

Patients aged under 65	from £18.60 to £19.50 a year
Patients aged 65 to 74	from £24.50 to £25.65 a year
Patients aged 75 and over	from £47.50 to £49.75 a year

17. The capitation addition for out-of-hours cover should be increased from £3.70 to £3.90 a year.

18. The child health surveillance fee should be increased from £13.45 to £14.10 a year.

19. The registration fee should be increased from £8.20 to £8.60.

20. Night visit payments should be increased as follows:

Annual allowance	from £2,510 to £2,630
Fee	from £25.10 to £26.30

21. Target payments[4] for childhood immunisations should be increased as follows:

higher rate	from £2,730 to £2,865 a year
lower rate	from £910 to £955 a year

[4] The rates shown for target payments are the maxima which can be paid to GMPs with the average number of eligible patients on their list. The difference between the higher rate and the lower rate is excluded from average remuneration.

22. Target payments[4] for pre-school boosters should be increased as follows:

higher rate	from £810 to £855 a year
lower rate	from £270 to £285 a year

23. Target payments[4] for cervical cytology should be increased as follows:

higher rate	from £3,030 to £3,180 a year
lower rate	from £1,010 to £1,060 a year

24. The fees for items of service carried out for reasons of public policy should be increased as follows:

Vaccination and immunisation

higher rate	from £6.55 to £6.80
lower rate	from £4.50 to £4.70

25. The fees for the provision of contraceptive services should be increased as follows:

Ordinary fee	from £17.30 to £18.10
Intra-uterine device fee	from £57.65 to £60.35

26. The annual payments for health promotion programmes for a practitioner with an average list size for Great Britain (adjusted *pro rata* for other list sizes) should be increased from £2,615 to £2,740.

27. The annual payments per GMP for chronic disease management programmes should be increased as follows:

Diabetes allowance	from £455 to £475
Asthma allowance	from £455 to £475

28. The fee for doctors on the obstetrics list providing complete maternity services should be increased from £216 to £226. Other maternity medical service fees should be increased *pro rata*. In addition, night visit fees should be payable for certain maternity service work undertaken during the qualifying times.

29. The temporary resident fees should be increased as follows:

Patients expecting to remain in the district for:

not more than 15 days	from £10.95 to £11.45
more than 15 days	from £16.45 to £17.20
Where the only treatment given is by telephone	from £7.30 to £7.63

[4] The rates shown for target payments are the maxima which can be paid to GMPs with the average number of eligible patients on their list. The difference between the higher rate and the lower rate is excluded from average remuneration.

30. The fees for emergency treatment given by a practitioner to a patient not on his or her list should be increased as follows:

Involving a night visit	from £25.10 to £26.30
Emergency consultation	from £27.35 to £28.65
Minor surgical operation involving local or general anaesthetic	from £27.35 to £28.65
Treatment of a fracture	from £27.35 to £28.65
Reduction of a dislocation	from £27.35 to £28.65
Administration of a general anaesthetic	from £45.55 to £47.70

31. The fees for the provision of an anaesthetist for administration of a general anaesthetic should be increased from £45.55 to £47.70

32. The fees for arrest of dental haemorrhage should be increased as follows:

higher rate	from £27.35 to £28.65
lower rate	from £18.65 to £19.55

33. The full rate of the postgraduate education allowance should be increased from £2,735 to £2,865 a year. The reduced allowances should be increased as follows:

level 1	from £545 to £575 a year
level 2	from £1,090 to £1,150 a year
level 3	from £1,635 to £1,725 a year
level 4	from £2,180 to £2,300 a year

34. The training grant under the trainee practitioner scheme[5] should be increased from £6,100 to £6,385 a year.

35. The initial practice allowance should be increased as follows:

Type 1	Maximum allowance
First year	from £28,020 to £30,540
Second year	from £18,680 to £20,360
Third year	from £9,340 to £10,180
Fourth year	from £4,670 to £5,090
Type 2	Guaranteed net income (for up to 5 years from date of appointment of first doctor)
First doctor	from £73,465 to £80,105 a year
Second doctor	from £56,510 to £61,618 a year

[5] This allowance is directly reimbursed and is excluded from average remuneration.

36. The Health Departments should negotiate the amount to be compared with total reckonable income for the calculation of the Type 1 initial practice allowance.

37. The fee for doctors on the minor surgery list providing a minor surgery session should be increased from £135.20 to £141.55.

38. Rural practice funds should be increased by 4.71 per cent.

39. Average remuneration from on-cost and professional fees per unrestricted principal in respect of dispensing and supply of drugs and appliances should be increased by 4.71 per cent, assuming no change in workload.

40. The associates allowance[6] should be increased as follows:

First year	from £31,870 to £33,020 a year
Second year	from £33,400 to £34,605 a year
Third year	from £34,930 to £36,190 a year
Fourth year	from £36,460 to £37,775 a year
Fifth and subsequent years	from £37,990 to £39,360 a year

41. The maximum weekly rate of the locum allowance should be increased from £850.00 to £890.00.

42. The supplement payable to GMP registrars for out-of-hours duties should be increased[7] from 30 per cent to 50 per cent of basic salary.

43. Payment under the sustained quality scheme should be increased from £725 to £760.

General dental practitioners

44. The gross fee for each item of service and capitation payment should be increased by 3.6 per cent from 1 April 2002.

45. The sessional fee for practitioners working a 3-hour session under emergency general dental service schemes should be increased from £95.55 to £99.00.

46. The sessional fee for part-time salaried dentists working six 3-hour sessions a week or less in a health centre should be increased from £67.60 to £70.05.

47. The hourly rate payable in relation to the Continuing Professional Development Allowance[8] and for clinical audit/peer review[9] should be increased from £52.00 to £53.90.

[6] These allowances are directly reimbursed and are excluded from average remuneration.
[7] See chapter 2, paragraph 2.77.
[8] See chapter 3, paragraph 3.81.
[9] See chapter 3, paragraph 3.93.

48. The quarterly payments under the Commitment Payments scheme[10] should be increased as follows:

Level 1 payment	from £26 to £27 a quarter
Level 2 payment	from £226 to £235 a quarter
Level 3 payment	from £294 to £305 a quarter
Level 4 payment	from £353 to £366 a quarter
Level 5 payment	from £412 to £427 a quarter
Level 6 payment	from £470 to £487 a quarter
Level 7 payment	from £529 to £549 a quarter
Level 8 payment	from £588 to £610 a quarter
Level 9 payment	from £647 to £671 a quarter
Level 10 payment	from £705 to £731 a quarter

Doctors in public health medicine and community health and community dental Sta

49. The supplements payable to district directors of public health (directors of public health in Scotland and Wales) and for regional directors of public health should be increased as follows[11]:

	Current range of supplements £	Recommended range of supplements payable from 1 April 2002 £
Island Health Boards: Band E (under 50,000 population)	1,420 – 2,825	1,475 – 2,930
District director of public health (director of public health in Scotland/Wales):		
Band D	2,825 – 5,655	2,930 – 5,860
(District of 50,000 – 249,999 population)	(Bar); 7,070	(Bar); 7,325
Band C	3,545 – 7,070	3,675 – 7,325
(District of 250,000 – 449,999 population)	(Bar); 8,495	(Bar); 8,805
Band B	4,240 – 8,495	4,395 – 8,805
(District of 450,000 and over population)	(Bar); 10,960	(Bar); 11,355
Regional director of public health: Band A:	10,960 – 15,910	11,355 – 16,485

[10] See chapter 3, paragraph 3.72.

[11] Population size is not the sole determinant for placing posts within a particular band.

50. Under the new contract agreed by the parties, from 1 December 2000, no supplement is payable to trainees in public health medicine or dental public health for out-of-hours commitments. Trainees receive the banding supplement applicable to their hours and working arrangements.

51. The teaching supplement for assistant clinical directors in the CDS should be increased from £1,945 to £2,020 a year.

52. The teaching supplement payable to clinical directors in the CDS should be increased from £2,205 to £2,285 a year.

53. The supplement for clinical directors covering two districts should be increased from £1,420 to £1,475 a year and the supplement for those covering three or more districts should be increased from £2,270 to £2,355 a year.

54. The allowance for dental officers acting as trainers should be increased from £1,555 to £1,615 a year.

55. The Health Departments should make the necessary adjustments to other fees and allowances as a consequence of our salary recommendations.

APPENDIX C

tended and actual average net remuneration of GMPs: 1991–92 to 2002–03

1. Each year we have presented key figures which compare our recommendation for Intended Average Net Remuneration with outturn, and the adjustments we have made to take account of over and under payments through the balancing mechanism. This year we have decided to depart from the normal approach in the light of the evidence from the parties. This is for one year only, and we have therefore decided to continue to present here the relevant data to which we may be required to return in future rounds.

2. The actual average net remuneration received by GMPs can in any year be higher or lower than the Intended Average Net Remuneration that we recommend. In the past this has been mainly due to the difficulties in estimating precisely in advance the practice expenses that will, on average, be incurred by GMPs in any one year. Since 1983 we have operated a formal balancing mechanism to correct any underpayment or overpayment in net remuneration, although the Government suspended the mechanism for 2001–02 and, at the Government's request, we have not implemented the balancing mechanism for 2002–03. Final figures of actual practice expenses are only available in the second year after the expenses are incurred. This means that any full correction cannot be made until the following year (year three). Any correction may in turn be offset to the extent that forecasts for later years indicate an opposite correction, and also to take account of any possible offset brought forward from the previous year which had not been recovered previously due to the balancing mechanism rules which limit the amount which can be recovered in one year.

3. Last year we reported a net cumulative earnings overpayment of £2,684 by the end of 1998–99, after the recovery of £248 through the balancing mechanism in 2001–02. However, the Government suspended the balancing mechanism, and therefore £2,932 was left as an outstanding overpayment. This year, the latest year for which a final estimate of practice expenses is available is 1999–2000 when there was a further net overpayment of £515. Adding the £515 to the £2,932 left outstanding last year gives a total net earnings overpayment of £3,447 per GMP. We have not implemented the balancing mechanism for 2002–03 and the figure is therefore carried forward.

4. The following table shows the operation of the balancing mechanism since 1991–92. In the light of the review of the methodology by the Technical Steering Committee we have been presented with joint forecasts of indirect expenses for the first time, which we have included in the table along with forecasts of actual gross payments. The table also shows provisional figures and forecasts for actual outturns in 2000–01 onwards. As these outturn figures are not finalised they could be subject to revision.

£ per GMP

Year	Gross payments		Indirect expenses		Correction of previous under/over payments	Net remuneration			Net over (+) or under (-) payment	Outstanding amount carried forward
	IAGR	Actual	Intended	Actual		IANR	Adjusted IANR	Actual		
1991–92	55,022	57,546	18,000	19,574	–490	37,512	37,022	37,972	+950	+757
1992–93	59,977	60,020	20,000	19,855	–33	40,010	39,977	40,165	+188	+1,354
1993–94	62,303	61,453	22,190	20,947	–497	40,610	40,113	40,506	+393	+1,325
1994–95	64,037	62,826	22,500	21,142	–353	41,890	41,537	41,684	+147	+1,233
1995–96	64,648	63,991	21,700	21,700	–217	43,165	42,948	42,291	–657	+1,184
1996–97	66,998	66,484	23,000	22,918	–485	44,483	43,998	43,566	–432	0
1997–98	69,035	69,207	23,200	21,344	–196	46,031	45,835	47,863	+2,028	0
1998–99	70,933	70,175	23,423	21,500	–527	48,037	47,510	48,675	+1,165	+1,767
1999–2000	77,751	77,013	24,713	23,460	+432	52,606	53,038	53,553	+515	+2,932
2000–01[1]	78,462	79,386	24,504	22,980	–261	54,219	53,958	56,406		+3,447
2001–02[2,3]	80,300	80,759	23,790	23,040	0	56,510	56,510	57,719		
2002–03[4,5,6]	84,874		23,256	23,256	0	61,618	61,618			

Notes

[1] Actual gross payments for 2000–01 are provisional. Actual net remuneration and indirect expenses are forecasts.

[2] Actual gross payments, net remuneration and indirect expenses in 2001–02 are forecasts.

[3] An adjustment (agreed with the BMA and the Department of Health) was made to 2001–02 TSC forecast gross payments to take £3 million out of dispensing payments spend for 2001–02 to ensure that no clawback of 'flu payments was made. Forecast gross payment figures for 2001–02 were re-calculated on that basis.

[4] Actual indirect expenses in 2002–03 is a forecast.

[5] Paragraph 2.131 of chapter 2 refers to a 6.8 per cent increase against the outturn level of average net income currently forecast — this is the percentage increase from £57,719 to £61,618. The 6.1 per cent increase also mentioned is a result of taking £400 for 'golden hellos' from £61,618 before calculating the percentage increase.

[6] Based on the Departments' suggested methodology (which we described in our twenty-fifth report), IANR for the average full-time GMP would be £66,280 in 2002–03. We expect that GMPs will also earn on average a further £4,040 from higher target payments in 2002–03 (this estimate is based on *gross* fees for achievement of the higher targets). All these figures exclude other NHS earnings from non-GMS work.

Intended average net remuneration has been adjusted, where appropriate, to take account of delayed implementation of awards, and has been adjusted for GMPs who joined first or second wave Personal Medical Services pilots.

IAGR = Intended Average Gross Remuneration

IANR = Intended Average Net Remuneration

Annexe 6 Circulaire du NHS en date du 16 avril 1998 relatives aux National Service Frameworks

Health Service Circular

NHS Executive

Series number:	**HSC 1998/074**
Issue date:	**16th April 1998**
Review date:	**16th April 1999**
Category:	**Quality**
Status:	**Information** *for information only*

NATIONAL SERVICE FRAMEWORKS

To:	Community Health Councils - Chief Officers Health Authorities (England) - Chief Executive NHS Trusts - Chief Executives Special Health Authority Chief Executives
Cc:	Local Authorities - London Boroughs Chief Executives Local Authorities - Metropolitan Districts Chief Executives Local Authorities - Non-Metropolitan Districts Chief Executives Social Services Directors - England Professional Bodies Representative Bodies for Health Services and Local Government Health Advocacy Groups

Further details from: Gillian Chapman
Department of Health
Room 318 Wellington House
133-155 Waterloo Road
LONDON
SE1 8UG
0171 972 4483

Additional copies of this document can be obtained from:

Department of Health
PO Box 410
Wetherby
LS23 7LN

Fax 01937 845 381

It is also available on the Department of Health website at
http://www.open.gov.uk/doh/coinh.htm

© Crown copyright 1998

NATIONAL SERVICE FRAMEWORKS

- evidence of a shortfall between actual and acceptable practice with real opportunities for improvement
- an area where care pathways are complex
- a need for service improvement that may require significant reconfiguration
- a problem which requires new, innovative approaches

Enquiries

17. If you have queries on this letter or wish to propose future topics for National Service Frameworks please write to:

Gillian Chapman
Health Services Directorate
NHS Executive
Room 318
Wellington House
133 Waterloo Road
LONDON
SE1 8UG

This circular has been issued by:

Director

Graham Winyard
Director of Health Services

Sir Herbert Laming
Chief Inspector of Social Services