

Comparaison de l'évolution du forfait moyen par patient inscrit en maison médicale et des dépenses à l'acte « per capita » de 2013 à 2016

1. Objectif :

L'augmentation rapide et constante des bénéficiaires dans le domaine des pratiques forfaitaires provoque une distorsion de perception d'évolution de ce budget en comparaison avec les autres budgets non soumis à la même croissance des ayant-droits. L'objectif de ce travail est donc de comparer l'évolution « per capita » des dépenses de certains postes du budget des soins de santé dans le système à l'acte et l'évolution du forfait moyen par patient.

2. Méthodologie :

- 1.1. **Source des données :** Atlas AIM pour le nombre des ayant-droits à l'assurance maladie, documents INAMI pour les autres données. Les ayant-droits de l'année 2016 sont calculés sur base du trend des années précédentes, car la donnée n'est pas encore disponible.
- 1.2. **Calcul per capita à l'acte :** les dépenses des rubriques choisies sont divisées par le nombre d'ayant-droits durant l'année concernée; pour les honoraires médicaux, kinés et infirmières les bénéficiaires du forfait sont soustraits des ayant-droits totaux, pour ne garder que ceux qui sont « à l'acte ».
- 1.3. **Calcul des dépenses per capita au forfait :** la méthode utilisée pour l'acte ne peut s'appliquer car les dépenses comptabilisées dans la rubrique « maisons médicales » regroupe l'ensemble des forfaits payés. Ce montant ne peut être utilisé comme numérateur car le dénominateur est inconnu; en effet certains bénéficiaires ne sont concernés que par le forfait médecins (M), d'autres par le forfait médecins et infirmiers (MI) et d'autres par les trois forfaits (MKI). Une autre source doit donc être utilisée : depuis 2013, l'INAMI fixe le montant des forfaits pour l'année suivante en relevant la somme des différents forfaits payés par les mutuelles durant l'année écoulée afin d'obtenir les forfaits M,K et I moyens par patient inscrit en maison médicale.
Vu l'évolution tout à fait similaire des forfaits M, K et I et afin de préserver la lisibilité des résultats, il n'a pas été jugé opportun de les analyser séparément. Les montants attribués à la variable « Forfait moyen annuel MKI » représentent 12 fois les forfait M+K+I moyens mensuels attribués au secteur pour une année. Il s'agit donc, non pas d'une dépense effective, mais du montant maximum alloué pour un patient inscrit au forfait.

- 1.4. **Choix des variables** : les variables sont sélectionnées soit en vertu de leur pertinence en termes de comparaison avec ce qui est financé par le forfait (honoraires ambulatoires des médecins infirmiers et kinés) soit en terme d'importance dans le budget des soins de santé (imagerie, biologie clinique, médicaments). Il est important de comprendre que ce qui est comparé ici est l'évolution des montants et pas les montants eux-mêmes. Pour cela, toutes les variables sont analysées par rapport au montant de l'année de référence, à savoir 2013, qui se voit attribuer une valeur de 100%.
- 1.5. **Choix de la période 2013 à 2016** : Depuis 2013, le nouveau mode de calcul du forfait basé sur le modèle de « Responsabilité Financière des Mutuelles » a découplé l'évolution du forfait des dépenses à l'acte, dans le but d'obtenir en financement qui répartisse mieux les moyens en fonction des besoins de soins des patientèles de chaque maison médicale. Avant 2013, les forfaits étaient calculés sur base du trend des dépenses à l'acte « per capita » dans les secteurs concernés (médecine générale, soins kinés et infirmiers ambulatoires). L'évolution des forfaits étaient donc, par définition, parallèles aux dépenses per capita à l'acte pour ces prestations. Il n'y a donc pas d'intérêt à effectuer ce travail avant 2013. De plus la donnée du forfait moyen par patient n'était pas disponible comme telle.

2. Résultats :

	2013	2014	2015	2016
Ayant-droits assurance maladie	10966161	11015285	11063817	11113817
Bénéficiaires au forfait	276822	285476	327475	352838

Dépenses en millions d'Euros

Biologie	1259,253	1243,926	1288,738	1296,007
Imagerie	1161,446	1184,834	1214,402	1235,742
Honoraires médecins ambulatoires	1971,301	2015,897	2053,970	2105,809
Total médicaments	4257,005	4267,405	4521,960	4638,888
Infirmières	1266,158	1350,813	1388,669	1425,577
Kinés	652,480	685,157	715,450	738,228

Dépenses "per capita"

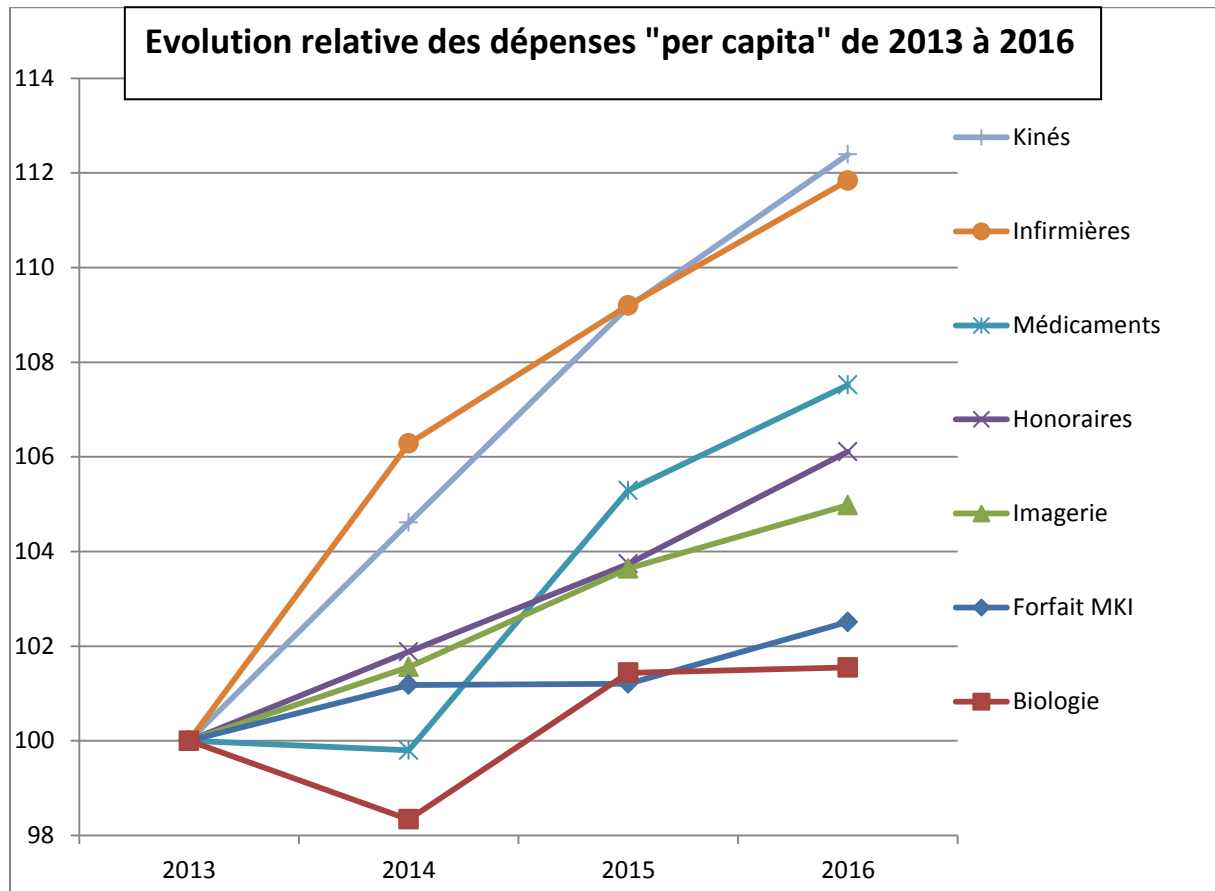
Biologie	114,83	112,93	116,48	116,61
Imagerie	105,91	107,56	109,76	111,19
Honoraires médecins ambulatoires	184,42	187,88	191,31	195,69
Total médicaments	388,19	387,41	408,72	417,40
Infirmières	118,45	125,89	129,34	132,48
Kinés	61,04	63,86	66,64	68,60

Forfait moyen annuel MKI	426,12	431,16	431,28	436,80
---------------------------------	---------------	---------------	---------------	---------------

Evolution relative des dépenses "per capita"

	2013	2014	2015	2016
Biologie	100,00%	98,34%	101,44%	101,55%
Imagerie	100,00%	101,56%	103,64%	104,98%
Honoraires médecins ambulatoires	100,00%	101,88%	103,74%	106,11%
Total médicaments	100,00%	99,80%	105,29%	107,52%
Infirmières	100,00%	106,28%	109,20%	111,84%
Kinés	100,00%	104,61%	109,17%	112,39%
Forfait MKI	100,00%	101,18%	101,21%	102,51%
<i>Indice santé</i>	<i>100,00%</i>	<i>100,60%</i>	<i>100,65%</i>	<i>102,42%</i>

3. Analyse graphique :



4. Conclusions :

En terme d'évolution des dépenses « per capita » de 2013 à 2016 et parmi les postes budgétaires étudiés, le forfait moyen MKI est le plus stable et le plus prévisible en raison de son mode de calcul.

Pour cette période, la croissance du forfait MKI (+2,5%) est à peine plus élevée que celle de l'indice santé (+2,4%).

Parmi les postes étudiés, seule la biologie augmente moins que le forfait moyen ; par contre l'imagerie et les honoraires médicaux croissent 2 fois, les dépenses en médicaments 3 fois et les honoraires infirmiers et kinés 5 fois plus rapidement que le forfait moyen par patient inscrit.

Juillet 2017, Service Etude et Recherche de la Fédération des Maisons Médicales.

