



# Les brèves du groupe financement

*Retour des réviseurs des intergroupes de la réunion du jeudi 17 août 2017*

---

## Audit

Nous en sommes aux derniers ajustements. On en profite pour vous rappeler l'échéance du 25 août pour rentrer les données dans le formulaire en ligne. Attention à bien utiliser le dernier lien envoyé et à vous appuyer sur le tableau excel commenté par nos soins pour vous aider au remplissage.

Concernant les remplaçants salariés à déclarer ou non dans le personnel, nous vous invitons à vérifier et à assurer une correspondance entre le personnel MKI déclaré à l'INAMI et celui que vous renseignerez dans le questionnaire de l'audit. Tout simplement.

Dans les annexes à rentrer, juste vous rappeler que le ROI n'est pas un document obligatoire et n'est pas à confondre avec le règlement de travail. Et concernant les comptes, ce qui est attendu n'est pas le bilan comptable mais uniquement le compte de résultat.

Assurez-vous de conserver une trace de la méthode utilisée pour obtenir vos résultats. Notez également des commentaires sur les différentes questions lorsqu'elles vous semblent absurdes ou incompréhensibles par exemple. Cela pourrait nous servir à faire invalider certaines questions, éventuellement.

Nous vous rappelons d'envoyer votre brouillon complété, ainsi que vos notes et commentaires, au service étude de la fédération, via l'adresse [service.etudes@fmm.be](mailto:service.etudes@fmm.be). Cela nous sera précieux pour soutenir l'analyse des résultats et l'interprétation donnée par KPMG, la boîte en charge de l'audit.

---

## Communication

Force est de constater que la fédé manque de réactivité et de proactivité dans les communications publiques, comme à l'occasion de cet audit et du moratoire sur les maisons médicales. Le groupe financement souhaite interpeller le bureau stratégique et le conseil d'administration de la fédé sur cette problématique importante.

En annexe, une interpellation de la fédé à l'INAMI concernant le moratoire.

---

## Groupe

À côté de la commission forfait de l'INAMI s'organisent des groupes sur des sujets spécifiques. Il est compliqué pour les jeunes représentants de notre fédé à la commission de s'y retrouver dans tous les méandres de cette organisation. D'autant plus que les conditions de travail des uns et des autres ne sont pas des plus confortables. Le groupe technique du groupe financement va se pencher sur le soutien à l'apprentissage des plus jeunes.



---

## Réviseur de l'Igh

Faute de candidats et étant donné le peu de ressources disponibles (60 travailleurs pour 6 maisons médicales), l'Igh a décidé de laisser la place de réviseur vacante. Le groupe financement regrette cette situation mais comprend bien qu'il n'est pas évident d'être présent à tous les étages. Il faudra toutefois organiser la manière dont les interpellations des maisons médicales de l'Igh peuvent remonter au groupe financement de la fédé.

---

## Boulette

Une mutuelle a fait l'erreur d'inscrire comme affiliés des patients à charge de Fedasil. Ces patients se sont inscrits dans une maison médicale au forfait. La mutuelle vient de se rendre compte de cette boulette et annonce à la maison médicale une récupération de 15.000 euros sur la prochaine facture, soit l'équivalent d'un rattrapage de +/- 2 ans pour ces patients. La maison médicale conteste cette régularisation et souhaite interpeller l'INAMI.

C'est évidemment une question juridique à laquelle nous ne pouvons rien dire de malin, dans l'état. Nous allons poursuivre un accompagnement de cette équipe et les encourageons à interpeller un juriste. À suivre également pour un éventuel cas de jurisprudence.

---

## CPAS

Pour info et suite à une interpellation récente, la loi organique des CPAS ne permet pas de rentrer des attestations de soins au-delà d'une année.

---

## CEAM

Un patient avec une carte européenne d'assurance maladie n'est pas inscriptible au forfait d'emblée. Il est nécessaire d'introduire, préalablement, une demande de dérogation annuelle.

---

## Solidarité

En vue de compenser les pertes des équipes qui recevront moins avec la révision du calcul du forfait, la fédération avait envisagé d'ouvrir une caisse de solidarité. La révision du calcul est actuellement à l'arrêt. On verra comment les travaux reprendront suite à l'audit.



---

## Les réviseurs

Ils proviennent des différentes régions et sont les interlocuteurs privilégiés des maisons médicales, autant pour aider à la compréhension des questions traitées au groupe financement, que pour déposer ou relayer les interpellations des maisons médicales. Ils sont aussi à l'origine et à la rédaction de ces brèves.

*Pour l'Igb, Marie Delval, Geneviève Gyselinx et Grégory Meurant*

*Pour l'Igc, Martine Renard*

*Pour l'Igl, Brigitte Mahiels et Frédéric Palermini*

*Pour l'IgBW-Namur, Fabienne Saint-Amand*

**Voorstel tot interventie op de vergadering van het Verzekeringscomité dd. 24.07.2017.**

"Geachte Voorzitter, Geachte Vergadering,

Met deze tussenkomst wensen wij een belangrijk probleem aan te kaarten, dat zich stelt in de sector van de "Medische Huizen". Immers, het is de gewoonte dat de adviezen die in het Verzekeringscomité t.a.v. de sector van de "Medische Huizen" formuleert, nadien – al dan niet – worden bekrachtigd door de minister, een opdracht die gerealiseerd wordt door de vertegenwoordiger van de Minister in de vergadering, de facto kabinetchef dr. Bert Winnen.

Na de recente vergaderingen (mei – juni 2017), bleek dat de vertegenwoordiger van de Minister, de adviezen van het Verzekeringscomité, niet wou goed keuren, omdat "er een budgetoverschrijding in de sector Medische Huizen" is.

Wij denken dat zich hier een belangrijk probleem stelt, omdat de interpretatie "budgetoverschrijding" binnen de sector van de Medische Huizen, een nadere toelichting verdient.

**Intervention proposée lors de la réunion du Comité d'Assurance du 24/07/2017.**

« Monsieur le président, chers collègues et membres de l'assemblée,

Nous ne pouvons plus nous taire sur le problème qui touche actuellement le secteur des 'Maisons médicales'. En effet, il est d'usage que les avis émis de la part du Comité de l'Assurance soient ratifiés (ou non) par le ministre ; ce travail est réalisé par le représentant du ministre, chef de cabinet, monsieur Bert Winnen.

Après les récentes réunions du comité de l'assurance (mai-juin 2017) ; il est apparu que le représentant du ministre n'a pas accepté les propositions du Comité de l'Assurance sous prétexte de « dépassement du cadre budgétaire dans le secteur des Maisons médicales ».

Nous pensons que cela représente un problème important parce que l'interprétation « dépassement budgétaire » dans le secteur des Maisons Médicales, mérite explication.

Binnen de uitgaven in de ziekteverzekering, is het zo dat in principe, elke rechthebbende uitgaven kan genereren in verschillende rubrieken, verschillende uitgaven-posten (beeldvorming, geneesmiddelen,...). Er is geen enkele link tussen b.v. de rechthebbenden die uitgaven genereren in de heelkunde en rechthebbenden die uitgaven realiseren in de farmacie (een patiënt kan zowel een operatie ondergaan, als geneesmiddelen innemen).

Op dit principe van onafhankelijkheid van verschillende sectoren is er één belangrijke uitzondering: de uitgaven in het kader van de terugbetaling voor de prestatiegeneskunde voor huisartsen, verpleegkundigen en kinesitherapeuten, en de uitgaven voor de Medische Huizen in het kader van de forfaitaire betaling. Deze uitgaven zijn, in hoofde van de rechthebbenden, wel onderling aan elkaar verbonden en vormen in feite "communicerende vaten".

Immers, een rechthebbende die uitgaven genereert in het systeem van forfaitaire betaling (rubriek 31: "Medische Huizen"), kan in dezelfde periode, geen uitgaven genereren in de terugbetaling per prestatie voor de 3 voornoemde disciplines.

Au sein des dépenses de l'assurance maladie, il est vrai que, en principe, tout ayant droit peut générer toute sorte de dépenses dans différentes catégories en même temps (imagerie, médicaments ...). Il n'y a pas de lien entre les ayants droits qui génèrent des dépenses en chirurgie et les bénéficiaires qui réalisent des dépenses en pharmacie (un patient peut subir une intervention chirurgicale, et en même temps prendre comme médicaments).

Ce principe est vrai pour toutes les différentes sections considérées dans l'analyse des dépenses, à l'exception notable du sujet qui nous occupe. En effet, les dépenses engendrées par les bénéficiaires pour leurs soins de santé de première ligne (médecine générale, kinésithérapie et soins infirmiers) ne peuvent être classées que dans le système à l'acte ou (et pas et ! ) le système forfaitaire. Ces deux colonnes sont mutuellement exclusives, et ne peuvent fonctionner que comme des vases communicants, par définition.

En effet, un assuré qui génère des dépenses dans le système forfaitaire (rubrique 31 : 'Maisons médicales'), ne peut pas générer en même temps des dépenses dans le système à l'acte pour les trois disciplines susmentionnées.

Met andere woorden, deze uitgave-rubrieken, zijn de enige binnen het overzicht van de uitgaven in het kader van de ziekteverzekering, die "mutueel exclusief" zijn: men kan slechts in één van de twee uitgaven-rubrieken op hetzelfde ogenblik uitgaven genereren. Anders gesteld: wanneer een rechthebbende van het stelsel van betaling per prestatie naar het forfaitair stelsel overgaat ("Medische Huizen"), zal deze rechthebbende geen uitgaven meer kunnen genereren (voor huisartsen, verpleegkundigen, kinesitherapie) in het stelsel van betaling per prestatie. Dit heeft belangrijke consequenties voor het hanteren van het begrip "Toename van de uitgaven": men kan hierover slechts zinnige uitspraken doen, indien men beide rubrieken samen bekijkt, en naast de toename van de uitgaven in de sector van "Medische Huizen", ook de afname, voor deze rechthebbenden die van stelsel veranderd zijn, van de overeenkomstige uitgaven in de prestatiegeneeskunde bekijkt.

Dit is de enige manier om correct een eventuele "budgetoverschrijding" in de sector der "Medische Huizen" vast te stellen.

In de documenten die bezorgd zijn aan het Verzekeringscomité wordt gewag gemaakt van een budgetoverschrijding van 5,8 miljoen euro in de sector der "Medische Huizen". Dit is geen correcte vaststelling, maar een artefact.

En d'autres termes, ces deux catégories sont les seules à s'exclure l'une l'autre dans tout l'exercice budgétaire dans le cadre de l'assurance maladie : un assuré ne peut générer des dépenses que dans une seule de ces rubriques. Un assuré qui passe du système à l'acte vers le système forfaitaire (Maisons médicales) va *de facto* arrêter de générer des dépenses dans le système à l'acte pour ses soins de médecine générale, kinésithérapie et soins infirmiers. Cela est évidemment d'une importance cruciale lorsqu'on analyse « l'augmentation des dépenses » : on ne peut faire l'économie de l'analyse de ce qui se passe dans les deux colonnes (acte et forfait) en même temps. L'augmentation des dépenses dans le système forfaitaire génère automatiquement une diminution des dépenses à l'acte.

Ceci est la seule façon de déterminer correctement un éventuelle « dépassement du budget » dans le secteur des «Maisons médicales ».

Les documents sur les estimations budgétaires intermédiaires qui ont été présentées au Comité de l'Assurance font état d'un dépassement du budget des Maisons médicales de 5,8 millions d'euros. Ceci n'est donc pas une évaluation correcte mais un artefact.

Immers, wanneer men de globale evolutie bekijkt van de uitgaven in de sector "Medische Huizen", dan stelt men vast (zie figuur 1) dat er een groot parallellisme is tussen de evolutie van de uitgaven in de sector en de evolutie van het aantal rechthebbenden in het systeem van de forfaitaire betaling.

De toename van de uitgaven in de sector van de "Medische Huizen" wordt volledig verklaard door de toename van het aantal verzorgde patiënten in het stelsel. Bij een meer diepgaand onderzoek, waarbij men via een regressieanalyse, de uitgaven in de sector als afhankelijke variabele en het aantal ingeschreven rechthebbenden als onafhankelijke variabele neemt, dan stelt men vast dat 97% van de variantie in de uitgaven verklaard wordt door het aantal ingeschreven rechthebbenden: de toename van de uitgaven in de sector "Medische Huizen" wordt dus volledig verklaard door het feit dat het systeem van forfaitaire betaling jaar na jaar succesvol blijft en nieuwe rechthebbenden zich in het systeem inschrijven.

De voorstelling van de feiten, als zou er een "budgetoverschrijding van 5,8 miljoeneuro" zijn, is totaal fout, vermits een eenvoudige controle van de uitgaven door deze rechthebbenden gegenereerd in de prestatie-terugbetaling, duidelijk zou maken dat er een (minstens) overeenkomstige daling van de uitgaven met betrekking tot deze rechthebbende in het systeem van terugbetaling per prestatie wordt gerealiseerd.

Precies omwille van de bepalingen dat een rechthebbende slechts in één van beide systemen (forfaitaire betaling of terugbetaling per prestatie, voor huisartsen, verpleegkundigen, kinesitherapie) kan

En effet, quand on regarde l'évolution des dépenses dans le secteur des Maisons médicales en lien avec le budget (figure 1), on observe un quasi parallélisme entre l'évolution du nombre de patients pris en charge et le budget alloué au secteur.

L'augmentation du budget dans le secteur des Maisons médicales est directement en lien avec le nombre de patients pris en charge ! Si l'on effectue une régression linéaire de façon à analyser les facteurs qui font augmenter le budget du secteur, on aperçoit que 97% de la variance est expliquée par cette seule variable : l'augmentation des dépenses ne peut donc être expliquée que par le succès grandissant du modèle et pour le choix tous les mois du système de la part de milliers de patients.

L'hypothèse du dépassement budgétaire de 5,8 millions d'euros dans le secteur est donc une erreur conceptuelle, car il faut tenir compte d'une diminution correspondante des coûts qui ont été effectués pendant la période correspondante dans le système de remboursement par prestation.

Précisément en raison des exigences selon lesquelles un bénéficiaire ne peut se situer qu'en un seul des deux systèmes (paiement forfaitaire ou le remboursement à l'acte, pour les

functioneren, vereist dat voor een correcte interpretatie van de gegevens men de stijging van de uitgaven in de sector der "Medische Huizen", moet verminderen met de corresponderende daling voor deze rechthebbenden van de uitgaven in het systeem van terugbetaling per prestatie.

De conclusie is dat er dus absoluut geen budgetoverschrijding van 5,8 miljoen is in de sector der "Medische Huizen", ten minste wanneer men de gegevens correct interpreteert, en de verbinding maakt met de corresponderende daling van de uitgaven voor deze rechthebbenden in de uitgaven per prestatie.

Het is dan ook onaanvaardbaar, dat de vertegenwoordiger van de minister, het argument van "budgetoverschrijding" gebruikt, om de verdere ontwikkeling van de sector (uitbreiding met nieuwe disciplines, oprichten van nieuwe Medische Huizen,...) tegen te houden. Deze handelswijze is noch wetenschappelijk, noch financieel te verantwoorden, vermits het gehanteerde argument "budgetoverschrijding" niet valide is.

Wij vragen dan ook dringend dat de Minister, de adviezen die door het Verzekeringscomité werden goedgekeurd m.b.t. de sector van de Medische Huizen, zou bekrachtigen, zodat de Medische Huizen zich verder kunnen ontwikkelen.

médecins généralistes, infirmières, kinésithérapeutes) , il faut, pour une interprétation correcte des données, que l'augmentation des dépenses dans le secteur des « Maisons médicales », doit être réduite par la diminution correspondante pour les bénéficiaires dans le système à l'acte .

En conclusion, on ne peut pas parler d'un dépassement budgétaire de 5,8millions d'euros dans le secteur des Maisons médicales si on ne décrit pas la diminution correspondante dans l'autre système.

Il est donc inacceptable que l'on reporte des projets de Maisons médicales qui souhaitent pratiquer au forfait (équipes qui souhaitent ouvrir au forfait, équipes qui souhaitent étoffer leur offre en ajoutant des disciplines au forfait...), sous le couvert de l'argument du dépassement budgétaire ; cette approche n'est ni scientifiquement fondée, ni justifiable par le biais de l'explication budgétaire.

Nous demandons donc instamment que les avis concernant les Maisons médicales qui sont émis par le Comité de l'Assurance soient entérinés par le Ministre, de façon à ne pas entraver leur développement.



Intussen stellen we ook vast, dat de audit volop bezig is, en dat de Medische Huizen hieraan hun constructieve medewerking verlenen .

Indien de Minister hier niet wenst op in te gaan, moeten we vaststellen dat er een onaanvaardbare discriminatie tussen de 2 systemen, die beide voorzien zijn in artikel 52 van de wet van 14.07.1994 ontstaat, waarbij het systeem van betaling per prestatie en van forfaitaire betaling, niet op een gelijke wijze worden behandeld.

Wij vernemen graag van de vertegenwoordiger van de Minister wat het standpunt ter zake is."

Entretemps, l'audit est entré dans sa phase active, et nous tenons à noter notre pleine et entière collaboration, dynamique et constructive ; tant de la part des fédérations consultées que des Maisons médicales qu'elles représentent.

Si le ministre ne veut ratifié les avis du Comité d'Assurance, il faut en conclure qu'il existe une discrimination inacceptable entre la façon de traiter les deux systèmes, à la fois prévu dans la loi du 14.07.1994, notamment le système forfaitaire et le système à l'acte.

Dès lors nous souhaitons entendre le représentant du ministre, et savoir quelle est la position du ministre sur cette question

*Figuur 1: Evolutie uitgaven in de Medische Huizen en aantal verzorgde patiënten* - Figure 1. Evolution des dépenses dans les maisons médicales et le nombre de patients pris en charge.

