

UN MILLION DE PATIENTS AU FORFAIT POUR 2025 !

L'**AUDIT** commandé par le cabinet de la ministre De Block à la firme privée *KPMG* nous sera malheureusement présenté avec un mois de retard, à savoir le 20 janvier 2018. Des recommandations politiques s'en suivront pour les nouvelles maisons médicales qui demanderont à passer au forfait après le moratoire.

Parallèlement à l'audit, une **ÉTUDE** a été menée au sein des **MUTUELLES** pour comparer les dépenses en santé pour les patients soignés soit à l'acte, soit au forfait entre 2012 et 2014. Cette étude actualise un travail réalisé par le Centre Fédéral d'Expertise (KCE), réalisé en 2008. De nombreuses voix s'étaient prononcées pour reconduire cette étude de grande qualité et démontrer la solidité du modèle dans le temps. C'est chose faite !

Le constat est limpide : l'**ACCESSIBILITÉ** du système forfaitaire est très importante et le **COÛT TOTAL PAR PATIENT POUR L'ASSURANCE MALADIE EST IDENTIQUE** dans les deux systèmes, avec une qualité au moins équivalente et, dans beaucoup de domaines (prescription de médicaments génériques, choix plus rationnel d'antibiotiques, couverture pour le dépistage des cancers du col de l'utérus et du sein, suivi des diabétiques, etc.) meilleure que dans le système à l'acte.

Le **MORATOIRE** va donc être levé et de nouvelles pratiques pourront opter pour un mode de financement au forfait, plus en adéquation avec leur philosophie de travail. En effet, il a enfin été reconnu que l'accroissement du budget du secteur était lié à l'augmentation du nombre de pratiques d'une part, et celle du nombre de patients qui choisissent ce système d'autre part.

Quand on compare les dépenses « per capita » depuis 2013, on observe que le forfait moyen par patient inscrit est **À LA FOIS LE PLUS STABLE ET LE PLUS PREVISIBLE** des principaux postes du budget.

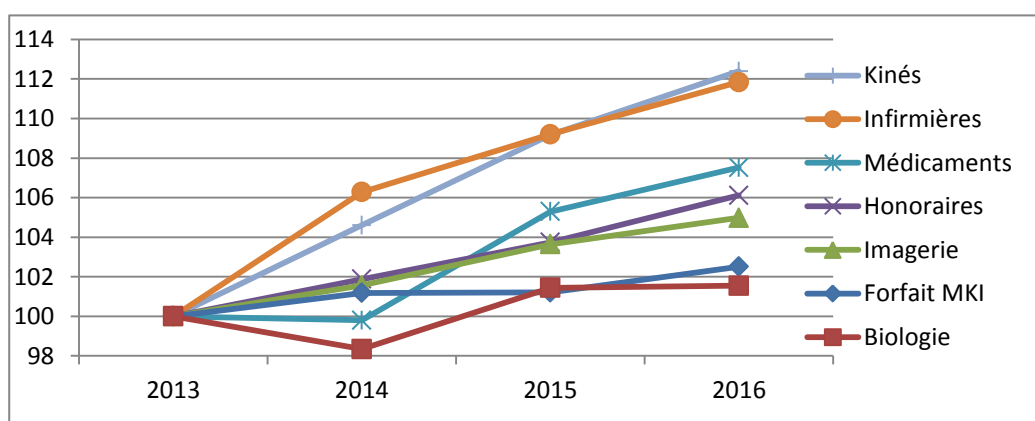


Figure 1.
Evolution relative des dépenses 'per capita' de 2013 à 2016.

Il semble clair que le nombre de patients qui choisissent un système de soins ou le paiement de leur prestataire se fait sur une base forfaitaire sera de plus en plus fréquent dans les années à venir. Avec une augmentation de 10% par an, nous estimons que **UN MILLION DE PATIENTS SERONT SUIVIS AU FORFAIT D'ICI 2025**. Car les pratiques forfaitaires, outre une meilleure accessibilité, montrent une qualité du travail supérieure sur base du mode de financement et surtout du travail collaboratif interdisciplinaire.

Les commentaires de l'absym (Marc Moens) et du cabinet de la ministre de la santé (Bert Winnen) sont erronés. En effet, ils expliquent le moindre cout de 2^e ligne dans les pratiques forfaitaires par la présence de patients plus jeunes en MM. Il s'agit d'un argument complètement idiot dans la mesure où l'étude a réalisé une standardisation par âge, c'est-à-dire que l'effet de l'âge a été gommé par la méthodologie de comparaison.

« PRATIQUES AU FORFAIT EN MAISON MEDICALE MAINTENANT PLUS QUE JAMAIS ! »

Pour la FMM (Fédération des Maisons Médicales), Christophe Cocu.

Pour la VWGC (Vereniging van Wijkgezondheidscentra), Jan De Maeseneer et Koen De Maeseneer.

Pour La MPLP (Médecine pour le peuple), Janneke Ronse.

Contact presse Fédération des maisons médicales :

Fred Arends

Attaché de presse – Communication politique

0497 08 83 22 - fred.arends@fmm.be



Fédération des maisons médicales
bd du Midi 25/5 - 1000 Bruxelles
+32 (0)2 514 40 14

www.maisonmedicale.org

