

Le forfait nouveau est arrivé

Réforme du forfait : vers un mode de calcul mieux adapté aux besoins

Hubert Jamart, médecin généraliste, Christian Legrève, animateur, France Defrenne, sociologue, Fédération des maisons médicales

A l'heure où nous finissons ce focus, l'arrêté royal fixant les nouvelles modalités de financement forfaitaire pour les maisons médicales a été publié au Moniteur belge. Les derniers coups de fil ont eu lieu entre l'INAMI et l'un ou l'autre centre de santé pour régler les derniers détails des conventions. La plupart des maisons médicales ont envoyé leur facturation nouvelle mouture aux organismes assureurs.

On reste suspendu au temps, on attend ce démarrage depuis tant d'années, même s'il ne s'agit que du décollage... Les esprits restent concentrés sur la trajectoire de cette réforme, sur ce qu'elle va devenir, sur les moyens que nous devons mettre en œuvre pour sans cesse l'améliorer. Car il s'agit bien d'une étape dans notre quête : changer la société en transformant les systèmes de soins de santé, de façon pragmatique, mais radicale. Il faut trancher, avancer, changer, améliorer, peaufiner.

A travers ce focus, nous allons parcourir un peu d'histoire : naissance du forfait, raisons du changement. Puis nous évoquerons le chemin parcouru, le poids des négociations, pour enfin nous concentrer sur quelques questions adressées à la Fédération par les maisons médicales lors de journées d'information.

Mots clefs : forfait, financement des soins, équité.

Flash back : naissance du forfait

Pour comprendre l'origine du forfait, il faut remonter au début des années 70, lorsque deux groupes se rencontrent autour d'une analyse critique de la pratique médicale. D'un côté, des jeunes soignants progressistes (médecins, infirmières, etc.), qui veulent pratiquer une « autre médecine », et créent les premières maisons médicales. De l'autre côté, le Groupe d'étude pour une réforme de la médecine (GERM) qui rassemble des médecins généralistes et spécialistes, des sociologues et journalistes travaillant en Belgique et dans le Tiers-Monde. Les deux groupes s'unissent pour concevoir, sur base de leurs expériences, un système de santé, un modèle de soins adaptés à une nouvelle vision de la santé. Convergence politique : tous deux visent à changer les pratiques dominantes, militant pour plus de justice sociale, d'égalité entre soignants et soignés, de réponse aux vrais besoins. Cela implique entre autres une meilleure articulation entre l'hôpital et la première ligne de soins, et une remise en question de la hiérarchie entre professionnels.

Ces précurseurs s'appuient sur une vision globale de la santé qui émerge au même moment dans d'autres parties du monde, avec notamment la conférence d'Alma Ata¹ : les conditions de vie déterminent la santé, le système de santé doit être basé sur des équipes pluridisciplinaires de soins de santé primaires proches de la population, qui intègrent les soins curatifs et préventifs, dans une logique de promotion de la

santé... A l'époque, la réalité belge est bien loin de ce modèle : le (non) système est hospitalo-centré, et la médecine générale, essentiellement curative, ne se pratique qu'en solo. Le système de paiement à l'acte règne en maître.

Les premières équipes travaillent pendant des années dans le cadre de ce système, tout en élaborant au fil du temps, avec le GERM, les concepts qui sous-tendent leur projet. Ainsi émergent les critères de base : accessibilité, globalité, continuité, intégration. Et le concept d'un rôle polyvalent, basé sur la subsidiarité, l'échelonnement, la circulation de l'information et la fonction de synthèse².

Le paiement à l'acte finit par apparaître contradictoire avec ces concepts, puisqu'il « privilégie le colloque singulier (sans dimension collective), la nomenclature curative (n'intégrant pas la prévention, la globalité et le psychosocial) et l'intervention ponctuelle (sans continuité) »³. On peut même dire qu'il favorise la prestation d'actes remboursés selon la nomenclature INAMI - fussent-ils inutiles.

Dès lors, un groupe de travail se constitue pour réfléchir à des alternatives de financement plus en phase avec le projet des maisons médicales. Le forfait à la capitation basé sur l'abonnement se dégage clairement : « il engage une responsabilité continue et réciproque entre soignants et patients, les soignants ont intérêt à ce que leurs interventions soient efficaces, y compris les activités préventives ; il favorise l'accessibilité financière

aux soins, renforce la solidarité entre bien-portants et malades. Enfin, il permet de délimiter, et de s'engager, vis-à-vis d'une population et non pas seulement vis-à-vis d'une somme aléatoire d'individus »⁴.

Début des années 80, ce mode de financement alternatif est négocié avec les mutuelles et l'INAMI. Un règlement est voté à l'INAMI en 1982 ; la première structure passe au forfait dès 1984.

Fonctionnement

Le système du forfait est décrit en détail dans un dossier de *Santé conjugulée* entièrement consacré à ce sujet⁵. En voici les traits essentiels :

- C'est un forfait à la capitation, c'est-à-dire payé pour chaque individu ayant signé un contrat d'abonnement et en règle de mutuelle ;
- C'est un contrat entre trois parties : le patient inscrit s'engage à faire appel à la maison médicale ; la maison médicale s'engage à prodiguer les soins ; la mutuelle s'engage à payer le montant des forfaits ;
- Le patient ne paie donc pas la consultation, ce qui favorise l'accessibilité financière et la continuité des soins. Il peut à tout moment se désabonner, il garde donc le libre choix de son médecin ;
- Le forfait couvre les secteurs de la médecine générale, des soins infirmiers et de la kinésithérapie, favorisant ainsi la prise en charge pluridisciplinaire ;
- Il est ventilé en quatre catégories : assurés ordinaires, VIPO sans remboursement préférentiel, VIPO avec remboursement préférentiel, assuré ordinaire avec tarif préférentiel (vipomex) ;

- Le montant du forfait est calculé en divisant les dépenses constatées par l'INAMI au plan national pour les prestations visées, par l'effectif des bénéficiaires.

Ce système correspond aux valeurs de base des maisons médicales : il répond à l'objectif de justice sociale et d'équité (à chacun selon ses moyens et ses besoins) puisque le coût des soins n'est plus individualisé.

La gestion d'un budget commun incite à une plus grande concertation en équipe : l'argent revient à la structure qui le redistribue comme elle l'entend et surtout en fonction de son projet, du profil de ses patients. Cela favorise l'esprit de coopération, permet une

meilleure répartition des tâches et la revalorisation des différents métiers.

L'excédent éventuel permet de financer des fonctions n'entrant pas dans le calcul du forfait (psychologue, assistant social, ...), de diversifier l'offre, de monter des projets collectifs répondant aux besoins des patients, construits avec eux - même si, en réalité, cet excédent n'est pas suffisant pour répondre à toutes les missions des maisons médicales.

•••• Le forfait grandit : premières adaptations

Plusieurs adaptations ont eu lieu entre 1990 et 1997 : elles ont abouti à une



Le forfait nouveau est arrivé

revalorisation de 30% au total :
3 x 10% :

- 10% de « biais social », pour une meilleure prise en compte des spécificités des patients en maison médicale. En effet, le montant du forfait⁶ est calculé sur base de la consommation observée dans la population générale ; mais les patients de maison médicale sont plus souvent défavorisés – et il est prouvé que les plus pauvres sont aussi plus malades. Dès lors 10% supplémentaires par patient ont été accordés pour ce que l'on appelle le 'biais social'.
- 10% supplémentaires sur base d'un constat : les patients de maison médicale consomment moins de soins à l'hôpital, les soignants prescrivent moins de médicaments et demandent moins d'imagerie médicale. Cette moindre consommation serait liée au travail en équipe et à la coordination des informations.
- 10% de plus sont négociés sur base d'une réflexion quant au mode de calcul : la consommation moyenne en Belgique (servant de base au montant du forfait par patient) est calculée sur l'ensemble des actes prestés divisés par l'ensemble de la population. Or une partie de la population n'utilise pas les services de soins de santé de première ligne. Un correctif a donc été appliqué pour ajuster le calcul, en retirant 10% du dénominateur : on divise l'ensemble des actes par l'ensemble des consommateurs de soins et on ôte du dénominateur les non-consommateurs.

• • • • Maturité : l'âge du renouveau

Trente ans après la mise en place d'un système lié à la consommation nationale dans le cadre d'une médecine à l'acte, une nouvelle page s'ouvre : nos représentants à l'INAMI reviennent avec un nouveau modèle de calcul du forfait.

Ce nouveau mode de calcul sera mis en application pour toutes les pratiques forfaitaires au deuxième trimestre 2013. D'ici là, la Fédération des maisons médicales, avec ses intergroupes et ses représentants à l'INAMI s'efforce d'informer et d'accompagner au mieux les maisons médicales.

Si de nouveaux changements s'imposent, c'est que le contexte a évolué. Une limite du calcul en vigueur jusqu'ici, c'est qu'il était intimement lié à la consommation de soins dans le système à l'acte. Or, nous faisons face à une pénurie de professionnels en première ligne tandis que la population augmente ; les budgets alloués à l'hôpital augmentent proportionnellement beaucoup plus que ceux de la première ligne ; le nombre d'actes diminue car la durée de ceux-ci augmente (on mets 3 actes de 20 minutes en une heure à la place de 4 actes de 15 minutes), et l'on observe une volonté croissante chez les soignants, d'aller vers de plus petits temps de travail.

Tout ceci entraîne une diminution du budget global alloué à la médecine générale à l'acte, et donc du montant du forfait calculé sur cette base. Mais

dans nos structures, la charge de travail ne diminue pas !

Autre évolution : c'est que le modèle de financement forfaitaire fait de plus en plus d'émules, parfois plus surtout motivés par leur confort personnel. C'est un effet pervers du système au forfait ; il est donc nécessaire de le faire continuellement évoluer.

Pourquoi changer le mode de calcul ?

*Pour avoir plus d'argent ?
Non. Plutôt pour une meilleure répartition, qui corresponde mieux à la réalité des structures ?
Probablement. Et pour mieux remplir nos missions, répondre au plus près des besoins des gens ?*

Il a fallu négocier avec plusieurs partenaires. L'INAMI et les mutuelles souhaitaient plus de transparence, ainsi qu'une simplification administrative. Les Fédérations francophones souhaitaient que le système dépende moins des coûts générés par les prestataires à l'acte et qu'il soit mieux adapté à la charge de travail liée à la patientèle inscrite en maison médicale. Il s'agissait aussi de mieux utiliser le forfait pour augmenter la qualité et d'endiguer certaines pratiques qui ne voient dans le forfait qu'un moyen d'obtenir plus de moyens.

C'est en 2009 que la commission forfait a lancé une recherche visant à développer un nouveau mode de calcul du forfait à la capitation. Un groupe de travail s'est réuni depuis lors à l'INAMI avec des représentants des maisons médicales francophones, néerlandophones, Médecine pour le peuple et les mutuelles en vue de mettre

en place ce nouveau mode de calcul.

La Fédération est présente au comité d'accompagnement (Agence intermutualiste, INAMI, représentants des Fédérations – *Vereniging van Wijkgezondheidscentra*, Fédération des maisons médicales et Médecine pour le peuple -, le banc scientifique avec le Centre d'expertise et le département de Santé publique de l'université libre de Bruxelles) émanant de la commission forfait de l'INAMI.

Dans le groupe de travail chargé de la réforme du forfait, la Fédération n'a pas de pouvoir décisionnel : nos représentants interpellent, argumentent, proposent, influencent le débat. C'est un aspect important du travail des Fédérations : faire le lien entre la représentation politique et le terrain, négocier de manière proactive et constructive avec les pouvoirs publics, soutenir une approche transversale.

La volonté de toutes les parties (mutuelles, fédérations,...) était d'aboutir à un calcul qui tienne mieux compte de nos pratiques et permette une répartition plus équitable entre les structures. Le nombre de parties en présences, les intérêts de chacun, les pouvoirs des uns et des autres, l'importance du sujet ont ralenti le débat : les négociations prennent du temps... sans oublier les aspects politiques (Gouvernement en affaires courantes) et les implications financières (la crise économique et ses incidences sur les priorités budgétaires).

Le dossier forfait a été présenté à plusieurs reprises à l'INAMI, chaque année en juin. Cette année, c'était le bon moment pour finaliser.

Qu'est-ce que cela va changer ?

Quelles sont les implications du changement ? Les maisons médicales vont-elles perdre de l'argent ? Leur pratique va-t-elle changer ? Le nouveau forfait sera-t-il suffisant ? Permettra-t-il de mieux répondre aux missions ?

Mode de calcul hier et aujourd'hui

La prédictibilité du modèle en vigueur jusqu'ici, basé sur des moyennes de consommation nationales dans le système à l'acte et sur les statuts mutuellistes des patients était faible. Le nouveau modèle se veut basé sur les besoins réels des patients et prend en compte de nouvelles variables : l'âge, le sexe, les variables liées au statut socio-économique (personne veuve, handicapée, avec revenu d'intégration...) et des variables dites de santé (le patient est diabétique, cardiaque...). Soit 41 variables.

C'est un changement radical

On s'y prépare depuis longtemps. C'est un peu effrayant car on touche à l'argent. Avant, il s'agissait d'un financement basé sur la consommation des soins observés dans la population générale ; on passe à un système qui essaye d'approcher les besoins des patients.

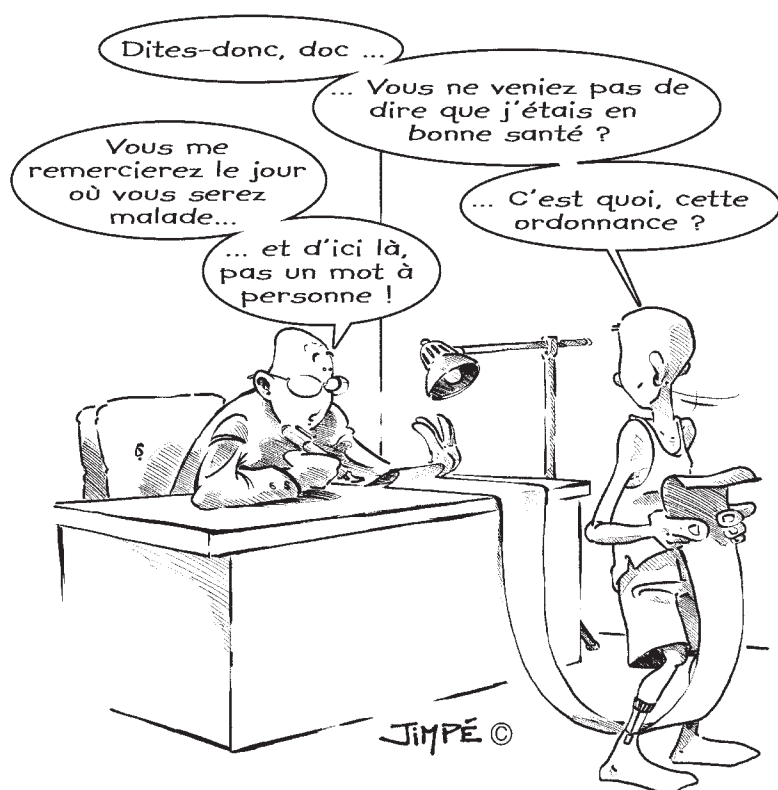
L'ancien système de calcul n'était pas adapté et pas équitable (trop linéaire). Il ne s'agissait pas d'un calcul en fonction de l'activité nécessaire pour faire fonctionner une maison médicale. L'objectif du nouveau système, c'est d'être un stimulant à une bonne pratique et nous ne sommes pas les seuls à aller

dans cette direction : différents pays européens financent les acteurs sur base de forfaits à la capitation, le mode de calcul variant notamment en fonction des données disponibles et du mode d'organisation du système de santé.

Les avantages du nouveau système sont clairs

- Meilleure prédictibilité des coûts (le lien statistique entre les pathologies estimées, les caractéristiques sociodémographiques et les coûts observés est 2 à 4 fois plus fort que dans l'ancien modèle) ;
- Répartition plus juste en fonction des pathologies suivies (dont on ne tenait pas compte auparavant) ;
- Financement reflétant au mieux le profil de risque de la patientèle de la maison médicale ;
- Passage d'un système basé sur l'offre à un système qui essaie d'approcher les besoins des patients ;
- Enveloppe totale plus grande, donc pas de pertes nominales par maison médicale ;
- Évaluation continue du système et amélioration constante des paramètres pris en compte. Il y aura un temps d'adaptation, avec éventuellement des conséquences financières pour les maisons médicales ; mais le nouveau financement sera introduit progressivement et étalé sur une période de transition. Le budget pourrait être adapté de manière objective et réaliste par rapport au secteur des maisons médicales.

Le forfait nouveau est arrivé



Les maisons médicales vont-elles perdre des moyens ?

Le nouveau modèle sera basé sur la situation réelle, pour ce qui nous concerne, de chaque maison médicale ; il y aura donc des différences entre structures.

Il est impératif que l'enveloppe augmente pour éviter de trop pénaliser certaines équipes lorsque le système sera en place ; mais nous n'avons aucune garantie à ce sujet.

Ce que l'on sait, c'est que les équipes ne perdront pas plus de 1% des montants par an. Il n'y aura plus qu'un prix par patient (prix moyen).

Quelles sont les dérives possibles ?

Le système s'applique à toutes les pratiques forfaitaires ; il créera probablement des tensions entre pratiques mais assurera sans conteste une répartition plus équitable entre elles.

Le nouveau mode de financement pourrait être détourné. Par exemple, il se pourrait que certaines maisons médicales acceptent (même si c'est interdit) plutôt des patients à lourdes pathologies pour recevoir un meilleur financement. Notre souhait de mixité serait dès lors mis à mal... Mais ce risque est faible : les patients qui ont des maladies lourdes demandent plus de travail (notamment plus de visites

à domicile), les soignants ont intérêt à préserver la mixité.

Ce nouveau mode de calcul n'est certes pas parfait. En effet, la prescription est l'indicateur qui signale la présence de telle ou telle pathologie parmi les patients et influence le budget... cela pourrait inciter les soignants à prescrire plus souvent.

La sur-prescription, ou prescription prématurée, la sur-déclaration des forfaits infirmiers B et C et les pathologies kinés E, la sur-hospitalisation et le manque d'encouragement à la guérison : autant de risques liés au nouveau modèle. On pourrait, pour les mêmes raisons, craindre une diminution des activités de prévention et de promotion de la santé.

Un comité de pilotage est prévu : il sera chargé de suivre la mise en place du nouveau mode de calcul, de suivre le processus, d'en identifier les écueils et si possible d'adapter et de faire évoluer le système.

Mais le fait de bien signaler (d'encoder) les forfaits infirmiers B & C et les pathologies lourdes kinés E permettra déjà d'être au plus près de la réalité : il faudra arriver à un modèle déclaratif et non plus estimatif.

••••

En conclusion : les enjeux

Le nouveau mode de calcul du forfait n'est pas un bon ou un mauvais choix ; il renforce l'équité – en renonçant à l'égalité ; et c'est ce modèle qui a le moins d'impacts négatifs sur les maisons médicales. Ce nouveau forfait correspondra

mieux à la charge de travail réelle avec les patients concernés (en fonction de l'âge, du type de maladie...); mais il est loin d'être parfait, notamment pour mesurer l'état de santé du patient et ses besoins. Ce qui est sur la table aujourd'hui, c'est donc une première étape pour changer la logique; mais il est impératif de faire évoluer rapidement le modèle pour atteindre réellement les objectifs annoncés.

Notre financement est aujourd'hui « découplé » de l'acte. Nous avons « divorcé » des prestataires à l'acte en ce qui concerne le financement. Mais il n'y pas de pension alimentaire, à la suite de ce divorce. Notre indépendance nous donne de la cohérence sur le plan conceptuel; elle nous prive toutefois, sur le plan stratégique (et financier), du bénéfice de certaines avancées qu'obtiennent les représentants des prestataires à l'acte, même si nous restons solidaires de la première ligne.

Jusqu'à là, nous nous trouvions dans une situation stratégique ambivalente où malgré nos différences de principes et d'objectifs, nos intérêts convergeaient largement. Dorénavant, notre financement se calcule dans une enveloppe séparée, et d'ailleurs fermée, à effectif constant. Cette enveloppe se renégociera chaque année en commission: c'est-à-dire avec les organismes assureurs, sous arbitrage de l'INAMI.

Bien sûr, un accord, pour être adopté, doit obtenir une majorité sur chacun des bancs (dans chacune des catégories de membres

– INAMI, organismes assureurs, fédérations); mais le rapport de forces n'est plus le même, puisque les décisions de la commission du forfait ne doivent plus être entérinées par la commission médico-mutualiste.

Cela ne signifie pas que nous devons nous laisser traiter en interlocuteurs faibles. Au contraire, nous devons renforcer notre position par la pertinence et la cohérence de nos avis. Une condition de ce renforcement, c'est d'augmenter notre expertise. Cela veut dire qu'il sera probablement nécessaire, dans une perspective longue, de doter la Fédération de ressources pour analyser en amont les éléments en discussion; et que nos représentants auront besoin de compétences nouvelles pour se sentir tous suffisamment à l'aise avec les contenus et les méthodes. Il y a deux modalités, nécessairement complémentaires, à cet apport de compétences: il faut probablement s'adjoindre la collaboration d'experts pointus, susceptibles de soutenir l'élaboration et la mise en œuvre d'outils d'analyse, de propositions et de contre-propositions. Il faut aussi que les représentants de la Fédération augmentent leurs propres compétences pour être à même de dialoguer avec les techniciens et les partenaires.

Par ailleurs, le financement de chaque centre ne se calcule plus à partir de conditions extérieures à nos pratiques mais bien à partir de l'observation de ces pratiques. Nous devons donc être en mesure de décrire notre activité de manière fiable et correcte, ce qui nécessite aussi des compétences mais, cette fois, sur le terrain de chaque maison médicale.

Il faudra également construire une chaîne d'information et de concertation depuis les équipes jusqu'à nos représentants.

Confiance mutuelle et transparence seront indispensables tout au long du processus. Bien sûr, nous ne partons pas de rien puisque cette chaîne existait déjà; mais aujourd'hui, elle prend un caractère plus concret. C'est tout l'enjeu des prochains mois.

1. La déclaration d'Alma Ata (1978) issue des travaux de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires (OMS) a identifié les soins de santé primaires comme étant la clé de la réduction des inégalités en matière de santé entre les pays et en leur sein, ce qui contribue à la réalisation de l'objectif ambitieux mais non encore atteint de « La santé pour tous » à l'horizon 2000.

2. Pierre Grippa, « Le forfait des maisons médicales, description et fonctionnement », Santé conjugulée n°3 janvier 1998.

3. *idem.*

4. Monique Van Dormael, « Paiement à l'acte, au forfait, à l'abonnement: vingt ans de controverses belges », Santé conjugulée n° 3, janvier 1988.

5. « Le financement des soins de santé primaires au forfait: il est arrivé près de chez vous », Santé conjugulée n°3, janvier 1998

6. Quelle population suivons-nous en maison médicale au forfait, 5^e étude, mai 2011, Service d'études et de recherches de la Fédération des maisons médicales, www.maisonmedicale.org.