

LE SAVANT CALCUL DU FORFAIT

Comment fonctionne le système de financement au forfait ? Et avec quelles particularités dans le cas des kinésithérapeutes ?

Mélody Capot, permanente politique et coordinatrice du groupe sectoriel kinésithérapeute de la Fédération des maisons médicales.

Un petit détour par des définitions s'impose. Le système de fonctionnement à l'acte, tout d'abord, est le système de financement classique : le patient consulte un soignant qui émet une attestation lui permettant d'obtenir un remboursement auprès de sa mutuelle. Le ticket modérateur reste à la charge du patient et varie selon son statut (omnio, assuré ordinaire...). Le système de financement forfaitaire est un système de paiement à la capitation : le patient a signé un contrat avec sa mutuelle et le centre de soins au forfait dans lequel il est inscrit. Il ne paye pas ses consultations (et ne reçoit donc pas d'attestation de remboursement), c'est sa mutuelle qui verse directement un montant mensuel forfaitaire au centre. À l'heure actuelle, ce montant, applicable pour toutes les nouvelles maisons médicales par patient inscrit, s'élève à 38 euros : 15,66 euros pour les médecins généralistes ; 15,24 euros pour les praticiens de l'art infirmier et 7,10 euros pour les kinésithérapeutes. Rien de frappant ? La part allouée aux prestations kinésithérapeute représente moins de la moitié de celles des médecins généralistes et des infirmiers !

Historique des pratiques forfaitaires

Qui fixe les règles pour l'établissement des conventions forfaitaires ? La loi en donne la compétence au comité de gestion après avis de la commission médico-mutualiste, infirmier-mutualiste et kiné-mutualiste. Les premiers accords forfaitaires, négociés avec l'Inami, ont été votés en 1982. Entre 1982 et 2013, le forfait

MKI (médecin, infirmier, kinésithérapeute : les trois disciplines actuellement concernées par le forfait) était réparti selon la catégorie sociale de l'assuré (assuré ordinaire, assuré ordinaire bénéficiaire d'une intervention majorée, VIPO sans remboursement préférentiel, VIPO avec remboursement préférentiel). Il existait alors douze prix selon les catégories d'assurés et les prestations des trois disciplines. Plusieurs adaptations ont eu lieu entre 1990 et 1997. Elles ont abouti à une revalorisation de 30% :

- 10% de « biais social » parce que les patients des maisons médicales sont plus souvent défavorisés, et il est prouvé qu'ils sont aussi plus malades et plus compliqués à prendre en charge (langue, niveau d'éducation...).
- 10% parce que les patients de maisons médicales consomment moins de soins à l'hôpital, les soignants prescrivent moins de médicaments et demandent moins d'imagerie médicale. Cette moindre consommation serait attribuée au travail en équipe et, entre autres, à l'efficacité de la transmission des informations.
- 10% sur base de ce qu'on appelle le « biais de dénominateur » : une partie de la population n'utilise pas les services de soins de santé de première ligne. Dès lors, on a divisé l'ensemble des actes par l'ensemble des consommateurs de soins et on a retiré du dénominateur les non-consommateurs structurels (à distinguer des non-consommateurs conjoncturels).

Depuis 2013, le calcul a été réadapté pour plusieurs raisons :

- L'ancien forfait était relativement égalitaire entre les pratiques forfaitaires, mais il n'était pas équitable car basé sur des moyennes nationales et non régionales, alors que les réalités sont différentes en milieu urbain ou rural. Le nouveau modèle se veut basé sur les besoins réels des patients et tient compte de nouvelles variables (âge, sexe, statut socioéconomique, données de santé).
- L'évolution du budget du forfait dépendait de l'évolution des prestations 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 leur durée augmente. Tout ceci entraîne une diminution du budget global alloué à la médecine générale à l'acte, et donc risque de diminuer le montant du forfait calculé sur cette base.

Depuis lors, la répartition de l'enveloppe globale a changé, mais cette enveloppe n'a pas été revalorisée. De ce fait, l'augmentation du forfait d'une maison médicale entraîne forcément la diminution du forfait d'une autre : ce que l'on appelle un calcul en mode relatif. Ce budget est néanmoins adapté chaque année en fonction de l'indexation et de la croissance du nombre de patients abonnés au forfait. Une fois par an également, l'Inami calcule le montant pour chaque maison médicale en fonction de son profil de patient de l'année précédente, il s'agit donc d'un modèle rétrospectif. Le lien avec l'évolution des prestations à l'acte n'existe plus, mais le budget historique de base est tout de même repris et on le redistribue entre les maisons médicales en relation avec ces variables.

Un calcul complexe et évolutif

Le montant du forfait a d'abord été calculé en divisant les remboursements au tarif mutuelle des prestations MKI à l'acte au plan national par le nombre effectif des bénéficiaires. Il s'agit bien des dépenses, ce qui signifie que le ticket modérateur n'est pas pris en compte dans la somme des dépenses nationales.

Concernant les prestations kiné et le forfait qui nous semble toujours peu élevé malgré le nouveau modèle, quelques éléments historiques peuvent l'expliquer, sans pour autant le justifier :

- Le ticket modérateur kinésithérapeute a toujours été plus élevé que celui des prestations des infirmiers ou des médecins généralistes. De plus, il augmente après un certain nombre de séances pour une même pathologie courante.
- Un patient moyen à l'acte consomme moins de soins de kinésithérapie que de soins infirmiers ou de médecine générale.

Ces quelques explications pour le « parent pauvre » du forfait ouvrent des pistes de réflexion sur la représentativité de ce forfait en regard de l'évolution de la charge de travail de ce secteur en maison médicale. Ne faudrait-il pas le revaloriser ?

Davantage de questions que de réponses

Le budget historique se base sur la consommation des soins de kinésithérapie à l'acte. Cependant, à l'acte, nous pouvions déjà nous poser la question de la réelle consommation des soins prescrits. Nombreux sont les patients à qui l'on prescrit de la kinésithérapie et qui ne démarquent pas vers un kinésithérapeute à l'acte pour effectuer la prise en charge. On considère que l'accès à la kinésithérapie est deux fois supérieur au forfait par rapport à l'acte. Le travail en équipe, la proximité des soignants et le fait que le ticket modérateur ne soit pas à la charge des patients ne le pousseraient-ils pas à consommer davantage les prescriptions au forfait ?

D'autre part, le vieillissement de la population et l'augmentation significative des maladies chroniques n'ont-ils pas un impact sur une éventuelle augmentation des prestations de kinésithérapie, qu'elles soient à l'acte ou au forfait ? Ne faudrait-il pas, à titre indicatif, continuer de comparer avec l'évolution de l'acte ?

Le fait de déclarer les pathologies lourdes (Liste E) n'augmente pas l'enveloppe globale, mais la façon dont elle est répartie entre les maisons médicales. De plus, il s'agit d'un modèle rétrospectif, la structure doit donc avancer

L'augmentation du forfait d'une maison médicale entraîne forcément la diminution du forfait d'une autre.

les coûts engendrés par ces situations pathologiques plus lourdes. Ensuite, les pathologies chroniques (liste Fb) et aiguës (liste Fa) ne font pas partie des nouvelles variables. Autrement dit : cela ne change rien au forfait de les déclarer ou pas. Les kinésithérapeutes de maisons médicales sont pourtant tenus aux mêmes obligations légales que tout kinésithérapeute à l'acte et se doivent de notifier ces pathologies à l'organisme assureur. Il y a donc une non-reconnaissance pour les kinésithérapeutes, leur structure et leurs patients de ces pathologies chronophages en temps de soins et en travail administratif.

Des particularités

Pour cerner tous les enjeux de l'enveloppe dédiée au forfait kiné, il faut tenir compte d'autres éléments qui définissent la réalité de la fonction de kinésithérapeute en maison médicale.

- La double exclusive. Les prestataires au forfait ont pour obligation de ne pratiquer que dans le cadre du forfait. Autrement dit : ils n'ont pas l'autorisation de pratiquer à l'acte en dehors de l'institution pour laquelle ils travaillent, ceci pour éviter la sélection des patients. À l'exception de certaines dérogations théoriquement accessibles à tous, mais, en pratique, accordées quasi uniquement aux médecins généralistes (qui souhaitent travailler parallèlement en centre de planning familial ou à l'ONE par exemple), les prestataires sont donc tenus exclusivement au forfait¹. Ils n'ont pas la liberté comme les autres travailleurs de compléter leurs activités, ce qui peut induire une précarisation de l'emploi et en conduire certains à ne pas accepter un poste à temps partiel (ou certaines institutions à ne pas réussir à embaucher).
- La patientèle. L'Inami considère qu'un kinésithérapeute à temps plein peut assumer une population de 1 000 à 2 000 patients inscrits au forfait. Les chiffres sont identiques pour les médecins et les infirmiers, sans distinction des réalités de leurs pratiques. Ces indications fort larges sont fort éloignées du quotidien des maisons médicales... Néanmoins, les maisons médicales ont l'autorisation d'externaliser les soins de kinésithérapie, entre 10 et 50%. On le comprend en ce qui concerne la kinésithérapie spécialisée, mais cela invite certaines structures à externaliser trop faci-

1. Il est toutefois toujours possible de travailler à l'acte pour les soins de garde, quelle que soit la profession.

lement pour des raisons de débordement ou à opter pour un forfait MI plutôt que MKI puisque c'est plus avantageux financièrement. Qu'en est-il de la qualité et de la continuité des soins ? Et du concept d'interdisciplinarité tout aussi cher à notre vision de la prise en charge psycho-médicosociale ? Serait-ce une façon de limiter les abus du type soins de confort (bien-être, massages, marche...) ou la consommation de soins de kinésithérapie globalement ?

- Qualification particulière et nomenclature. Qu'en est-il des spécialisations en kinésithérapie et de l'impact que cela pourrait avoir sur la nomenclature et donc sur le forfait ? Jusqu'à présent, il n'existe pas de spécialisation en tant que telle en kinésithérapie. Du moins dans les faits. Fin 2016, un arrêté royal décrivait une série de domaines dans lesquels les kinésithérapeutes pouvaient demander un agrément en vue d'obtenir une qualification professionnelle particulière (kinésithérapie sportive, respiratoire, périnéologie...). Il n'est pas assuré (malgré les intentions du gouvernement) que ce découpage des compétences débouche sur une nomenclature spécifique qui impliquerait des honoraires et remboursements spécifiques. Comment une nouvelle nomenclature se répercuterait-elle sur le forfait et les pratiques de première ligne ?

Décalage

Nous avons le sentiment que le calcul actuel du forfait n'est pas en phase avec la réalité. Si le forfait devait refléter la réalité et s'aligner avec les pratiques à l'acte, cela devrait passer par l'inclusion des notifications de pathologies Fa et Fb dans son calcul et assurer un financement nous permettant de suivre la totalité de nos usagers de façon équitable (entre eux et entre les secteurs de soins). Il est essentiel à l'heure actuelle de quantifier la charge de travail liée aux besoins des secteurs kinés en maisons médicales afin de revaloriser leur financement. Bref, un budget qui permettrait aux structures de se doter de prestataires de soins dans la proportion qui s'impose selon un cadre éthique pourtant reconnu et validé. Nous parlons donc d'augmenter l'enveloppe globale allouée aux pratiques forfaitaires et d'opter pour un modèle de calcul budgétaire absolu, prospectif et déclaratif. ■