KCE REPORT 385Bs

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

SYNTHÈSE

FINANCEMENT FORFAITAIRE DES MAISONS MÉDICALES EN BELGIQUE – PARTIE 1 : BESOINS EN DONNÉES





KCE REPORT 385Bs
HEALTH SERVICES RESEARCH

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

SYNTHÈSE

FINANCEMENT FORFAITAIRE DES MAISONS MÉDICALES EN BELGIQUE – PARTIE 1 : BESOINS EN DONNÉES

CARINE VAN DE VOORDE, MÉLANIE LEFÈVRE, JENS DETOLLENAERE, NICOLAS BOUCKAERT, PASCALE JONCKHEER

PRÉFACE

Les généralistes ont actuellement le choix entre trois modèles de financement bien distincts : un financement à l'acte (par prestation), un financement par patient et enfin un mélange de ces deux modèles dans le cadre du New Deal. Dans le second modèle, les généralistes travaillent en collaboration avec des infirmiers et/ou des kinésithérapeutes dans des « maisons médicales au forfait ».

Ces maisons médicales sont toutes financées au départ d'un budget national fermé qui leur est propre ; à l'heure actuelle, la part de ce budget octroyée à chaque maison médicale est déterminée sur la base des caractéristiques des patients qui y sont inscrits. De ce fait, certaines touchent un montant forfaitaire par patient plus élevé que d'autres. L'objectif de cette égalisation des risques est que la rémunération de chaque maison médicale soit proportionnée à sa charge de travail en comparaison avec celle des autres.

Le mode de calcul actuel des paiements forfaitaires, quoique fonctionnel, présente aussi quelques limitations qui peuvent influencer la capacité des maisons médicales à dispenser des soins de qualité. Un futur nouveau mode de calcul viserait non seulement à remédier à ces écueils, mais aussi à introduire un système de rémunération plus équitable et plus efficient. Le système de financement idéal devrait ainsi non seulement rétribuer les pratiques en fonction des besoins en soins de leur patientèle, mais aussi récompenser leurs efforts en termes de prévention, d'efficience et de collaboration.

Ce rapport décrit les fondements théoriques et les étapes méthodologiques qui devront, à terme, déboucher sur le développement de ce nouveau mode de calcul. Pour ce faire, nous avons cherché des exemples internationaux, consulté des stakeholders et examiné les bases de données disponibles. Nous tenons d'ailleurs à profiter de l'occasion pour remercier toutes les personnes qui ont contribué à ces recherches.

Ce rapport n'est toutefois qu'une première étape. D'autres suivront, pour lesquelles la contribution des professionnels des maisons médicales sera essentielle, et qui auront pour objectif ultime de parvenir à un financement juste et stimulant de ces structures.

Christophe JANSSENS
Directeur Général Adjoint

Ann VAN DEN BRUEL
Directeur Général

SYNTHÈSE

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE **1**

SYNTHÈSE **2**

1. INTRODUCTION **4**

1.1. CONTEXTE 4

1.2. COMMENT AVONS-NOUS PROCÉDÉ ? 4

2. LES MAISONS MÉDICALES EN BELGIQUE **5**

2.1. ÉVOLUTION DU NOMBRE DE MAISONS MÉDICALES 5

2.2. RÔLE DE LA COMMISSION FORFAIT ET DES FÉDÉRATIONS 6

3. COMMENT SONT FINANCÉES LES MAISONS MÉDICALES BELGES ? **6**

3.1. QUE PAIENT LES PATIENTS À LA MAISON MÉDICALE ? 6

3.2. COMMENT LES MAISONS MÉDICALES SONT-ELLES FINANCÉES PAR LES POUVOIRS PUBLICS ? 6

3.3. INSATISFACTION VIS-À-VIS DU MODÈLE STATISTIQUE ACTUEL 7

3.3.1. Un fossé trop important entre les maisons médicales et les cabinets travaillant à l'acte 7

3.3.2. La complexité du modèle statistique actuel : une boîte noire pour certains, un goût de trop peu pour d'autres 8

3.3.3. Le modèle actuel, une source d'instabilité des rémunérations forfaitaires 8

4. UN NOUVEAU MODÈLE POUR LES MAISONS MÉDICALES BELGES EST-IL ENVISAGEABLE ? **8**

4.1. ÉLABORATION D'UN NOUVEAU MODÈLE 8

4.2. COMMENT MESURER LA CHARGE DE TRAVAIL DES PRESTATAIRES ? 9

4.3. DÉFINITION DES PARAMÈTRES DE RISQUE POTENTIELS 9

4.3.1. Un mélange comprenant l'état de santé et des facteurs psychosociaux et socio-économiques 9
4.3.2. Des informations diagnostiques pour déterminer l'état de santé des patients 10
4.4. LES DÉFIS DE L'ENREGISTREMENT DE LA CHARGE DE TRAVAIL ET DES DIAGNOSTICS 11
4.5. UNE ÉTUDE PILOTE AVEC DES MAISONS MÉDICALES PARTICIPANT SUR BASE VOLONTAIRE 11
■ **RECOMMANDATIONS 13**
■ **RÉFÉRENCES 15**

1. INTRODUCTION

1.1. Contexte

Il existe actuellement en Belgique trois modèles de financement de la médecine générale. La grande majorité des médecins généralistes (environ 80 %) sont rémunérés principalement à la prestation (paiement à l'acte ou *fee-for-service*).[1] Un second groupe, encore limité mais en augmentation, est financé par un montant fixe attribué par patient inscrit et adapté à la lourdeur des soins (système « au forfait » ou « à la capitation »). Ce groupe fonctionne au sein de maisons médicales, où les médecins généralistes collaborent avec des infirmiers, kinésithérapeutes et autres prestataires de soins. Enfin, troisièmement, un nouveau modèle (le « New Deal ») propose de combiner d'une part un financement à l'acte (avec un montant par prestation plus limité que dans le système actuel) et d'autre part un forfait par patient pondéré en fonction de l'âge et du droit à l'intervention majorée. Ce modèle « New Deal » a été lancé en avril 2024 sur la base de projets-pilotes, et sera évalué après trois ans.

Notre étude concerne le second modèle de financement, celui des maisons médicales rémunérées au forfait.[a] Ce modèle est basé sur les activités et caractéristiques des patients du système de paiement à l'acte et, d'après les maisons médicales, il ne tient suffisamment compte ni des spécificités et besoins en soins de leur population ni de leur manière différente d'aborder les soins. L'INAMI a chargé le KCE de développer un nouveau modèle statistique calculant la répartition du budget national des maisons médicales et donc les montants forfaitaires octroyés à chaque structure. Une évaluation du budget national consacré actuellement aux maisons médicales sort par contre du cadre de ce rapport.

Il est toutefois rapidement apparu que certaines données nécessaires à l'élaboration de ce nouveau modèle ne sont soit pas disponibles, soit pas enregistrées de manière uniforme par les maisons médicales, soit pas accessibles à l'INAMI ou aux organismes assureurs. Nous avons par conséquent décidé, en concertation avec l'INAMI, de scinder cette étude en deux volets. L'objectif principal de ce premier volet est d'examiner quelles données pourraient être nécessaires au calcul du forfait, et dans quelle mesure celles-ci pourraient être fournies par les maisons médicales. Sur la base de ce premier volet, le KCE proposera un nouveau modèle de calcul ce qui fera l'objet d'un prochain rapport.

1.2. Comment avons-nous procédé ?

Nous avons examiné le système de financement de la médecine générale dans sept autres pays ou régions d'Europe (Danemark, Suède, Angleterre, Pays-Bas, France, Espagne-Catalogne et Portugal), où les généralistes sont rémunérés au moins en partie par le biais d'un montant forfaitaire pondéré en fonction de la lourdeur des soins aux patients. Ensuite, nous avons réalisé un tour d'horizon des sources de données déjà disponibles et potentiellement pertinentes pour le nouveau calcul du forfait en Belgique. Nous avons également pris l'avis des stakeholders quant à la désirabilité et à la faisabilité d'un nouveau modèle fondé sur des données fournies par les maisons médicales.

Vous trouverez dans le rapport scientifique des informations plus détaillées concernant l'étude et les méthodes de recherche utilisées.

---

[a] Il existe également des maisons médicales rémunérées à l'acte ; celles-ci ne sont pas concernées par ce rapport.

2. LES MAISONS MÉDICALES EN BELGIQUE

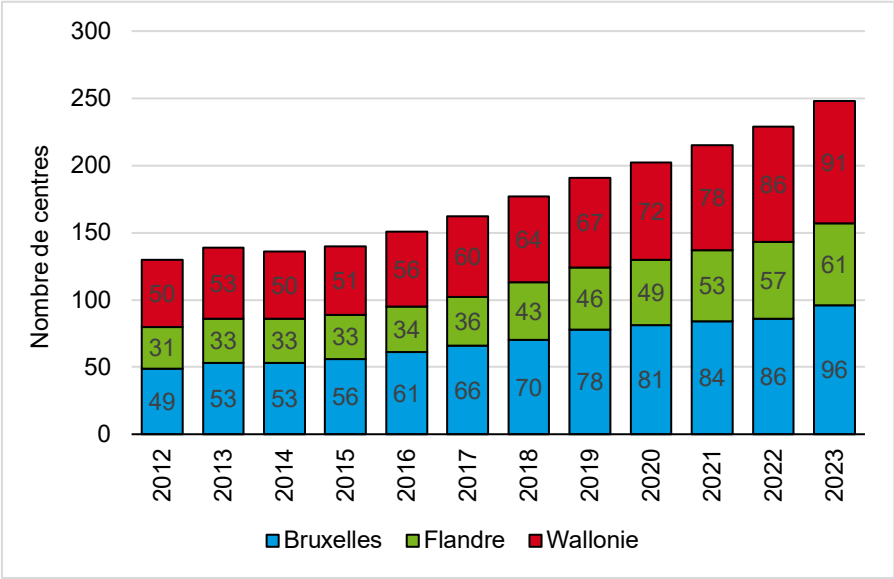
Dans ce chapitre, nous décrirons brièvement la place des maisons médicales dans notre pays. Vous trouverez une description plus détaillée au chapitre 2 du rapport scientifique lié à cette synthèse et dans le rapport d'audit publié en novembre 2017 par KPMG[2] à la demande de la ministre de la Santé publique de l'époque.

2.1. Évolution du nombre de maisons médicales

En 2022, environ 8% des médecins généralistes (en équivalents temps plein) travaillaient dans une maison médicale au forfait. À Bruxelles, ils étaient 29 % dans ce cas, soit nettement plus qu'en Wallonie (9 %) et qu'en Flandre (5 %).[3]

La Figure 1 illustre l'évolution du nombre de maisons médicales par région entre 2012 et 2023. Le total a presque doublé (+91 %), passant de 130 en 2012 à 248 en 2023. La progression a été la plus grande en Flandre (+97 %) suivie par Bruxelles (+96 %) et enfin par la Wallonie (+82 %).

Figure 1 – Évolution du nombre de maisons médicales par région (2012-2023)



Source : INAMI

Du rapport d'activité que les maisons médicales doivent soumettre chaque année à l'INAMI, il ressort que la plus grande structure de ce type compte 9 333 patients enregistrés et la plus petite, 77. Le nombre de patients médian s'élève à 2 059 en Wallonie, 2 051 à Bruxelles et 2 719 en Flandre (chiffres 2022).

Il existe également des différences marquées d'une région à l'autre quant au type de maison médicale. En Flandre, 61 % des centres (37 sur 61) ont une équipe soignante composée de médecins et d'infirmiers, contre 27 % en Wallonie (25 sur 91) et 25 % à Bruxelles (24 sur 96). En Wallonie et à Bruxelles, la majorité des centres disposent également d'un kinésithérapeute, ce qui n'est pas le cas en Flandre.

2.2. Rôle de la Commission forfait et des fédérations

Depuis 2002, la réglementation concernant les maisons médicales est fixée par arrêté royal, après avis de la Commission forfait et du Comité de l'Assurance de l'INAMI.[4] La Commission forfait se compose de représentants des quatre fédérations des maisons médicales et des organismes assureurs, et formule des recommandations sur le mode de calcul des forfaits pour les maisons médicales.

En 2023, 81 % des maisons médicales étaient affiliées à l'une des quatre fédérations suivantes :

- Fédération des Maisons Médicales (FMM)
- Vereniging van Wijkgezondheidscentra (VWGC)
- Federatie van eerstelijnspraktijken met forfaitaire financiering / Fédération des pratiques médicales de première ligne au forfait (Feprafo)
- Médecine pour le Peuple / Geneeskunde voor het Volk (pas de droit de vote au sein de la Commission forfait).

Les maisons médicales au forfait doivent conclure un accord de paiement forfaitaire avec les organismes assureurs. Après avis du Comité de l'Assurance, cet accord doit ensuite être avalisé par le ministre de la Santé publique.

3. COMMENT SONT FINANCÉES LES MAISONS MÉDICALES BELGES ?

3.1. Que paient les patients à la maison médicale ?

Lorsqu'un patient consulte un médecin généraliste rémunéré à l'acte, il doit en principe s'acquitter d'une contribution personnelle ou ticket modérateur. Ce n'est pas le cas pour les patients qui s'inscrivent dans une maison médicale. Ceux-ci peuvent se voir réclamer un droit d'inscription annuel de maximum € 2,5 par patient ou € 12,5 par ménage[5], mais ils ne paieront ensuite aucun ticket modérateur pour les consultations ou visites des médecins généralistes, et pour les prestations des infirmiers ou kinésithérapeutes rattachés à cette maison médicale bien précise, peu importe combien de fois ils font appel à ses services. Les médicaments, analyses de laboratoire, actes techniques, etc. ne sont par contre pas couverts par ce système.

3.2. Comment les maisons médicales sont-elles financées par les pouvoirs publics ?

Les prestataires de soins des maisons médicales ne reçoivent pas de rémunération par prestation. Les maisons médicales touchent un forfait mensuel par patient inscrit pour chaque discipline dont elles disposent (généraliste, infirmier, kinésithérapeute), quel que soit le nombre de prestations que leur équipe réalise au bénéfice de ce patient. Le montant de ce forfait est calculé sur la base des caractéristiques des patients, qui déterminent les besoins en soins et donc la charge de travail pour les prestataires. Ce montant est déterminé par le case-mix de la maison médicale et, par discipline, est le même pour tous les patients de cette maison médicale.

Cette pondération des forfaits en fonction des besoins en soins des patients, également appelée égalisation des risques (« *risk adjustment* »), doit veiller à ce que les prestataires de soins soient rémunérés pour dispenser un même niveau de soins aux personnes dont les besoins en soins sont comparables, et un niveau de soins plus/moins élevé aux personnes dont

les besoins en soins sont plus/moins importants, indépendamment d'autres caractéristiques telles que le niveau de revenus ou le lieu de résidence.

Pour garantir le respect de ces principes d'équité, trois décisions doivent être prises concernant premièrement le budget global de l'ensemble des maisons médicales (qui sort du cadre de cette étude), deuxièmement le choix des paramètres de risque à utiliser et troisièmement le poids accordé à chacun de ces paramètres pour la répartition du budget global entre les différentes maisons médicales. L'égalisation des risques permet de réduire le risque financier pour les centres ; si elle n'existait pas, ceux dont les patients ont des besoins en soins plus importants seraient en effet exposés à des pertes considérables. D'un autre côté, ceci pourrait également inciter à la sélection des risques (en n'inscrivant que des patients qui nécessitent des soins limités) ou déboucher sur un phénomène d'*upcoding* (sur-encodage), la lourdeur des besoins en soins étant, lors de l'enregistrement, présentée comme plus élevée qu'elle n'est en réalité.

Pour déterminer les paramètres de risque et leurs poids respectifs, le modèle statistique actuel se base sur les activités et caractéristiques des patients du système du paiement à l'acte. Il n'existe en effet pas de données concernant le nombre de consultations, visites à domicile, consultations à distance (par vidéo ou téléphone), etc. réalisés au bénéfice des patients des maisons médicales. Ce modèle, utilisé depuis 2013 après approbation par la Commission forfait, recouvre une longue liste de paramètres de risque : variables démographiques (âge et sexe), statut d'assurance (droit ou non à l'intervention majorée), situation socio-économique (droit au revenu d'intégration, incapacité de travail), droit éventuel à des allocations spécifiques liées aux revenus.

L'état de santé d'un patient est déterminé à l'aide des paramètres suivants : droit au forfait soins palliatifs, kinésithérapie en raison d'une pathologie lourde (liste E) et maladie chronique (déduite des médicaments prescrits en ambulatoire). La liste comporte encore quelques variables environnementales, comme le degré d'urbanisation du lieu de résidence du patient (grande ville vs milieu rural).

Ces paramètres et le poids qui leur est attribué sont repris à l'Annexe 1 du rapport scientifique (Tableau A.1). Vous trouverez de plus amples informations sur le calcul des forfaits au Chapitre 4 du rapport scientifique.

3.3. Insatisfaction vis-à-vis du modèle statistique actuel

En Belgique, les maisons médicales dépendent presque exclusivement, pour leurs rentrées financières, de la rémunération forfaitaire. C'est une situation assez exceptionnelle en comparaison avec les sept pays que nous avons étudiés, où les paiements forfaitaires ne représentent qu'une partie de leurs revenus et sont complétées par d'autres formes de financement, comme un paiement à l'acte ou un système de rémunération de la qualité (*Pay for Quality* ou P4Q). Lorsque la rémunération est exclusivement forfaitaire, le risque financier est assumé entièrement par les maisons médicales elles-mêmes. Une égalisation des risques adéquate revêt donc une importance cruciale pour une allocation équitable des moyens disponibles.

Dans le cadre de consultations de stakeholders, nous avons demandé aux représentants des fédérations des maisons médicales, aux organismes assureurs (membres de la Commission forfait) et au commanditaire de l'étude (l'INAMI) dans quelle mesure le modèle actuel permet d'assurer un financement correct.

3.3.1. Un fossé trop important entre les maisons médicales et les cabinets travaillant à l'acte

Comme nous l'avons mentionné plus haut, le modèle actuel repose sur les données de patients enregistrées dans le système de paiement à l'acte. D'après les représentants des maisons médicales, les différences qui existent entre les deux types de pratiques font toutefois que la pondération des paramètres de risque n'est pas bien adaptée à la réalité des maisons médicales. Ces dernières consacreraient par exemple plus de temps à la prévention que les cabinets rémunérés à l'acte. En outre, en se basant sur le système du paiement à l'acte, on ne tient compte que des soins dispensés par les infirmiers à domicile ; on passe donc complètement à côté du rôle majeur que jouent les infirmiers au sein des maisons médicales, notamment dans le suivi des malades chroniques.

3.3.2. *La complexité du modèle statistique actuel : une boîte noire pour certains, un goût de trop peu pour d'autres*

La complexité du système actuel est un second argument en faveur d'un nouveau modèle, quoique les avis sur la question soient très divergents. Certains mettent en avant le grand nombre de paramètres de risque et le fait que le modèle et le mode de calcul des montants forfaitaires manquent de transparence. Ils plaident par conséquent en faveur d'une réduction du nombre de paramètres de risque utilisés, évoquant le modèle New Deal, où le calcul des montants forfaitaires ne repose que sur deux éléments, l'âge (4 groupes) et le droit à l'intervention majorée.

D'autres intervenants estiment au contraire que le modèle actuel tient trop peu compte des différences dans les besoins en soins et plaident en faveur de paramètres supplémentaires, en particulier pour les infirmiers. Certains stakeholders proposent également de calculer les montants forfaitaires chaque trimestre plutôt que chaque année, afin de mieux tenir compte de l'évolution des besoins en soins (les soins palliatifs, par exemple, ne sont dispensés que durant quelques mois) et/ou de la population de patients.

3.3.3. *Le modèle actuel, une source d'instabilité des rémunérations forfaitaires*

Les stakeholders soulignent également que le modèle actuel débouche sur un manque de stabilité des rémunérations. Les montants forfaitaires que touche une maison médicale peuvent actuellement varier de façon considérable d'une année à l'autre, même si le nombre absolu de patients ne varie pour ainsi dire pas. Dans le contexte d'un budget national fermé, la rémunération d'un centre donné sera en effet aussi influencée par des changements au niveau de la patientèle d'autres centres. Or dans certaines villes comme Anvers, jusqu'à 40 % de la patientèle peut changer d'une année à l'autre en raison des fréquents déménagements.

4. UN NOUVEAU MODÈLE POUR LES MAISONS MÉDICALES BELGES EST-IL ENVISAGEABLE ?

Nous avons examiné avec les mêmes stakeholders qu'au point 3.3 la faisabilité d'un nouveau modèle de calcul des paiements forfaitaires. Comme nous l'avons déjà mentionné, ni l'INAMI, ni les organismes assureurs, ni le KCE n'ont actuellement accès à un nombre total de contacts-patients qui permettrait de calculer un montant forfaitaire pour les maisons médicales. De même, les diagnostics encodés dans le dossier médical informatisé ne sont pas disponibles pour la recherche. Ces données devraient idéalement être enregistrées de manière uniforme et mises à disposition par les maisons médicales elles-mêmes, pour qu'il soit possible d'établir la charge de travail de leurs prestataires et l'état de santé de leurs patients.

4.1. Élaboration d'un nouveau modèle

Les stakeholders ont des avis passablement différents quant aux spécificités attendues du nouveau modèle. Certains privilégient la piste d'un modèle statistique, avec une analyse de la relation entre la charge de travail d'un prestataire (p.ex. nombre de contacts) et la lourdeur des soins. Un tel modèle repose sur des données-patients individuelles, et peut être complété par des données agrégées à d'autres niveaux, comme celui du secteur statistique[b].

D'autres stakeholders estiment qu'un modèle statistique n'est pas nécessaire et qu'un nouveau modèle peut être élaboré sur la base d'un consensus entre stakeholders et experts concernant les paramètres de risque (basés sur les besoins en soins) et leur pondération. Certains mettent également en doute la pertinence du recours actuel à des modèles distincts par discipline, avec des paramètres de risque différents pour les généralistes, les infirmiers et les kinésithérapeutes.

[b] Petite unité géographique, voir chapitre 6 du rapport scientifique.

Une autre question qui se pose est de savoir si le modèle doit encourager financièrement la performance et récompenser une pratique de qualité, p.ex. par le biais de paramètres supplémentaires tels qu'une augmentation du nombre de patients avec un diabète équilibré ou une tension bien contrôlée. Une proposition alternative serait de scinder en deux l'actuel budget des maisons médicales, avec une partie pour financer les montants forfaitaires et une autre (plus modeste) pour récompenser la performance.

4.2. Comment mesurer la charge de travail des prestataires ?

Pour développer un nouveau modèle statistique basé sur les caractéristiques (des patients) d'une maison médicale, il est nécessaire de définir, d'enregistrer et de collecter des données sur une variable qui reflète la charge de travail. Les stakeholders soulignent toutefois que celle-ci représente bien plus que la somme des contacts-patients individuels. Pour une grande partie des patients, les prestataires de soins sont en effet aussi amenés à participer e.a. à des concertations d'équipe (multidisciplinaires) où seront discutés l'état de santé ou le plan de traitement. En outre, les maisons médicales qui parviennent à abaisser leur nombre de contacts-patients en investissant davantage dans la prévention, par exemple, ne devraient pas être pénalisées.

Par ailleurs, les stakeholders soulignent qu'il faut aussi tenir compte de la durée du contact avec le patient ou du temps qui lui est consacré en-dehors des contacts directs. Un certain nombre de caractéristiques du patient peuvent en effet accroître l'investissement en temps, comme par exemple une vulnérabilité sociale, une littératie en santé limitée ou encore une barrière linguistique.

4.3. Définition des paramètres de risque potentiels

4.3.1. Un mélange comprenant l'état de santé et des facteurs psychosociaux et socio-économiques

Le principal objectif de l'égalisation des risques dans l'allocation des montants forfaitaires est de prendre suffisamment en compte les besoins en soins des patients individuels, de manière à ce que chaque maison médicale touche une rémunération équitable. Idéalement, l'approche intégrale des soins de première ligne devrait se refléter dans un large éventail de paramètres de risque recouvrant différentes dimensions des besoins en soins. La première ligne accueille généralement des patients confrontés à plusieurs problèmes qui sont souvent peu spécifiques, s'étalent sur des périodes prolongées, fluctuent en termes de gravité et nécessitent une vaste gamme de services, dont des soins préventifs et des soins de santé mentale. Ceci impose d'utiliser des paramètres qui reflètent aussi bien l'état de santé que des facteurs socio-économiques tels que le niveau de revenus ou de formation, les comportements liés à la santé, les facteurs psychosociaux, etc.

Les stakeholders insistent sur l'importance d'une série de paramètres qui ne sont actuellement pas pris en compte :

- La kinésithérapie (p.ex. liste Fa/Fb des maladies nécessitant davantage de séances de kinésithérapie)
- Les aptitudes linguistiques du patient et le besoin éventuel d'avoir recours à un interprète
- Les maladies et risques professionnels, la reprise du travail
- Les limitations fonctionnelles (un handicap intellectuel peut p. ex. entraver la communication)
- Les facteurs environnementaux (pollution, bruit, etc.)
- La privation matérielle et sociale (p. ex. revenu ou formation)

Ils proposent également d'intégrer des paramètres de risque touchant aux caractéristiques de la maison médicale, comme le nombre et le type de prestataires de soins ou le taux de roulement de la patientèle.

Les **modèles étrangers** examinés dans le cadre de notre comparaison internationale n'offraient pas de balises suffisantes pour le choix des paramètres de risque. On observe une grande hétérogénéité quant au nombre et au type de ces paramètres. Les principales raisons qui sous-tendent les choix dans ce domaine sont la disponibilité des données, la volonté de limiter la complexité du modèle et les manipulations, et enfin l'interprétabilité.

4.3.2. *Des informations diagnostiques pour déterminer l'état de santé des patients*

L'idée qui sous-tend l'utilisation d'informations diagnostiques en tant que paramètre de risque est qu'une maladie donnée peut être associée à une charge de travail accrue. Dans notre comparaison internationale, nous avons toutefois été frappés par la grande variabilité du recours à ces données diagnostiques en tant que paramètre de risque. Les stakeholders aussi ont exprimé des avis très divergents à ce sujet.

4.3.2.1. *Sur la base des traitements ambulatoires*

Pour certains stakeholders, les maladies chroniques reprises dans le modèle actuel constituent un paramètre suffisant pour l'état de santé. Cette information est déduite des médicaments prescrits en ambulatoire (voir Tableau A.1 à l'Annexe 1 du rapport scientifique).

D'autres stakeholders soulèvent toutefois un certain nombre d'arguments en défaveur de l'utilisation de la consommation de médicaments comme (seul) indicateur de l'état de santé. En effet, il peut arriver qu'un médicament soit prescrit pour une raison autre que son indication principale, ce qui peut déboucher sur une surestimation du nombre de certains diagnostics. À l'inverse, toutes les maladies (chroniques) ne donnent pas forcément lieu à un traitement médicamenteux, et celui-ci peut parfois aussi être évité par une prévention ciblée (p.ex. interventions sur le mode de vie chez les personnes à risque de diabète), ce qui peut amener à sous-estimer la fréquence de certains diagnostics. En outre, pour certains diagnostics (p.ex. taux de cholestérol trop élevé), le but est justement d'abaisser la consommation de médicaments. Coupler la consommation de médicaments à un diagnostic pourrait donc pénaliser les maisons médicales efficientes.

4.3.2.2. *Sur la base d'un enregistrement réalisé par les généralistes*

Dans notre pays, l'INAMI ou les mutuelles n'ont pas accès aux données diagnostiques des soins de première ligne. Il ressort de notre comparaison internationale (voir Chapitre 5 du rapport scientifique) que de nombreux autres pays ont au contraire accès à cette information, et qu'ils l'utilisent pour le calcul de la rémunération des prestataires.

L'*International Classification of Primary Care* (ICPC – voir Cadre 4 au Chapitre 5 du rapport scientifique) est la classification internationale la plus utilisée pour les données médicales de la première ligne. Les généralistes des maisons médicales belges ont également recours aux codes ICPC-2 pour enregistrer leurs diagnostics dans le dossier médical informatisé des patients.

Ces diagnostics codés peuvent être utilisés de deux manières dans le cadre d'un modèle de financement. Une première possibilité est d'inclure une sélection de diagnostics dans le modèle, comme cela se fait en France. La seconde est de regrouper des diagnostics (souvent doublés d'autres caractéristiques telles que l'âge ou le sexe) en un nombre limité de catégories, et d'utiliser celles-ci comme paramètres de risque. C'est ce qui se fait actuellement au Danemark, dans certaines régions de Suède et en Catalogne (Espagne).

Un exemple de cette approche est le système *Adjusted Clinical Groups* (ACG), qui regroupe les patients en fonction du « poids » de leurs problèmes de santé. En 2018, deux fédérations (la Fédération des Maisons Médicales et la Vereniging van Wijkgezondheidscentra (VWGC)) ont consacré un rapport conjoint à l'utilisation du système ACG par un échantillon de 37 de leurs maisons médicales, portant sur les données 2015-2016.[6] Vous trouverez les résultats de cette étude pilote au Chapitre 7 du rapport scientifique. Une partie des stakeholders perçoivent toutefois ce système ACG et l'algorithme qui le sous-tend comme une sorte de boîte noire, et jugent plus réaliste de sélectionner un nombre limité de pathologies pertinentes sur la base des expériences engrangées à l'étranger, comme

par exemple le diabète, les maladies cardiovasculaires et les troubles de santé mentale. Un certain nombre de régions suédoises ont limité l'utilisation ou le poids des ACG en raison d'un sur-encodage par les cabinets.

4.4. Les défis de l'enregistrement de la charge de travail et des diagnostics

De nombreuses données susceptibles de constituer des paramètres de risque pertinents sont déjà disponibles dans notre pays. Vous trouverez au Chapitre 6 du rapport scientifique un aperçu des sources de données concernées. La liste n'est pas exhaustive, mais il est rassurant de constater que des paramètres de risque potentiels très divers pourront être testés dès que les données enregistrées par les maisons médicales (concernant p. ex. la charge de travail ou les diagnostics) seront accessibles. Ces données sont disponibles à différents niveaux – celui de l'individu, du ménage, du secteur statistique, etc. Il est important, en particulier pour les facteurs sociaux, de ne pas reprendre uniquement des variables au niveau du patient individuel, mais aussi à celui d'une petite zone géographique. Il va toutefois sans dire que la pertinence de chaque paramètre de risque devra être évaluée dans le nouveau modèle.

D'après les stakeholders interrogés, les maisons médicales ne sont actuellement pas toutes en mesure d'enregistrer et d'extraire des données concernant la charge de travail au niveau des patients individuels. Il en va de même pour les données qui concernent l'état de santé (comme les codes ICPC-2). En outre, les habitudes d'enregistrement et les logiciels utilisés varient d'une maison médicale à l'autre.

Un certain nombre de conditions devront être remplies avant que la totalité des maisons médicales puissent commencer à collecter des données. Il faut par exemple que celles-ci soient vérifiables, qu'elles ne soient pas sensibles à des manipulations ou stimuli pervers et qu'elles ne compromettent pas le respect de la confidentialité. En outre, leur extraction doit être automatisée autant que possible afin d'éviter une charge de travail supplémentaire.

4.5. Une étude pilote avec des maisons médicales participant sur base volontaire

Plusieurs stakeholders ont suggéré qu'un échantillon de maisons médicales participant sur base volontaire se lance dans l'enregistrement prospectif et l'extraction de données d'activité, de diagnostic et autres.

Une telle étude pilote permettrait de contrôler la faisabilité d'un enregistrement et d'une extraction uniformes des données. Pour veiller à ce que cette étude contribue à une définition claire des variables à enregistrer ou à extraire, il est important qu'elle soit suffisamment soutenue par toutes les parties concernées, à savoir les (fédérations de) maisons médicales, l'INAMI, les organismes assureurs et les développeurs de logiciels (de gestion de l'agenda et du dossier médical informatisé).

Après la phase pilote, les données d'un échantillon représentatif (données d'activité et paramètres de risque) seront nécessaires pour poursuivre le développement du nouveau modèle. Pour l'implémentation proprement dite, des informations sur l'ensemble des paramètres de risque de l'ensemble des maisons médicales devront être collectées pour pouvoir calculer les forfaits. Comme les données sur la charge de travail ne seront utiles que pour l'estimation du poids des paramètres de risque et non pour le calcul des forfaits proprement dits, il ne sera pas nécessaire de collecter ces informations chaque année. En principe, le rapport entre charge de travail et paramètres de risque pourra être considéré comme stable durant un certain nombre d'années.

Lors de la mise sur pied de l'étude pilote, les questions suivantes (liste non exhaustive) devront être prises en considération :

- Quelles sont les activités (ou types d'activités) qui doivent être enregistrées ?
- Est-il nécessaire d'enregistrer la durée effective, ou peut-on laisser à des experts le soin d'évaluer une durée d'activité typique ?
- Comment l'information sur les activités qui figurent dans les agendas électroniques peut-elle être couplée à des patients individuels ?

- Comment les données d'activité qui figurent dans les agendas électroniques peuvent-elles en être extraites d'une manière qui limite la charge administrative au minimum tout en garantissant la qualité des données ?
- Comment la qualité et l'uniformité du codage des informations diagnostiques (ICPC-2) peuvent-elles être améliorées ? Pour tous les types de codes, ou seulement pour une sélection ?
- Comment l'information diagnostique en provenance des dossiers médicaux informatisés peut-elle être extraite d'une manière qui limite la charge administrative au minimum tout en garantissant la qualité des données ?
- Comment gérer les exigences légales (confidentialité) lors de la collecte de données de santé individuelles ?

RECOMMANDATIONS[c]

Les données nécessaires au développement d'un nouveau modèle statistique pour la fixation du montant forfaitaire alloué à chaque maison médicale individuelle ne sont actuellement pas disponibles. Pour le moment, ces données ne sont en effet pas enregistrées – ou pas enregistrées d'une manière uniforme – par les maisons médicales.

À l'INAMI, nous recommandons :

1. De mettre sur pied une étude en plusieurs phases en vue du développement d'un nouveau modèle statistique pour le calcul du montant forfaitaire alloué à chaque maison médicale :
   - Une première phase consistant en **une étude pilote** visant à vérifier la faisabilité d'un enregistrement et d'une extraction uniformes des données. Cette étude pilote sera déployée dans un échantillon de maisons médicales participant sur base volontaire.
   - Une seconde phase consistant en une étude dans **un échantillon représentatif** de maisons médicales, afin de calculer le nouveau modèle. Cette étude porte aussi bien sur les données concernant la charge de travail que sur les paramètres de risque liés aux patients.
2. De constituer un **groupe de travail technique** composé de représentants de l'INAMI, des (fédérations de) maisons médicales, des organismes assureurs, des développeurs de logiciels médicaux et du KCE. Ce groupe de travail aura pour mission de définir les données à prendre en compte et d'élaborer une proposition pour l'enregistrement et l'extraction de données à la fois pour la phase pilote et pour la seconde phase portant sur l'échantillon représentatif. Sur la base du présent rapport, il devrait se pencher au minimum sur les questions suivantes :
   - Quel type d'activité devrait être enregistré ?
   - Comment les données qui figurent dans les agendas électroniques (p.ex. concernant la durée d'un contact-patient) peuvent-elles être couplées à un patient individuel ?
   - Comment la qualité de l'encodage des codes diagnostiques ICPC-2 peut-elle être améliorée ?

[c] Le KCE reste seul responsable des recommandations.

- Comment l'extraction des données peut-elle être réalisée d'une manière qui limite la charge administrative au minimum tout en garantissant la qualité maximale des données ?
- Comment peut-on répondre aux exigences légales concernant p. ex. la confidentialité lors de la collecte de données de santé individuelles ?

Le groupe technique devrait formuler une proposition d'enregistrement au minimum pour les données suivantes :

- Information diagnostique sur la base des codes ICPC-2
- Nombre et durée des contacts directs avec les patients, par type de contact (consultation, visite à domicile, etc.) et par type de prestataire de soins
- Temps consacré aux aspects indirects des soins aux patients (p. ex. concertations autour d'un patient individuel ou d'un groupe de patients)
- Besoin de soutien à la communication (p. ex. recours à un interprète)

Il est essentiel que l'enregistrement des données soit suffisamment large pour pouvoir, au cours de la seconde phase, tester plusieurs modèles statistiques.

Après développement du modèle statistique, le groupe de travail devra également formuler des recommandations concernant la fréquence à laquelle celui-ci devra être mis à jour.

3. **D'implémenter** dans toutes les maisons médicales le modèle statistique basé sur la collecte des paramètres sélectionnés.
4. De mettre sur pied une procédure et de développer des indicateurs pour la **validation de l'exhaustivité et de la fiabilité** de l'enregistrement des données par les maisons médicales.
5. De conclure des accords contraignants avec les développeurs de logiciels médicaux pour l'enregistrement et l'extraction (éventuellement automatisée) des données.

À l'INAMI et aux fédérations des maisons médicales, nous recommandons :

6. D'apporter un soutien (financier et/ou logistique) aux maisons médicales pour leur participation à l'étude pilote (première phase) ou à l'échantillon représentatif (deuxième phase d'étude).

RÉFÉRENCES

1. RIZIV-INAMI. Un nouveau modèle de financement et d'organisation pour votre cabinet de médecin généraliste (New Deal) [Web page]. [cited 25 mars 2024]. Available from: https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/professionnels-de-la-sante/medecins/new-deal-pour-financer-les-cabinets-de-medecine-generale
2. KPMG Advisory. Audit relatif à l'organisation, au fonctionnement et à la structure de coûts des maisons médicales. Novembre 2017. Available from: https://feprafo.be/images/doc/document/Audit_maisons_medicalesFr.pdf
3. Meeus P, Khalil A, Maton V. Health Professionals Report 2022 (Beta version). Capacity, Accessibility and Production. Speciality of Interest: General Practitioner. RIZIV-INAMI. Available from: https://www.healthybelgium.be/images/INAMI/Rapports/HealthcareProviders/HSR2022-General_Practitioner-Beta.pdf
4. Loi portant des mesures en matière de soins de santé, M.B. 22 février 2002.
5. Domus Medica. De forfaitaire praktijk [Web page]. [cited 25 March 2024]. Available from: https://www.domusmedica.be/expertisedomein/praktijkorganisatie/forfaitair-betalingssysteem#:~:text=Het%20RIZIV%20omschrijft%20'medische%20huizen,hanteren%20om%20spraakverwarring%20te%20vermijden
6. Fédération des Maisons Médicales (FMM) en Vereniging van Wijkgezondheidscentra (VWGC). Rapport: ACG® Studie. Toepassing van het ACG® Case-Mix System op wijkgezondheidscentra en 'maisons médicales' in België. Juli 2018.

COLOPHON

Titre :	Financement forfaitaire des maisons médicales en Belgique – partie 1 : besoins en données – Synthèse
Auteurs :	Carine Van de Voorde (KCE), Mélanie Lefèvre (KCE), Jens Detollenaere (KCE), Nicolas Bouckaert (KCE), Pascale Jonckheer (KCE)
Facilitateur de projet :	Nathalie Swartenbroekx (KCE)
Rédaction de la synthèse :	Gudrun Briat (KCE), Emily Van Coolput (KCE)
Relecture :	Justien Cornelis (KCE), Irina Odnoletkova (KCE), Ann Van den Bruel (KCE)
Experts externes :	Anders Anell (Lund University, Sweden), André Biscaia (Family Health Units National Association – USF-AN, Portugal), Cristina Colls (CatSalut, Spain), Carine Franc (Institut national de la santé et de la recherche médicale – Inserm, France), Shelley-Ann Girwar (Leiden University Medical Center, the Netherlands), Kim Rose Olsen (University of Southern Denmark, Denmark), Chris Salisbury (University of Bristol, United Kingdom), Erik Schokkaert (KU Leuven), Jens Søndergaard (University of Southern Denmark, Denmark), Matt Sutton (The University of Manchester, England), Ad Vermaas (Landelijke Huisartsen Vereniging, the Netherlands)
Stakeholders :	Mily Ampe (Feprafo), Koen De Maeseneir (Vereniging van Wijkgezondheidscentra (VWGC)), Leon D'hulster (RIZIV-INAMI), Pierre Drielsma (Fédération des Maisons Médicales (FMM)), Thibault Gailliez (Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes), Hubert Jamart (Fédération des Maisons Médicales (FMM)), Alexandre Lardeur (INAMI – RIZIV), Marie Marganne (Fédération des Maisons Médicales (FMM)), Éva Meeùs (Médecine pour le Peuple), Tom Meeus (Vereniging van Wijkgezondheidscentra (VWGC)), Benoit Mores (Onafhankelijke Ziekenfondsen), Hans Nagels (RIZIV – INAMI), Sarah Nédélec (Feprafo), Elke Nerinckx (Feprafo), Lieve Peremans, (Feprafo), Patricia Polanco (Médecine pour le Peuple), Peter Ruyters (Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen), Moene Seuntjens (Feprafo), Bram Spinnewijn (Feprafo), Roger van Cutsem (Fédération des Maisons Médicales (FMM)), Joris Van Damme (Feprafo), Remco Van Hijningen (Feprafo), Veerle Vyncke (Vereniging van Wijkgezondheidscentra (VWGC)), Nathan Wittock (Solidaris)
Validateurs externes :	Marc Bruijnzeels (Leiden University Medical Center, the Netherlands), Joeri Guillaume (Solidaris), Julien Mousquès (IRDES, France)
Remerciements :	Julia Bosman-Koenen (Nederlandse Zorgautoriteit, the Netherlands), Chris Brijs (Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KSZ)), Sabine Corachan (KCE), Stephan Devriese (KCE), Pieter Dewitte (Statbel), Jan De Maeseneer (UGent), Annelies De Schrijver (Statbel), Hubert Jamart (Fédération des Maisons Médicales (FMM)), Michel Lejeune (Fédération des Maisons Médicales (FMM)), Luc Lenel (Fédération des Maisons Médicales (FMM)), Patrick Lusyne (Statbel), Arno Pauwels (Sciensano), Kelly Sabbe (KCE), Estibaliz San Anton (Fédération des Maisons Médicales (FMM)), Isabelle Savoye (KCE), Aline Scohy (Sciensano), Veerle Vyncke (Vereniging van Wijkgezondheidscentra (VWGC))

	Nous tenons à remercier explicitement Rodrigo Ruz Torres (INAMI – RIZIV) pour sa contribution à ce rapport.
Intérêts déclarés KCE:	Le KCE est une institution fédérale financée par l'INAMI, par le Service public fédéral Santé, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, et par le Service public fédéral Sécurité sociale. La mission du KCE est de conseiller les décideurs politiques sur les décisions relatives aux soins de santé et à l'assurance maladie sur la base de recherches scientifiques et objectives. Il doit identifier et mettre en lumière les meilleures solutions possibles, dans le cadre d'un système de soins de santé accessible et de qualité, en tenant compte de la demande croissante et des contraintes budgétaires. Le KCE n'a aucun intérêt dans les entreprises (commerciales ou non commerciales, c'est-à-dire les hôpitaux et les universités), les associations (par exemple les associations professionnelles, les syndicats), les individus ou les organisations (par exemple les groupes de pression) qui pourraient être affectés positivement ou négativement (financièrement ou de toute autre manière) par la mise en œuvre des recommandations. Tous les experts ayant participé à la rédaction du rapport ou au processus d'examen par les pairs ont rempli un formulaire de déclaration d'intérêts. Les informations relatives aux conflits d'intérêts potentiels sont publiées dans le colophon du présent rapport. Tous les membres de l'équipe d'experts du KCE remplissent des déclarations d'intérêts annuelles et de plus amples détails à ce sujet sont disponibles sur demande.
Intérêts déclarés externes :	Tous les experts et stakeholders consultés pour ce rapport ont été sélectionnés en raison de leur implication dans le domaine étudié. A ce titre, il est possible que chacun d'eux présente, jusqu'à un certain point, un inévitable conflit d'intérêt.
Layout :	Joyce Grijseels, Ine Verhulst
Disclaimer :	• **Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.** • **Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.** • **Finalement, ce rapport a été approuvé à la majorité par le Conseil d'administration (voir http://kce.fgov.be/fr/content/le-conseil-dadministration-du-centre-dexpertise).** • **Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.**
Date de publication :	27 juin 2024
Numéro de projet :	2020-06
Domaine :	Health Services Research (HSR)

MeSH : Primary Health Care; Capitation Fee; Risk Adjustment; Group Practice

Classification NLM : W 84.6

Langue : Français

Format : Adobe® PDF™ (A4)

Dépôt légal : D/2024/10.273/36

ISSN : 2466-6440

Copyright : Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »
http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-publications-du-kce.



Comment citer ce rapport ? Van de Voorde C, Lefèvre M, Detollenaere J, Bouckaert N, Jonckheer P. Financement forfaitaire des maisons médicales en Belgique – partie 1 : besoins en données – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2024. KCE Reports 385Bs. D/2024/10.273/36.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.

DOI : https://doi.org/10.57598/R385BS