

27 juin 2024 -01:00

La collecte de données, le premier pas vers un nouveau modèle de calcul du financement des maisons médicales

Le calcul des montants forfaitaires alloués aux maisons médicales devrait davantage tenir compte des caractéristiques de leurs patients et de leur mode de pratique. Face à ce constat, l'INAMI a chargé le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) d'élaborer une nouvelle méthode de calcul. Il s'est toutefois rapidement avéré qu'un certain nombre de données concernant la charge de travail et les caractéristiques des patients (p. ex. faible littératie en santé, informations diagnostiques) ne sont pas disponibles ou pas enregistrées d'une manière uniforme. Le KCE recommande donc à l'INAMI, dans un premier temps, d'organiser une étude pilote auprès d'un échantillon de maisons médicales recrutées sur une base volontaire, afin d'évaluer la faisabilité d'un enregistrement et d'une extraction uniformes des données. Un groupe de travail technique devrait par ailleurs être constitué au sein de l'INAMI pour déterminer quelles données devraient être enregistrées. Le KCE pourra ensuite, sur cette base, élaborer une proposition pour une nouvelle méthode de calcul dans le cadre d'une étude ultérieure.

Les médecins généralistes belges peuvent actuellement choisir entre trois modèles de financement. La grande majorité d'entre eux (environ 80 %) sont rémunérés principalement à la prestation. Un second groupe, encore limité mais en augmentation (actuellement 8 %), reçoit pour chaque patient un montant forfaitaire versé par la mutualité. Ils travaillent dans des structures appelées « maisons médicales au forfait », qui emploient également des infirmier(e)s et/ou des kinésithérapeutes. Le nombre total de ces maisons médicales a presque doublé au cours des dix dernières années, passant de 130 en 2012 à 248 en 2023. Dans un troisième et nouveau modèle, le « New Deal », un plus faible paiement à la prestation est complété par un montant fixe par patient. Ce système a été lancé en avril 2024 sous la forme de projets pilotes, et sera évalué après trois ans.

Dans le second modèle, les maisons médicales sont financées à partir d'un budget national fermé qui leur est spécifiquement réservé. À l'heure actuelle, la part du budget que touche chaque maison médicale est calculée sur la base de la lourdeur des soins des patients inscrits, de manière à ce que le financement reflète la charge de travail.

Le mode de calcul actuel se base sur les données-patients du premier modèle de financement, avec paiement à la prestation. Or les maisons médicales soulignent qu'elles n'ont pas la même manière d'aborder les soins que les généralistes travaillant à l'acte, et que les paramètres de risque et le poids qui leur est attribué ne sont donc pas suffisamment adaptés à leur situation spécifique. Parmi les paramètres de risque qui ne sont actuellement pas pris en compte, on peut citer par exemples une maîtrise limitée de la langue ou une situation de privation matérielle et sociale du patient. Les maisons médicales consacraient aussi plus de temps à la prévention. Il serait donc nécessaire de mettre en place un mode de calcul plus équitable.

Face à ce constat, l'INAMI a chargé le KCE d'élaborer un nouveau modèle statistique. Une évaluation du budget national des maisons médicales sortait par contre du cadre de cette étude.

L'équipe de recherche a examiné le mode de rémunération de pratiques comparables dans d'autres pays d'Europe, avant de dresser le tableau des sources de données et variables pertinentes déjà disponibles à

l'heure actuelle en Belgique. Différents stakeholders – représentants des maisons médicales, des organismes assureurs et de l'INAMI – ont également été consultés concernant la désirabilité et la faisabilité pratique d'un nouveau modèle basé sur des données fournies directement par les maisons médicales.

Il s'est toutefois rapidement avéré que certaines données nécessaires n'étaient pas disponibles, pas enregistrées de manière uniforme par les maisons médicales ou pas accessibles pour l'INAMI ou les organismes assureurs. C'est la raison pour laquelle l'étude a finalement été scindée en deux volets. Dans le premier, celui dont il est question ici, le KCE a examiné quelles seraient les données nécessaires pour un nouveau mode de calcul des montants forfaitaires, et dans quelle mesure ces données pourraient être fournies par les maisons médicales elles-mêmes.

Le KCE constate que ce sont surtout les informations sur la charge de travail et les diagnostics (comme les codes ICPC-2 – International classification of primary care) qui font actuellement défaut. Les stakeholders interrogés soulignent à cet égard que la charge de travail ne se limite pas à la somme des contacts-patients, puisque les prestataires doivent aussi, par exemple, participer à des concertations d'équipe (multidisciplinaires). En outre, il est important que les maisons médicales qui parviennent à abaisser leur nombre de contacts-patients, par exemple en investissant davantage dans la prévention ou en organisant les soins d'une manière plus efficiente, ne soient pas pénalisées.

D'après les stakeholders, toutes les maisons médicales ne sont actuellement pas capables d'enregistrer et d'extraire des données au niveau des patients individuels. Les habitudes d'enregistrement et les logiciels utilisés diffèrent aussi d'une structure à l'autre.

Le KCE recommande donc que, dans un premier temps, l'INAMI mette sur pied une étude pilote auprès d'un échantillon de maisons médicales participant sur base volontaire, afin d'évaluer la faisabilité d'un enregistrement et d'une extraction uniformes des données. Après cette étude pilote, le KCE s'attachera à développer le nouveau modèle sur la base des données d'un échantillon représentatif de maisons médicales.

Un groupe technique constitué au sein de l'INAMI pourra déterminer quelles données doivent être collectées pour l'étude pilote, puis pour la seconde phase d'étude dans l'échantillon représentatif. Ce groupe de travail pourrait se composer de représentants de l'INAMI, des (fédérations de) maisons médicales, des organismes assureurs, des développeurs de logiciels médicaux et du KCE.

Pour pouvoir calculer les forfaits sur la base du nouveau modèle, il faudra ensuite collecter des données sur tous les paramètres de risque dans toutes les maisons médicales.

Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Centre Administratif du Botanique, Door Building (10ème étage)
Boulevard du Jardin Botanique 55
1000 Bruxelles
Belgique
+32 2 287 33 88 (nl) / +32 2 287 3354 (fr)
<http://kce.fgov.be>

Guðrun Briat
Communication scientifique
+32 475 274 115
press@kce.fgov.be