

# Le mode de rémunération modifie-t-il notre pratique ?

Acte / Forfait en Belgique : comparaison pour le coût et pour la qualité <sup>(1)</sup>

Poster 1

**Auteur :** Isabelle Heymans, Ecole de santé publique, ULB.  
**Contact :** isabelle.heyman@fmm.be

## Le contexte

En Belgique, la majorité des Médecins généralistes sont rémunérés à la prestation.

Environ 5% des MG belges sont rémunérés au forfait à la capitation. La plupart travaillent dans des «maisons médicales»: centres de santé intégrés de soins primaires. Sur base de l'inscription de chaque patient, un forfait mensuel est payé à la maison médicale, quelle que soit la consommation des soins. Un forfait existe pour les soins de médecine générale, les soins infirmiers et de kinésithérapie. Le patient inscrit ne paie plus de ticket modérateur. Il n'est plus remboursé par la mutuelle s'il va dans une autre pratique pour ces soins. Le montant du forfait est calculé sur la moyenne de consommation à l'acte l'année civile précédente, par type de patient (assuré ordinaire, pensionné, invalide, faibles revenus ou non, etc), et majoré de 30%, pour tenir compte de la charge de travail face à une population plus défavorisée, d'économies réalisées en deuxième ligne, et de la non fréquentation de la première ligne à l'acte par environ 10% de la population.

## Deux questions :

Après plus de 20 ans de cohabitation des deux systèmes de paiement la question se posait :

- *Le système au forfait à la capitation coûte-t-il plus cher ou moins cher que le système payé à la prestation ?*
- *Cette différence dans la manière d'être rétribués a-t-elle une influence sur la qualité des soins ?*

L'objectif de ces deux questions :

Peut-on continuer à soutenir le développement des pratiques au forfait ?  
Quelles recommandations seraient à faire pour améliorer le calcul du forfait ?

## Une comparaison du coût et de la qualité

Deux cohortes d'usagers, au forfait ou à l'acte pour la médecine générale, pendant 3 ans (2002-2004). Analyse à partir des données de consommation des soins. Les cohortes étaient appariées pour des caractéristiques géographiques, sociales et de santé. Une standardisation complémentaire a encore été réalisée. La comparaison a été réalisée pour toutes les catégories de dépenses, première et deuxième ligne. La comparaison pour la qualité a été faite sur base d'indicateurs collectés selon une revue de littérature, pour lesquels des données étaient disponibles, et approuvés par un panel d'experts praticiens.

## La comparaison des dépenses

Cette comparaison a considéré les dépenses de première ligne et les dépenses globales de soins de santé

Comparaison des grandes catégories de dépenses	Cohortes		
	1. Forfait	2. Acte - appariée standardisée	3. Acte - population générale
	Moy. annuelle	Moy. annuelle	Moy. annuelle
Total soins	1267	1280	1451
Dépenses 1ère ligne	216	112	178
Dépenses hors 1ère ligne	1051	1168	1273
DMG*	18	4	6
Total des dépenses**	1285	1284	1457

\* DMG = Forfait délivré par patient et par an pour la gestion du dossier médical global. Ce mode de financement est accessible aux deux types de pratiques.  
\*\* À l'exclusion des remboursements effectués dans le cadre du MâF.

*Le système au forfait induit plus de dépenses de première ligne mais moins en deuxième ligne. Au total les coûts sont similaires, voire inférieurs pour les patients au forfait. Alors que cette population est globalement plus défavorisée, et probablement plus malade (même après appariement).*

## La comparaison de la qualité des pratiques

Cette comparaison a considéré des indicateurs mesurables dans les données de consommation de soins. Certains thèmes de la qualité n'ont donc pas pu être abordés. La plupart des indicateurs sont des indicateurs de processus de pratique clinique.

*Au forfait, la prescription des antibiotiques et antihypertenseurs suit mieux les recommandations de bonne pratique, et plus de médicaments génériques sont prescrits en général. Les indicateurs d'activités de prévention sont meilleurs. La qualité est globalement équivalente pour le suivi de pathologies telles que : asthme et BPCO, hypertension artérielle. Elle est légèrement meilleure pour le suivi du diabète dans les pratiques au forfait.*

Choix de la médication antihypertensive	FF (%)	acte (%)	% prop	p
Parmi les patients sous traitement antihypertenseur, nombre de patients sous traitement continu par :				
Tous IEC	25,5	20,77	1,23	0,003
Tous sartans	9,51	15,34	0,62	<0,0001

Antibiothérapie	FF (%)	acte (%)	% prop	p
Parmi les patients ayant reçu au moins 1 antibiotique, nombre de patients ayant reçu au moins une prescription de :				
Amoxicilline	44,04	35,68	1,23	<0,0001
Amoxi+clav	42,25	44,71	0,95	0,0009
Macrolide	26,63	34,55	0,77	<0,0001
Quinolone	24,63	33,07	0,74	<0,0001
Indice de fréquence de prescription d'antibiotiques (% de la pop ayant reçu au moins une fois des ABT) :				
	64,35	72,28	0,89	<0,0001

Dépistage du cancer du sein	FF (%)	acte (%)	% prop	p
Parmi les femmes du groupe cible (50 à 69 ans), nombre de femmes pour lesquelles une mammographie a été réalisée dans les 3 ans :				
	66,39	58,72	1,13	<0,0001

Vaccination annuelle contre la grippe	FF (%)	acte (%)	% prop	p
Nombre de patients ayant acheté le vaccin anti-grippe 3 fois ou plus sur les trois ans, pour chacun des groupes cibles :				
Patients de 65 ans et +	56,24	44,79	1,26	<0,0001
Patients de 75 ans et +	59,13	50,53	1,17	0,0001
Patients diabétiques	64,00	41,19	1,55	<0,0001
Personnes souffrant d'asthme ou de BPCO	64,29	44,72	1,44	<0,0001

## Ce qu'on en retient

- On peut financer mieux la première ligne : à certaines conditions, le coût global n'augmente pas, il diminue en deuxième ligne, pour une qualité égale ou supérieure au bénéfice du patient.
- La qualité de la pratique peut être influencée par différents facteurs : la pratique de groupe, la pluridisciplinarité, l'inscription, le mode de rémunération. Des recherches complémentaires seraient nécessaires pour affiner l'impact effectif de chacun de ces facteurs.
- Notamment, l'inscription et le mode de rémunération forfaitaire facilitent les activités de prévention primaire et secondaire.

## Pour en savoir plus

1) Annemans L, Closon J-P, Closon M-C, Heymans I, Lagasse R, Mendes da Costa E, Moureaux C and Roch I. Comparaison du coût et de la qualité de deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) ; 2008. KCE reports 85B (D/2008/10.273/50)