

**« Evaluation de la forfaitarisation des médicaments à
l'hôpital »**

Groupe de travail de la Multipartite

19 mai 2011 - Version définitive

I. Introduction

L'introduction de la forfaitarisation des médicaments dans les hôpitaux généraux aigus au 1^{er} juillet 2006 a suscité de nombreuses craintes quant aux effets ou aux dérives que cela risquait d'occasionner, à la fois sur les hôpitaux, sur le patient ou sur les dépenses de l'assurance maladie.

Ce rapport tente d'apporter une réponse en mesurant les effets ou les éventuelles dérives sur les 3 acteurs concernés par l'introduction du forfait à savoir les hôpitaux et les médecins, le patient et l'INAMI.

Outre cette introduction, ce rapport se découpe donc en trois principales parties.

Une première partie adopte une approche « macro-économique » des effets de la forfaitarisation. Nous y verrons ainsi l'évolution des dépenses de manière globale, en mettant toutefois l'accent sur l'évolution de la consommation des médicaments « bon marché » et des médicaments inclus et exclus de la forfaitarisation.

La seconde partie descend au niveau de l'hôpital. Nous étudierons ainsi comment se distribuent, entre les hôpitaux, les « pertes » et les « gains » occasionnés par la forfaitarisation. Nous analyserons également d'autres indicateurs comme l'évolution, par hôpital, de la consommation de médicaments « bon marché », du nombre d'admissions ou de transferts entre hôpitaux ou encore le coût AMI par séjour.

La dernière partie sera consacrée aux éventuels effets de la forfaitarisation sur le patient. Plus particulièrement, nous évaluerons le coût moyen à charge des patients pour les médicaments de catégorie D et ensuite nous estimerons les conséquences éventuelles d'une pratique au sein des hôpitaux qui consisterait à demander aux patients hospitalisés d'aller acheter des médicaments en officine publique.

Puisque ce premier rapport a pour vocation d'être répété dans le futur, notre objectif est également de construire un ensemble d'indicateurs constituant ainsi une sorte de **tableau de bord** permettant d'évaluer de manière continue dans le temps les effets de la forfaitarisation des médicaments. Il est d'ailleurs important de signaler que ce premier rapport n'a pas encore de recul suffisant par rapport à l'introduction de la forfaitarisation que pour tirer des conclusions définitives.

II. Evaluation « macro-économique » de la forfaitarisation

Comme expliqué dans l'introduction, cette partie adopte une vue « macro-économique » des effets de la forfaitarisation et présente l'évolution des dépenses en matière de médicaments au cours des dernières années, avant et après la forfaitarisation.

A. Evaluation des « pertes » et « gains » des hôpitaux au niveau national

Le « gain » ou la « perte » a été simplement défini comme étant la différence entre ce que les hôpitaux ont réellement perçu au cours de l'année (forfait par admission + 25% à l'acte) et ce qu'ils auraient perçu dans l'« ancien système » (25% à l'acte « converti » à 100%).

Une évaluation « macro-économique » des premières années de la forfaitarisation a été réalisée sur base des données **comptabilisées jusque septembre 2010** (Source : Audit permanent de l'actuariat, Document N).

	<i>Année 1</i> <i>1/7/2006=></i> <i>30/06/2007</i>	<i>Année 2</i> <i>1/7/2007=></i> <i>30/06/2008</i>	<i>Année 3</i> <i>1/7/2008=></i> <i>30/06/2009</i>	<i>Année 4</i> <i>1/7/2009=></i> <i>30/06/2010</i>
Forfait par admission (1)	258.839	263.616	250.370	232.367
Partie à 25% (2)	77.414	78.513	78.123	71.616
Sous total (3) = (2) + (1)	336.253	342.129	328.492	303.983
Conversion du prix à 25% vers le prix à 100% (4)	302.399	306.690	305.167	279.751
GAIN (3)-(4)	33.854	35.439	23.326	24.233
Dépenses réelles versus budget	96,8%	97,8%	98,6%	99,0%

Tableau II.1

Il faut toutefois signaler que les « gains » présentés dans le Tableau II.1 ont sans doute occasionné des dépenses ou des investissements de la part des hôpitaux pour atteindre ces résultats : réorganisation des pharmacies, implication des acteurs, concertations plus fréquentes (comités médico-pharmaceutiques), développement de la pharmacie clinique, restructurations et réorganisations diverses (investissements matériels, infrastructures, tâches des différentes équipes : gestion, stockage, distribution, administration, retours) y compris en dehors de la pharmacie,...

Il faut encore ajouter que les résultats observés dans le tableau II.1 n'ont pas été nécessairement induit que par l'introduction du forfait.

Par ailleurs, lorsque les données seront disponibles, le Groupe de travail souhaite évaluer dans quelle mesure les résultats observés dans le tableau II.1 sont le fait d'une diminution de la consommation (DDD) et/ou la conséquence d'une diminution des prix.

Enfin, le Groupe de travail regrette que la promesse faite par les autorités publiques lors de l'introduction du forfait de réinjecter les économies occasionnés par la forfaitarisation dans le secteur hospitalier n'a été que partiellement tenue (notamment dans la pharmacie clinique).

B. Evolution des dépenses sur 4 années

Nous avons voulu analyser l'**évolution des dépenses en médicaments sur 4 années** (2 années avant la forfaitarisation, identifiées par « année -1 » et « année -2 », et 2 années après la forfaitarisation, identifiées par « année 1 » et « année 2 »). Puisque la forfaitarisation est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006, les années dont il est question ici ne sont pas des années civiles mais bien des années correspondantes à deux semestres à cheval sur deux années civiles. Ainsi, l'« année -1 » correspond aux deux semestres avant la forfaitarisation, soit le second semestre 2005 et le premier semestre 2006.

Cette analyse se base sur les documents PH et ne concernent que les hôpitaux généraux aigus. Chaque année de délivrance est comptabilisée sur **18 mois**.

1. Evolution des dépenses par catégorie de remboursement

Le tableau II.2 donne la ventilation des dépenses par catégorie de médicaments pour les 4 années. Nous constatons que les dépenses avaient fortement diminué avant l'entrée en vigueur de la forfaitarisation, confirmant ainsi l'hypothèse que la forfaitarisation avait été « anticipée » par les hôpitaux, pour ensuite augmenter à nouveau sensiblement après l'entrée en vigueur de la forfaitarisation.

Nous observons en outre que, après la forfaitarisation, les dépenses relatives aux spécialités forfaitarisées et non forfaitarisées augmentent sensiblement entre l'« année 1 » et l'« année 2 ».

Catégorie de médicaments	Année -2	Année -1	Année 1	Année 2
Antibiotique	34.343.504 €	31.866.621 €	1.716.776 €	7.552 €
Forfait par admission			256.411.433 €	262.179.930 €
Forfait-prophylaxie	4.331.131 €	4.365.855 €	17.610 €	6 €
Spécialité forfaitarisée			74.736.857 €	78.036.410 €
Spécialité non-forfaitarisée			120.799.140 €	131.051.449 €
Spécialité pharmaceutique	437.429.091 €	421.407.252 €	14.852.176 €	342.448 €
TOTAL	476.103.726 €	457.639.727 €	468.533.991 €	471.617.794 €

Tableau II.2

La catégorie « Spécialité pharmaceutique » correspond aux spécialités pharmaceutiques délivrées aux patients admis avant le 1^{er} juillet 2006 mais pour lesquels des spécialités pharmaceutiques ont été délivrées après le 1^{er} juillet 2006. Nous pouvons d'ailleurs constater que cette rubrique était logiquement importante pour l' « année 1 » et diminue ensuite très fortement. A terme, elle doit être nulle, au même titre d'ailleurs que les antibiotiques de catégorie B délivré en dehors de la période péri-opératoire et le forfait antibio-prophylaxie.

Il faut encore remarquer que les dépenses en produits non forfaitarisés représentent plus d' un quart des dépenses totales. Cette liste, notamment en ce qui concerne les exclusions de plein droit fixé en mai 2006 (article 5 de l'AR du 16 mai 2006), devrait peut-être être revue de façon dynamique en fonction des réalités du moment.

L'évolution que nous venons de décrire au niveau des dépenses se reflète également au niveau de la consommation exprimée en DDD¹ (Tableau II.3).

Catégorie de médicaments (DDD)	Année -2	Année -1	Année 1	Année 2
Antibiotique	2.427.573	2.393.657	91.898	367
Spécialité forfaitarisée			103.114.160	110.363.901
Spécialité non-forfaitarisée			17.339.870	18.579.421
Spécialité pharmaceutique	128.205.890	126.585.728	4.130.396	231.713
TOTAL	130.633.463	128.979.385	124.676.324	129.175.403

Tableau II.3

¹ La conversion des quantités délivrées par l'officine hospitalière en DDD a été réalisée sur base d'un fichier de conversion établi en mars 2010.

2. Evolution de la consommation des médicaments inclus et exclus

Un autre angle d'approche est l'analyse de l'évolution de la consommation globale des médicaments inclus ou exclus de la forfaitarisation.

Pour déterminer si une spécialité était incluse ou exclue de la forfaitarisation nous nous sommes basés sur la liste du **31 décembre 2008**.

Le tableau II.4 ventile la consommation **exprimée en DDD** constatée dans les différentes catégories de remboursement, selon que le médicament est inclus ou exclus de la forfaitarisation.

Nous constatons que la **consommation des médicaments inclus** a **diminué** sensiblement **pendant 3 ans** et a ensuite connu une légère augmentation lors de la deuxième année après la forfaitarisation.

Par contre, la **consommation des médicaments exclus** de la forfaitarisation est restée relativement **stable** depuis 4 ans et n'a pas augmenté depuis la forfaitarisation.

Catégories de Remboursement (DDD)		Année -2	Année -1	Année 1	Année 2
Médicaments exclus	A	16.201.427	17.742.859	16.966.630	17.843.618
	B	672.792	672.350	657.040	696.970
	C	14.342	12.594	12.882	7.731
Exclus Total		16.888.560	18.427.804	17.636.552	18.548.319
Médicaments inclus	A	41.727.291	40.958.080	40.148.452	41.567.094
	B	70.146.587	65.734.316	64.895.934	67.110.426
	C	1.656.929	3.677.469	1.824.617	1.788.383
	Cs	3.039	3.158	5.110	2.661
	Cx	211.057	178.557	165.659	158.519
Inclus Total		113.744.903	110.551.581	107.039.773	110.627.083
TOTAL		130.633.463	128.979.385	124.676.324	129.175.403

Tableau II.4

3. Evolution de la consommation en médicaments « bon marché »

Un troisième angle d'approche de l'évaluation est l'analyse de l'évolution de la consommation des médicaments « bon marché ».

Le groupe de travail souhaite attirer l'attention du lecteur sur le fait que cette partie relative à la consommation des médicaments « bon marché » est uniquement descriptive et qu'aucune conclusion quant à d'éventuelles économies réalisables ne peut être tirée sur cette base. Le Service devra mener une analyse plus approfondie sur le sujet.

Dans le cadre de cette analyse, sont considérés comme :

- « bon marché », les copies et les génériques ainsi que les spécialités originales de référence dont le prix public est égal à la base de remboursement
- « chers », les spécialités originales sous brevet pour lesquels le prix public est égal à la base de remboursement et les spécialités originales de référence dont le prix public est différent de la base de remboursement.

A partir du tableau II.5, nous constatons que la part des médicaments « bon marché » a plus que doublé sur la période considérée, passant de 11 millions de DDD à près de 24 millions de DDD. Dans le même temps, la consommation de médicaments chers a diminué fortement.

<i>Bon Marché?</i>	<i>Forfait?</i>	<i>Année -2</i>	<i>Année -1</i>	<i>Année 1</i>	<i>Année 2</i>
Bon marché	Exclus	967.177	2.160.878	1.937.160	2.128.076
	Inclus	10.185.082	14.789.524	18.320.908	21.748.450
Bon marché Total		11.152.259	16.950.402	20.258.068	23.876.526
Cher	Exclus	15.910.732	16.258.241	15.698.277	16.402.739
	Inclus	103.558.838	95.761.637	88.717.810	88.876.804
Cher Total		119.469.570	112.019.878	104.416.087	105.279.542
Indéterminé		11.634	9.105	2.169	19.335
TOTAL		130.633.463	128.979.385	124.676.324	129.175.403

Tableau II.5

Le tableau II.6 présente, pour les 20 principales classes ATC2 (qui représentent 90% de la consommation exprimée en DDD), la progression en DDD « bon marché » et cher entre l' « année -2 » et l' « année 2 ».

Ces 20 classes expliquent presque complètement l'évolution positive de la consommation des médicaments « bon marché » à l'hôpital sur la période étudiée.

Nous observons également que pour de nombreuses classes (les 4 premières par exemple), il y a un effet de « vase communicant » entre les médicaments chers et les médicaments « bon marché ». En effet, pour la classe ATC J01, la diminution de 2,5 millions de DDD cher est « compensée » dans une large mesure par une hausse de près de 2,2 millions de DDD « bon marché ». Néanmoins, nous remarquons que la consommation d'antibiotiques a diminué de plus de 300.000 DDD en 4 ans. Le groupe de travail y voit notamment l'effet des GGA (Groupe de Gestion des Antibiotiques) ou des campagnes de sensibilisation du grand public menées par le SPF.

Par ailleurs, nous constatons que la consommation de la classe D03 (« PREPARATIONS CICATRISANTES ET ANTIULCEREUSES ») à l'hôpital a quasiment disparue en 4 ans. Il s'agit de pansements actifs qui sont financées dans la sous-partie B2 du BMF.

Enfin, le tableau II.7 présente, pour les mêmes classes ATC2, les dépenses AMI. Nous attirons l'attention du lecteur sur le fait que suite à la forfaitarisation, les **médicaments inclus** dans le forfait sont désormais **facturées à 25%**.

ATC 2	Libellé ATC	Année -2			Année 2			Progression des DDD "bon marché"	Diminution des DDD cher
		Bon marché	Cher	Total	Bon marché	Cher	Total		
J01	ANTIBACTERIENS A USAGE SYSTEMIQUE	1.293.678	5.931.321	7.224.998	3.479.125	3.419.713	6.898.838	2.185.447	-2.511.607
C09	PRODUITS ACTIFS SUR LE SYSTEME RENINE-ANGIOTENSINE	189.254	3.394.984	3.584.237	1.986.727	2.067.576	4.054.303	1.797.473	-1.327.407
C08	ANTAGONISTES DU CALCIUM	154.611	1.961.933	2.116.544	1.735.520	741.145	2.476.664	1.580.908	-1.220.788
L01	AGENTS ANTINEOPLASIQUES	852.875	2.884.361	3.737.236	1.953.228	1.880.099	3.833.327	1.100.353	-1.004.263
A02	PREPARATIONS POUR LES TROUBLES DE LA SECRETION D'ACIDE GASTRIQUE	2.902.930	2.341.241	5.244.170	3.924.991	1.875.708	5.800.699	1.022.061	-465.533
C07	BETA-BLOQUANTS	53.238	2.029.474	2.082.712	1.054.622	1.135.881	2.190.503	1.001.384	-893.593
N02	ANALGESIQUES	1.004.393	1.994.679	2.999.072	1.746.281	1.353.362	3.099.643	741.888	-641.317
C10	HYPOLIPIDIANTS	602.659	796.077	1.398.736	1.206.691	1.027.415	2.234.105	604.032	231.338
N06	PSYCHOANALEPTIQUES	302.443	2.101.447	2.403.890	871.843	1.312.732	2.184.575	569.400	-788.715
N01	ANESTHESIQUES	2.152.874	11.899.089	14.051.963	2.528.152	11.151.288	13.679.440	375.277	-747.801
B05	SUCCEDANES DU SANG ET SOLUTIONS DE PERFUSIONS	118.714	21.166.389	21.285.103	395.460	20.204.131	20.599.591	276.746	-962.259
M01	ANTI-INFLAMMATOIRES ET ANTIRHUMATISMAUX	170.061	1.972.730	2.142.791	427.282	1.455.769	1.883.050	257.221	-516.961
A10	MEDICAMENTS ANTIDIABETIQUES	271.734	3.228.235	3.499.969	484.170	3.264.857	3.749.026	212.435	36.622
N05	PSYCHOLEPTIQUES	2.953	2.406.810	2.409.762	202.888	2.136.027	2.338.915	199.935	-270.782
C03	DIURETIQUES	236.517	5.293.941	5.530.458	318.197	4.925.687	5.243.885	81.681	-368.254
B02	ANTIHEMORRHAGIQUES		9.410.720	9.410.720		11.243.751	11.243.751	0	1.833.032
H02	CORTICOSTEROIDES A USAGE SYSTEMIQUE		7.937.551	7.937.551		7.724.302	7.724.302	0	-213.249
D03	PREPARATIONS CICATRISANTES ET ANTIULCEREUSES		10.570.997	10.570.997		40.567	40.567	0	-10.530.430
B01	ANTITHROMBOTIQUES	62.895	14.108.129	14.171.024	43.309	14.441.690	14.484.999	-19.586	333.561
C01	THERAPIE CARDIAQUE	140.833	6.754.300	6.895.133	102.752	4.894.682	4.997.434	-38.081	-1.859.617
		10.512.661	118.184.405	128.697.067	22.461.236	96.296.381	118.757.618	11.948.575	-21.888.024

Tableau 11.6

ATC 2	Libellé ATC	Année -2			Année 2		
		Bon marché	Cher	Total	Bon marché	Cher	Total
J01	ANTIBACTERIENS A USAGE SYSTEMIQUE	2.069.842	102.558.579	104.628.421	5.408.034	16.925.685	22.333.720
C09	PRODUITS ACTIFS SUR LE SYSTEME RENINE-ANGIOTENSINE	29.458	1.129.664	1.159.121	71.387	244.795	316.182
C08	ANTAGONISTES DU CALCIUM	35.936	2.517.330	2.553.266	89.329	524.025	613.354
L01	AGENTS ANTINEOPLASIQUES	1.304.900	20.933.305	22.238.205	4.335.108	24.829.840	29.164.947
A02	PREPARATIONS POUR LES TROUBLES DE LA SECRETION D'ACIDE GASTRIQUE	1.214.038	5.168.068	6.382.106	379.449	1.527.620	1.907.069
C07	BETA-BLOQUANTS	4.714	535.420	540.135	61.226	91.920	153.146
N02	ANALGESIQUES	10.889.276	3.711.000	14.600.277	3.384.071	412.216	3.796.287
C10	HYPOLIPIDIANTS	380.849	696.811	1.077.660	100.133	234.925	335.058
N06	PSYCHOANALEPTIQUES	142.703	2.906.416	3.049.119	140.506	592.361	732.867
N01	ANESTHESIQUES	3.652.360	24.493.081	28.145.441	849.733	5.493.225	6.342.958
B05	SUCCEDANES DU SANG ET SOLUTIONS DE PERFUSIONS	4.582.562	73.122.351	77.704.913	4.144.262	26.704.294	30.848.555
M01	ANTI-INFLAMMATOIRES ET ANTIRHUMATISMAUX	23.793	1.254.451	1.278.244	23.083	255.229	278.312
A10	MEDICAMENTS ANTIDIABETIQUES	28.347	2.144.789	2.173.136	13.104	542.337	555.441
N05	PSYCHOLEPTIQUES	1.938	5.048.339	5.050.277	103.021	1.154.352	1.257.372
C03	DIURETIQUES	19.629	889.873	909.502	6.144	240.175	246.319
B02	ANTIHEMORRHAGIQUES		13.338.460	13.338.460		12.839.710	12.839.710
H02	CORTICOSTEROIDES A USAGE SYSTEMIQUE		6.311.957	6.311.957		1.576.921	1.576.921
D03	PREPARATIONS CICATRISANTES ET ANTIULCEREUSES		709.645	709.645		56.514	56.514
B01	ANTITHROMBOTIQUES	39.805	38.900.857	38.940.662	6.516	10.089.831	10.096.347
C01	THERAPIE CARDIAQUE	1.000.580	4.085.703	5.086.283	179.515	840.245	1.019.760
				335.876.832			124.470.840

Tableau II.7

III. Evaluation de l'impact de la forfaitarisation au niveau des hôpitaux

A. Evaluation des pertes et des gains par hôpital

Le point II.A présentait, sur base des Documents N, une estimation du « gain » engendré par la forfaitarisation pour l'ensemble des hôpitaux. Sur base des Doc PH (médicaments délivrés par l'officine hospitalière), nous pouvons ventiler ce **gain par hôpital**. Dans le cadre de cette estimation, chaque semestre de délivrance est comptabilisé sur 12 mois.

Le premier constat, reflété par le tableau III.1, est que l'estimation des « gains » réalisée sur base des Doc PH rejoint tout à fait celle réalisée sur base des Doc N.

	<i>Année 1</i> <i>1/7/2006=></i> <i>30/06/2007</i>	<i>Année 2</i> <i>1/7/2007=></i> <i>30/06/2008</i>	<i>Année 3</i> <i>1/7/2008=></i> <i>30/06/2009</i>
GAIN estimé sur base des DOC N	33.882	35.427	23.326
GAIN estimé sur base des DOC PH	33.164	35.386	23.809

Tableau III.1

Les tableaux III.2 donnent la distribution des « pertes » et des « gains » pour les deux premières années ainsi que pour le premier semestre de la troisième année. Pour les deux premières années le gain moyen varie de 288.386 à 307.709 EUR. Il y a toutefois des variations énormes entre hôpitaux avec une perte maximum la première année de 447.606 Eur et un gain maximum la seconde année de 1,6 million. La situation plus favorable la seconde année est à mettre en rapport avec la fixation d'un budget plus élevé par rapport à la première année. Durant ces deux premières années, le nombre d'hôpitaux en perte oscille entre 10 et 11 (sur 115 hôpitaux).

Pour la troisième année, la situation est comparable au niveau de la distribution des « pertes » et des « gains » avec une « perte » maximum de 333.814 EUR et un « gain » estimé de plus de 1,5 million. Nous notons toutefois un nombre plus important d'hôpitaux qui connaissent des « pertes » (19 au lieu de 11 l'année précédente) qui pourrait peut-être être lié à la diminution importante du budget.

**Distribution « perte/gain »
total**

**Distribution « perte/gain »
par séjour**

Perte/Gain Année 1	
Minimum	-447.606 €
D1	2.651 €
Q1	101.439 €
Médiane	259.959 €
Q3	434.937 €
D9	668.839 €
Maximum	1.094.853 €
Moyenne	288.387 €
Ecart type	281.241 €

Perte-Gain/séjour Année 1	
Minimum	-34,0 €
D1	0,3 €
Q1	11,5 €
Médiane	24,4 €
Q3	32,4 €
D9	40,3 €
Maximum	63,1 €
Moyenne	21,3 €
Ecart type	16,5 €

Nombre d'hôpitaux en « perte » : 10
Budget forfaitarisation : 258.839.000 €

Perte/Gain Année 2	
Minimum	-303.074 €
D1	1.646 €
Q1	125.266 €
Médiane	256.136 €
Q3	420.842 €
D9	659.174 €
Maximum	1.628.477 €
Moyenne	307.710 €
Ecart type	295.215 €

Perte-Gain/séjour Année 2	
Minimum	-35,0 €
D1	0,1 €
Q1	12,3 €
Médiane	20,1 €
Q3	29,6 €
D9	37,5 €
Maximum	78,9 €
Moyenne	20,0 €
Ecart type	15,8 €

Nombre d'hôpitaux en « perte » : 11
Budget forfaitarisation : 263.540.000 €

Perte/Gain Année 3	
Minimum	-333.814 €
D1	-64.568 €
Q1	58.866 €
Médiane	195.710 €
Q3	343.714 €
D9	501.907 €
Maximum	1.548.605 €
Moyenne	214.495 €
Ecart type	266.257 €

Perte-Gain/séjour Année 3	
Minimum	-28,40 €
D1	-7,20 €
Q1	6,90 €
Médiane	14,50 €
Q3	22,60 €
D9	32,40 €
Maximum	62,80 €
Moyenne	13,73 €
Ecart type	15,94 €

Nombre d'hôpitaux en « perte » : 19
Budget forfaitarisation : 249.750.000 €

Tableaux III.2

Sur base des résultats des années 1, 2 et 3, nous pouvons calculer, par hôpital, la somme des pertes et des gains sur les 3 années. Le tableau III.3 présente les 10 hôpitaux avec les gains plus importants au total des 3 années et les 10 hôpitaux avec les résultats les plus mauvais au total des 3 années (9 hôpitaux sont en perte et un est au seuil d'équilibre).

Hopitaux Anonymisé	Perte/Gain Année 1	Perte/Gain Année 2	Perte/Gain Année 3	GAIN TOTAL
HOP 87	1.016.933 €	1.628.477 €	1.548.605 €	4.194.015 €
HOP 91	874.930 €	1.034.986 €	856.268 €	2.766.184 €
HOP 32	1.061.531 €	953.076 €	698.056 €	2.712.663 €
HOP 77	638.394 €	1.357.740 €	646.771 €	2.642.905 €
HOP 44	1.094.853 €	959.405 €	467.084 €	2.521.341 €
HOP 18	910.444 €	679.231 €	766.839 €	2.356.514 €
HOP 71	897.512 €	841.075 €	536.143 €	2.274.729 €
HOP 79	849.614 €	612.269 €	526.146 €	1.988.030 €
HOP 16	655.819 €	779.463 €	533.926 €	1.969.208 €
HOP 10	609.742 €	746.246 €	545.345 €	1.901.334 €
HOP 98	-400.961 €	633.332 €	-232.076 €	295 €
HOP 55	10.634 €	-1.483 €	-28.911 €	-19.760 €
HOP 27	67.477 €	4.336 €	-144.426 €	-72.612 €
HOP 110	79.202 €	-74.897 €	-93.750 €	-89.445 €
HOP 115		-46.081 €	-51.412 €	-97.493 €
HOP 36	26.261 €	-38.701 €	-120.367 €	-132.807 €
HOP 25	-77.254 €	-88.777 €	-240.004 €	-406.035 €
HOP 15	24.029 €	-103.793 €	-333.814 €	-413.577 €
HOP 53	-143.903 €	-254.465 €	-192.621 €	-590.989 €
HOP 23	-305.961 €	-303.074 €	-242.036 €	-851.070 €

Tableaux III.3

Le tableau III.4 cherche à « caractériser » les 10 hôpitaux avec les gains plus importants au total des 3 années et les 10 hôpitaux avec les résultats les plus mauvais au total des 3 années sur base de 6 critères différents.

<i>Caractéristiques</i>	<i>Les 10 meilleurs résultats sur les 3 années</i>	<i>Les 10 plus mauvais résultats sur les 3 années</i>
Région	2B, 3W, 5VL	2B, 4W, 4VL
Académiques	2	1
Statut	9 PR	7 PU
Nombre de Lits	Moins de 200 : 0	Moins de 200 : 2
	200 à 299 : 0	200 à 299 : 3
	300 à 449 : 2	300 à 449 : 2
	Plus de 450 : 8	Plus de 450 : 3
Montants de référence	2007 : 3 hôpitaux doivent rembourser	2007 : 2 hôpitaux doivent rembourser
Taux de patients Bim (2006)	Min : 9% Moyenne : 15% Max : 25%	Min : 13% Moyenne : 20% Max : 28%

Tableaux III.4

Nous pouvons réaliser le même exercice qu'au tableau III.3 mais en divisant le gain ou la perte sur les 3 années par le nombre total de séjours des 3 années. Nous constatons que les hôpitaux qui sont désormais en tête de ce classement ne sont plus du tout les mêmes. En effet, seuls 3 hôpitaux bien classés dans le tableau III.3 sont également bien classés dans le tableau III.5.

Hop Anonymisé	Perte/Gain par séjour Année 1	Perte/Gain par séjour Année 2	Perte/Gain par séjour Année 3	Gain/perte moyen par séjour
HOP 56	40 €	79 €	35 €	52 €
HOP 49	48 €	38 €	63 €	50 €
HOP 18	55 €	43 €	45 €	48 €
HOP 87	34 €	53 €	49 €	45 €
HOP 114		47 €	43 €	45 €
HOP 16	45 €	51 €	35 €	44 €
HOP 24	63 €	37 €	28 €	43 €
HOP 64	55 €	36 €	38 €	43 €
HOP 68	36 €	37 €	39 €	37 €
HOP 90	53 €	37 €	15 €	35 €
HOP 98	-13 €	20 €	-7 €	0 €
HOP 55	1 €	0 €	-3 €	-1 €
HOP 27	13 €	1 €	-28 €	-5 €
HOP 110	14 €	-12 €	-15 €	-5 €
HOP 36	4 €	-5 €	-17 €	-6 €
HOP 25	-5 €	-6 €	-16 €	-9 €
HOP 15	2 €	-7 €	-23 €	-10 €
HOP 115		-10 €	-12 €	-11 €
HOP 53	-15 €	-26 €	-20 €	-20 €
HOP 23	-34 €	-35 €	-28 €	-32 €

Tableaux III.5

Un exercice de caractérisation semblable au tableau III.4 a également été réalisé.

<i>Caractéristiques</i>	<i>Les 10 meilleurs résultats sur les 3 années</i>	<i>Les 10 plus mauvais résultats sur les 3 années</i>
Région	2B, 7W, 1VL	2B, 4W, 4VL
Académiques	1	1
Statut	8 PR	7 PU
Nombre de Lits	Moins de 200 : 1	Moins de 200 : 2
	200 à 299 : 4	200 à 299 : 3
	300 à 449 : 4	300 à 449 : 2
	Plus de 450 : 1	Plus de 450 : 3
Montants de référence	2007 : 6 hôpitaux doivent rembourser	2007 : 2 hôpitaux doivent rembourser
Taux de patients Bim (2006)	Min : 10% Moyenne : 18% Max : 25%	Min : 13% Moyenne : 20% Max : 28%

Tableaux III.6

B. Evolution de la consommation des médicaments bon marché

1. La consommation des médicaments bon marché comme facteur explicatif du résultat des hôpitaux ?

Nous l'avons vu plus haut, la consommation de médicaments bon marché a évolué positivement pour l'ensemble des hôpitaux. Il existe toutefois des différences entre hôpitaux qui pourraient peut-être expliquer les « pertes » ou les « gains » illustrés au tableau III.2.

Le tableau III.7 reprend les mêmes hôpitaux que dans le tableau III.5 (à savoir les hôpitaux avec les gains ou les pertes moyennes par séjour sur 3 années les plus importantes) auxquels nous avons ajouté la consommation moyenne de DDD de spécialité « bon marché » par séjour.

Nous constatons que les moyennes de chacun des deux groupes sont fort proches (respectivement 13 et 15 DDD) ce qui tendrait à démontrer qu'il n'y a pas de lien entre la consommation des médicaments « bon marché » et les « pertes » et « gains » réalisés par les hôpitaux.

Hop Anonymisé	Gain/perte moyen par séjour	Moyenne DDD "bon marché" par séjour
HOP 56	52 €	10
HOP 49	50 €	16
HOP 18	48 €	9
HOP 87	45 €	19
HOP 114	45 €	11
HOP 16	44 €	17
HOP 24	43 €	10
HOP 64	43 €	14
HOP 68	37 €	13
HOP 90	35 €	14
HOP 98	0 €	26
HOP 55	-1 €	13
HOP 27	-5 €	17
HOP 110	-5 €	13
HOP 36	-6 €	10
HOP 25	-9 €	13
HOP 15	-10 €	13
HOP 115	-11 €	23
HOP 53	-20 €	10
HOP 23	-32 €	16
Moyenne des 10 premiers		13
Moyenne des 10 derniers		15

Tableaux III.7

Une autre analyse (non reprise ici) a examiné **l'évolution sur les 3 années** de la consommation (en DDD « bon marché » par séjour) pour les 10 hôpitaux qui ont connu une amélioration constante de leur gain (ou une réduction de leur perte) par séjour et des 10 hôpitaux qui ont connu une dégradation constante de leur perte ou gain par séjour.

Nous avons constaté que des hôpitaux avec une forte progression des médicaments « bon marché » obtiennent malgré tout une « perte » et d'autres hôpitaux qui ont réalisé un effort assez faible dans la consommation des médicaments « bon marché » obtiennent un « gain ».

En conclusion, l'augmentation de l'utilisation des médicaments « bon marché » n'est pas suffisante pour expliquer des bons ou des mauvais résultats d'un hôpital.

C. Evolution des transferts et des admissions

Un indicateur qui permet d'évaluer d'éventuels effets pervers de l'instauration d'un forfait par admission est l'évolution du nombre de transferts entre hôpitaux et le nombre d'admissions annuelles.

1. Les transferts

Sur base du RCM, il est possible de connaître, pour chaque séjour, le lieu avant l'admission ainsi que la « destination » du patient après son séjour. Sur base des séjours couplés « SHA-RCM » 2005 et 2007, nous avons ventilé l'ensemble des séjours en fonction du « **parcours** » du patient. En l'occurrence nous avons défini 4 types de séjours :

- ❖ « **Domicile => hôpital => domicile** » : le patient était à son domicile (ou assimilé : MRS, hôpital psychiatrique,...) avant son séjour à l'hôpital et y retourne après son séjour (« séjour **complet** ») ;
- ❖ « **Domicile => hôpital => transfert autre hôpital** » : le patient était à son domicile (ou assimilé : MRS, hôpital psychiatrique,...) avant son séjour à l'hôpital mais est ensuite transféré dans un autre hôpital (séjour de type « **A** ») ;
- ❖ « **Hôpital => hôpital => transfert autre hôpital** » : le patient séjournait dans un premier hôpital avant son séjour dans un autre hôpital et est ensuite transféré de nouveau dans un hôpital (séjour de type « **B** ») ;

- ❖ « Hôpital => hôpital => domicile » : le patient séjournait dans un premier hôpital avant son séjour dans un autre hôpital et retourne ensuite à son domicile (séjour de type « C »);

Le tableau III.8 donne, pour 2005 et 2007, le nombre de séjours en fonction de la ventilation proposée ci-dessus. Nous constatons que le nombre de séjours concernés par un transfert est resté tout à fait stable entre 2005 et 2007 et se situe aux alentours de 4,5%.

	2005		2007	
	Nbre séjours	%	Nbre séjours	%
Séjour « complet »	1.553.884	95,5 %	1.564.009	95,6 %
Séjour type « A »	27.534	1,7 %	28.525	1,7 %
Séjour type « B »	8.412	0,5 %	8.593	0,5 %
Séjour type « C »	36.476	2,2 %	35.353	2,2 %
TOTAL	1.626.306	100 %	1.636.570	100 %
Dont transfert A+B+C	72.422	4,5 %	72.471	4,4 %

Tableau III.8

Le taux global de transfert de 4,5% masque toutefois des disparités importantes entre hôpitaux. Ainsi, en 2005, le taux de transfert par hôpital varie entre 0,9% et 22,2%. Il faut ajouter que les deux hôpitaux concernés par ces taux de transfert « extrêmes » ont un nombre de séjours sensiblement identique (entre 20.500 et 22.500 séjours). En 2007, nous retrouvons les deux mêmes hôpitaux avec des taux « extrêmes » de transferts mais l'hôpital qui avait 22,2% de transfert en 2005 a réduit son taux à 12,6%.

Un autre élément qu'il est intéressant de suivre est l'évolution, par hôpital, du pourcentage de transfert entre 2005 et 2007. Le tableau III.9 donne la distribution de la croissance entre les deux années. Ainsi, le maximum qui est à 2,6% représente la différence entre le pourcentage de transfert d'un hôpital en 2007 et son même pourcentage en 2005.

Le tableau III.9 nous permet de constater que plus de la moitié des hôpitaux ont augmenté leur pourcentage transfert entre 2005 et 2007.

Fluctuation du taux de transfert entre 2005 et 2007	
Minimum	-9,7%
D1	-0,8%
Q1	-0,3%
Médiane	0,1%
Q3	0,4%
D9	0,8%
Maximum	2,6%
Moyenne	0,0%
Ecart type	1,1%

Tableau III.9

2. L'évolution du nombre d'admissions

Un autre indicateur qui permet d'évaluer d'éventuels effets pervers de l'instauration d'un forfait par admission est l'évolution du nombre d'admissions. Puisque le forfait par admission relatif au forfait médicament n'a été instauré qu'au premier juillet 2006, nous nous sommes basés sur le forfait par admission « imagerie médicale » extrait des Doc P pour pouvoir suivre l'évolution du nombre d'admissions sur une longue période.

Comme pour d'autres analyses menées dans ce rapport, nous avons étudié les deux années avant et après la forfaitarisation. L'évolution a donc été suivie sur 4 années.

	<i>Année -2</i>	<i>Année -1</i>	<i>Année 1</i>	<i>Année 2</i>
Nbre d'admissions	1.617.527	1.607.941	1.621.867	1.650.458
Evolution		-0,6%	0,9%	1,8%

Tableau III.10

Nous constatons ainsi que, dans l'ensemble, le nombre d'admissions **entre l' « année -2 »** (c'est-à-dire deux ans avant la forfaitarisation) et l' « **année -1** » a **diminué de 0,6%**. Par contre, entre l'année qui précède la forfaitarisation et l'année qui suit l'entrée en vigueur de la forfaitarisation (« année 1 »), le nombre d'admission **progresses de 0,9%**. Le nombre d'admissions **progresses** d'ailleurs encore entre l' « année 1 » et l' « année 2 » de **1,8%**.

La distribution par hôpital de cette évolution (Tableau III.11) confirme bien entendu cette constatation. Nous observons néanmoins que certains hôpitaux ont connu des taux de croissance ou de décroissance entre certaines années de près de 30%.

En comparant les trois distributions, nous remarquons que c'est toute la distribution (médiane, moyenne, Q3 et D9) qui se déplace « vers la droite », symbolisant ainsi une hausse générale du nombre d'admissions.

Entre année -2 et année -1		Entre année -1 et année 1		Entre année 1 et année 2	
Minimum	-29,3%	Minimum	-25,3%	Minimum	-9,3%
D1	-3,7%	D1	-2,6%	D1	-2,0%
Q1	-2,2%	Q1	-1,0%	Q1	0,0%
Médiane	-0,5%	Médiane	0,9%	Médiane	2,3%
Q3	1,5%	Q3	2,4%	Q3	3,8%
D9	3,0%	D9	4,7%	D9	5,7%
Maximum	10,8%	Maximum	32,1%	Maximum	30,8%
Moyenne	-0,5%	Moyenne	1,1%	Moyenne	2,1%
Ecart type	4,2%	Ecart type	5,3%	Ecart type	4,2%

Tableau III.11

D. Evolution du coût AMI par séjour

Une autre variable qui nous paraissait important de suivre est l'évolution du coût AMI moyen par séjour et sa distribution entre tous les hôpitaux.

Par conséquent, sur base des dépenses (médicaments forfaitarisés et non forfaitarisés) reprises dans les documents SHA 2005 et 2007, nous avons calculé un coût moyen AMI national et par hôpital.

Le tableau III.11 présente pour 2005 et 2007 le coût moyen AMI d'un séjour au niveau national. Ce coût est particulièrement stable puisqu'il se situe entre 284 € (2007) et 287 € (2005).

	2005	2007
Antibiotique et forfait prophylaxie	4.441.790 €	198.261 €
Forfait par admission	/	263.473.826 €
A	193.010.524 €	121.383.491 €
B	281.515.804 €	92.682.141 €
C	417.470 €	231.837 €
Cs	53.484 €	32.178 €
CX	16.116 €	17.513 €
Total	479.455.188 €	477.822.249 €
Nombre d'admissions	1.670.754	1.681.704
Coût moyen	287 €	284 €

Tableau III.12

Une fois encore, cette stabilité apparente cache des disparités importantes entre les hôpitaux. Le tableau III.13 montre en effet que les écarts sont importants entre l'hôpital avec le coût moyen minimum qui se situe à 148 € (2005) ou 127 € (2007) et l'hôpital avec le coût moyen maximum qui se situe aux alentours de 753 €. Ce coût moyen AMI par séjour est tout à fait exceptionnel et s'explique par le caractère mono-spécialisé de l'hôpital.

Coût AMI par séjour 2005		Coût AMI par séjour 2007	
Minimum	148 €	Minimum	128 €
D1	175 €	D1	182 €
Q1	206 €	Q1	208 €
Médiane	243 €	Médiane	245 €
Q3	283 €	Q3	280 €
D9	382 €	D9	375 €
Maximum	753 €	Maximum	754 €
Moyenne	265 €	Moyenne	261 €
Ecart type	93 €	Ecart type	90 €

Tableaux III.13

IV. Evaluation de l'impact de la forfaitarisation sur les patients

Une des craintes née de la forfaitarisation était de voir le montant à charge des patients augmenter considérablement. Nous avons donc calculé le coût moyen par séjour en médicaments de catégorie D, au niveau national et par hôpital.

Par ailleurs, il nous est revenu à plusieurs reprises (via des patients ou des pharmaciens d'officine publique) que les hôpitaux envoyaient parfois leurs patients hospitalisés chercher des médicaments à l'officine publique durant leur séjour. Nous avons donc tenté d'estimer l'ampleur de ce phénomène.

A. Evolution du coût moyen par patient

Pour suivre l'évolution des coûts à charge des patients (**hors forfait de 0,62 € par jour**) pour les médicaments non remboursables avant et après la forfaitarisation, nous nous sommes heurtés à un problème de collecte des données. En effet, avant 2007, l'INAMI ne collectait que les médicaments « Chapitre IV commençant par 07 » à charge des patients. Les dépenses relatives aux médicaments non inscrits dans la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables (communément appelé « catégorie D ») n'étaient pas collectées par l'INAMI.

Nous n'avions donc, avant 2007, qu'une vue tout à fait biaisée (à la baisse) des montants à charge des patients.

Nous avons donc réalisé l'exercice pour 2007 et 2008.

Sur base des documents PH (12 mois comptables) de 2007 et de 2008, nous avons calculé par hôpital le montant moyen à charge des patients pour les médicaments (**hors forfait de 0,62 EUR par jour**). Les résultats se trouvent dans le tableau IV.1.

Cout Moyen patient 2007		Cout Moyen patient 2008	
Minimum	17,15 €	Minimum	15,95 €
D1	21,20 €	D1	21,90 €
Q1	25,15 €	Q1	25,91 €
Médiane	29,21 €	Médiane	29,79 €
Q3	33,67 €	Q3	35,33 €
D9	40,28 €	D9	41,27 €
Maximum	67,41 €	Maximum	62,83 €
Moyenne	30,44 €	Moyenne	30,92 €
Ecart type	7,82 €	Ecart type	7,80 €

Tableau IV.1

Comme le prouve le tableau IV.1, le montant moyen à charge des patients est resté stable, entre 30 et 31 EUR par séjour, entre 2007 et 2008. Par ailleurs, une étude des mutualités chrétiennes² estime ce montant pour 2005 à 30,1 EUR (hors forfait de 0,62 EUR par jour).

En conséquence, on peut affirmer que le montant moyen par séjour à charge des patients est resté tout à fait stable entre 2005 et 2008.

Comme pour d'autres coûts moyens, le coût moyen à charge des patients varie toutefois très fortement entre les hôpitaux. Ainsi pour 2007, le coût le plus faible à charge des patients par séjour est de 17,15 € et le coût le plus élevé culmine à 67,41 €.

B. Evaluation des délivrances de médicaments par l'officine publique à des patients hospitalisés

Parmi les échos que nous avons reçu consécutivement à l'instauration de la forfaitarisation des médicaments figuraient des commentaires de patients ou de pharmaciens d'officines publiques qui signalaient que certains hôpitaux demandaient aux patients hospitalisés d'aller chercher, pendant leur séjour, des médicaments à l'officine publique.

Cette démarche est tout à fait illégale puisque l'article 7 de l'Arrêté royal du 4 mars 1991 fixant les normes auxquelles une officine hospitalière doit satisfaire pour être agréée est assez clair: « **Tous les médicaments utilisés à l'hôpital pour le diagnostic ou le traitement des patients hospitalisés et ambulatoires doivent être délivrés par le pharmacien hospitalier** ».

Sur base de l'échantillon permanent (extraction n° PS031) nous avons donc extrait tous les séjours d'hospitalisation classique pour lesquels des délivrances en officine publique avaient été effectuées par les bénéficiaires hospitalisés durant leur séjour (jour d'admission et jour de sortie compris). Les chiffres donnés ci-dessous ne concerne que l'échantillon de base (sans prendre en considération la surpondération des patients de + de 65 ans).

² Cornelis Koen, « La forfaitarisation des médicaments dans les hôpitaux », MC-Information 233, septembre 2008, p.16-23

Le tableau IV.2 démontre que :

1. La représentativité du nombre de séjours répondant aux critères décrit ci-dessus (entre $\frac{1}{40,3}$ et $\frac{1}{41,2}$) extrait de l'échantillon est fort proche de la représentativité théorique de l'échantillon ($\frac{1}{40}$);
2. Pour +/- 18,5% des séjours il y a eu une délivrance de médicaments en officine publique le jour d'admission, le jour de sortie ou pendant le séjour d'un patient hospitalisé ;
3. Pour +/- 6 à 7% des séjours, cette délivrance de médicaments en officine publique a eu **pendant le séjour** (à l'exclusion du jour d'admission ou de sortie).

	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>
Nbre de séjours SHA (1)	1.658.434	1.670.754	1.673.651	1.681.704	1.711.415
Nbre séjours échantillon (2)	40.259	40.577	40.485	40.808	42.456
Représentativité (3) = (2)/(1)	$\frac{1}{41,2}$	$\frac{1}{41,2}$	$\frac{1}{41,3}$	$\frac{1}{41,2}$	$\frac{1}{40,3}$
Nbre séjours de l'échantillon avec dépenses en officine publique au cours du séjour (4)	7.452	7.472	7.498	7.692	7.984
% de séjours avec dépenses en officine publique au cours du séjour (5) = (4)/(2)	18,5%	18,4%	18,5%	18,8%	18,8%
Nbre de séjours avec dépenses en officine publique (hors jour d'admission et de sortie) (6)	2.615	2.544	2.563	2.741	3.210
% de séjours avec dépenses en officine publique (hors jour d'admission et de sortie) (7) = (6)/(2)	6,5%	6,3%	6,3%	6,7%	7,6%

Tableau IV.2

Le tableau IV.3 donne, pour l'échantillon étudié, les dépenses AMI d'officine publique occasionnées par les bénéficiaires hospitalisés durant leur séjour dans un hôpital général aigu (en distinguant, le jour de l'admission, le jour de sortie et le séjour en lui-même).

	2004	2005	2006	2007	2008
Jour admission	54.805 €	54.159 €	56.409 €	56.369 €	56.734 €
Pendant le séjour	203.020 €	178.757 €	189.079 €	234.903 €	256.447 €
Jour sortie	239.335 €	217.089 €	221.537 €	231.780 €	212.868 €
TOTAL	497.161 €	450.004 €	467.025 €	523.052 €	526.050 €

Tableau IV.3

A la lecture du tableau IV.3, nous constatons que les dépenses en officine publique pendant le séjour ont augmentés très fortement en 2007 et en 2008 alors que les montants relatifs aux médicaments délivrés le jour de l'admission sont restés stables.

Si on extrapole le montant de **256.447 €** relatifs aux dépenses des médicaments délivrés en officine publique pendant le séjour à l'ensemble des séjours on obtient un montant AMI de **10,3 millions d'euros**.

Sur base du tableau IV.4 qui reflète l'évolution du nombre de DDD délivrées par l'officine publique, nous observons les mêmes fluctuations du nombre de doses journalières, avec des hausses importantes en 2007 et en 2008.

	2004	2005	2006	2007	2008
Jour admission	64.457	65.878	62.170	70.722	76.289
Pendant le séjour	246.381	217.808	215.319	246.718	307.258
Jour sortie	279.254	288.509	289.982	309.694	302.237
TOTAL	590.092	572.196	567.471	627.135	685.783

Tableau IV.4

Il est également intéressant de noter que les 115 hôpitaux sont concernés par cette délivrance de médicaments par l'officine publique durant le séjour d'un patient hospitalisé.

Il existe toutefois des disparités importantes entre hôpitaux comme en témoigne le tableau IV.5. A noter que les numéros anonymisés des hôpitaux sont identiques à ceux utilisés dans les autres chapitres de ce rapport.

Hôpitaux anonymisés	Gain total (année 2)	Dépenses AMI (échantillon)	Dépenses AMI (extrapolées)
HOP 42	350.069 €	11.660 €	469.887 €
HOP 107	337.307 €	8.986 €	362.153 €
HOP 77	1.357.740 €	8.365 €	337.102 €
HOP 109	429.743 €	8.065 €	325.034 €
HOP 102	622.343 €	7.910 €	318.774 €
HOP 85	659.174 €	6.969 €	280.858 €
HOP 98	633.332 €	6.091 €	245.454 €
HOP 19	338.923 €	5.283 €	212.905 €
HOP 91	1.034.986€	5.249 €	211.554 €
HOP 87	1.628.477 €	5.211 €	210.010 €
TOTAL		73.790 €	2.973.731 €

Tableau IV.5

Il est également possible de caractériser ces 10 hôpitaux sur base de diverses variables comme la région, si l'hôpital est académique ou pas, le statut (public ou privé), le nombre de lits, si l'hôpital a du rembourser des montants dans le cadre des montants de référence ou encore le taux de patient BIM. Le tableau IV.6 résume les caractéristiques de 10 hôpitaux du tableau IV.5 sur base de ces variables.

<i>Caractéristiques</i>	<i>Les 10 hôpitaux du Tableau IV.5</i>
Région	7 VL, 2 W et 1 B
Académiques	4 Académiques
Statut	5 Privés
Nombre de Lits	Moins de 200 : 0
	200 à 299 : 1
	300 à 449 : 1
	Plus de 450 : 8
Montants de référence	2006 : 2 devaient rembourser
	2007 : aucun
Taux de patients Bim	Min : 13%
	Moyenne : 19%
	Max : 23%

Tableau IV.6

Si on s'intéresse aux spécialités pharmaceutiques fréquemment délivrées par une officine publique aux patients hospitalisés (uniquement pendant le séjour, hors jour d'admission et jour de sortie), nous constatons que 871 spécialités pharmaceutiques différentes ont été délivrées (en 2008).

Le tableau IV.7 présente le top 10 des spécialités pharmaceutiques les plus fréquemment délivrées en officine publique aux patients hospitalisés.

Spécialités pharmaceutiques	Exclus	Inclus	Dépenses AMI (échantillon)	Dépenses AMI (Extrapolées)
OXYGENE	10.171 €	8.646 €	18.817 €	758.328 €
LIPITOR		5.456 €	5.456 €	219.872 €
ABILIFY		5.386 €	5.386 €	217.067 €
GLIVEC	5.377 €		5.377 €	216.697 €
PLAVIX		5.064 €	5.064 €	204.081 €
VIREAD	4.255 €		4.255 €	171.464 €
EFEXOR-EXEL		4.147 €	4.147 €	167.127 €
ENBREL	3.452 €		3.452 €	139.124 €
HUMIRA	3.405 €		3.405 €	137.207 €
SERETIDE		3.140 €	3.140 €	126.525 €
TOTAL	26.660 €	31.839 €	58.499 €	2.357.492 €

Tableau IV.7

Nous constatons au tableau IV.7 que 54% des médicaments sont inclus dans le forfait. Le cas particulier de l'oxygène (en partie inclus et en partie exclus du forfait) s'explique par le fait que :

- Pour l'oxygène gazeux il n'existe pas de prix ** (patient hospitalisé) car il est couvert par le BMF et il est de ce fait exclus de la forfaitarisation ;
- Pour l'oxygène liquide, il existe un prix ** dont le code ATC n'est pas repris sur la liste d'exclusion et donc il est inclus dans le forfait

La répartition « inclus – exclus » des principaux médicaments délivrés en ambulatoire aux patients hospitalisés présentés au tableau IV.7 diffère notablement de la répartition de l'ensemble des médicaments délivrés en ambulatoire aux patients hospitalisés. En effet, pour l'ensemble des médicaments, 75% sont inclus dans le forfait.

	Exclus	Inclus	Grand Total
Dépenses AMI (sur l'ensemble des spécialités)	62.021 €	184.338 €	246.359 € ³

Tableau IV.8

Nous pouvons encore analyser la prescription de ces médicaments ambulatoires pendant le séjour en focalisant notre attention sur la qualification du prescripteur.

³ Ce montant diffère quelque peu de celui présenté en page 28 car pour certains médicaments nous 'avons pas pu déterminer s'il était inclus ou exclus de la forfaitarisation. C'est notamment le cas des médicaments non remboursés.

Le tableau IV.9 démontre que c'est principalement le généraliste, suivi par les psychiatres et les spécialistes en formation qui prescrivent le plus (en DDD).

Qualification	Dépenses AMI (échantillon)	DDD
Médecin Généraliste	162.328 €	220.207
780 Psychiatre	15.326 €	10.733
OXX autre MS en formation	11.290 €	9.455
580 Médecine interne	15.841 €	8.798
730 Cardiologue	4.056 €	6.014
00x autre MG en formation	3.237 €	5.321
760 Neuropsychiatre	4.341 €	4.270
770 Neurologue	3.596 €	2.438
790 Rhumatologue	4.437 €	1.878
690 Pédiatre	4.185 €	1.792
TOTAL	228.637 €	270.906

Tableau IV.9

Les informations des tableaux 7 (spécialités pharmaceutiques délivrées) et 9 (prescripteurs) peuvent être croisées pour donner le tableau IV.10 qui reprend pour les 4 principaux groupes prescripteurs les 3 spécialités les plus souvent prescrites.

Qualification prescripteur	Spécialités	Exclus	Inclus	Grand Total
MG généraliste		8.727 €	16.971 €	25.698 €
	OXYGENE	8.727 €	8.646 €	17.373 €
	LIPITOR		4.187 €	4.187 €
	PLAVIX		4.138 €	4.138 €
780 Psychiatre			6.713 €	6.713 €
	ABILIFY		3.761 €	3.761 €
	RISPERDAL		1.976 €	1.976 €
	EFEXOR-EXEL		975 €	975 €
580 Médecine interne		4.984 €		4.984 €
	GLIVEC	2.660 €		2.660 €
	CELLCEPT	1.220 €		1.220 €
	HUMIRA	1.104 €		1.104 €
Autre MS en formation		1.940 €	994 €	2.933 €
	SANDOSTATINE	1.116 €		1.116 €
	BONDRONAT		994 €	994 €
	KIVEXA	823 €		823 €
Grand Total		15.650 €	24.678 €	40.328 €

Tableau IV.10

V. Conclusions

L'objectif de ce rapport était d'évaluer la forfaitarisation des médicaments en établissant un ensemble d'indicateurs que l'on pourrait répéter à l'avenir et ainsi assurer un suivi dans le temps de cette évaluation.

Dans le cadre de l'évaluation « macro-économique », nous avons calculé la différence entre ce que les hôpitaux ont perçu dans le cadre de la forfaitarisation (forfait + 25%) et ce qu'il aurait perçu dans l'ancien système.

Ce calcul met en évidence depuis 4 ans une différence positive en faveur des hôpitaux. Le groupe de travail a toutefois insisté d'une part sur le fait que ce résultat positif est la conséquence d'efforts et d'investissements par le secteur et d'autre part que les économies réalisées n'ont pas été réinvesties totalement dans le secteur comme promis initialement par l'autorité publique.

Nous avons également pu constater que la consommation (exprimée en DDD) des médicaments avait légèrement diminué au cours de la période étudiée mais surtout que la consommation des médicaments « bon marché » avait augmenté de manière spectaculaire.

Pour l'avenir, le groupe de travail a souhaité pouvoir disposer d'analyses complémentaires sur :

- l'estimation de la proportion de l'effet « prix » et de l'effet « volume » dans la diminution des dépenses,
- la répartition de la consommation des médicaments en fonction de leur mode d'administration (principalement « per os » et intraveineuse),
- la consommation des médicaments « bon marché » et son impact éventuel sur l'assurance-maladie ou sur les hôpitaux.

Au niveau des hôpitaux, nous avons pu constater que les « gains » réalisés par le secteur étaient répartis de manière très inégale entre tous les hôpitaux. En effet, la différence entre le « gain » le plus élevé et la « perte » la plus importante approche les 2 millions d'euros par année.

Le groupe de travail a tenté d'expliquer ces grandes différences dans les résultats par la consommation des médicaments « bon marché » mais sans pouvoir parvenir à des conclusions convaincantes.

En ce qui concerne, le nombre d'admissions, de transferts ou encore le coût AMI par patient, le groupe de travail a pu observer une certaine stabilité pour ces trois indicateurs.

De même, au niveau du coût des médicaments par patient, nous avons pu constater qu'il était resté parfaitement stable avant et après la forfaitarisation des médicaments.

Enfin, le groupe de travail a analysé la délivrance de médicaments par l'officine publique à des patients hospitalisés.

Bien que le groupe de travail s'étonne de ce genre de pratique, il avance quelques explications à la lumière des différents tableaux qui lui ont été fournis. Ainsi, une explication est que ces médicaments concernent des maladies chroniques pour lesquels le patient dispose de quelques prescriptions « d'avance » de la part de son spécialiste ou généraliste et que la famille continue d'assurer l'approvisionnement pendant le séjour à l'hôpital. Une autre explication est que ces prescriptions concernent des patients qui séjournent habituellement en MRS ou MRPA et que ces dernières continuent également l'approvisionnement pendant l'hospitalisation du pensionnaire. En tout état de cause, selon le groupe de travail, ces médicaments ne seraient pas, dans une large mesure, consommés durant le séjour même s'ils sont délivrés pendant le séjour.

Certains membres du groupe proposent toutefois de rappeler aux hôpitaux les dispositions de l'article 7 de l'Arrêté royal du 4 mars 1991 fixant les normes auxquelles une officine hospitalière doit répondre pour être agréée (voir infra, page 22).