

**SPF SANTÉ PUBLIQUE,
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT**

Bruxelles, le 13 mars 2014.

**Direction générale Organisation
des établissements de soins**


**CONSEIL NATIONAL DES
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS.**

Section "Financement"

RÉF. : CNEH/D/SF/ 101-2(*)

**AVIS DE LA SECTION FINANCEMENT DU CNEH CONCERNANT LA PARTIE B5 DU BUDGET
[ACTUALISATION DE L'AVIS réf [CNEH/D/SF/81-7].**

Au nom du président,
M. Peter Degadt,



Le secrétaire,
C. Decoster

(*) CET AVIS A ÉTÉ APPROUVÉ LORS DE LA RÉUNION DU 13/03/2014 ET RATIFIÉ LORS DU BUREAU À
CETTE MÊME DATE.

Introduction

Pour pouvoir dire quelque chose sur les coûts de fonctionnement de la pharmacie hospitalière, il a été nécessaire d'examiner les flux de financement générés dans les hôpitaux via les médicaments, les produits stériles, les implants, les préparations magistrales ...

Il est apparu que ces flux sont excessivement complexes et différentes tentatives destinées à comprendre cette complexité nous ont appris que ce n'était pour le moment pas possible, et ce tant au macro-niveau qu'au micro-niveau (pour chaque hôpital distinct).

Nous estimons dès lors qu'une analyse approfondie et élargie devant permettre d'objectiver la charge de travail de la pharmacie hospitalière est nécessaire. Cette étude n'est actuellement pas disponible, raison pour laquelle le présent avis est basé, d'une part, sur les entretiens avec les experts et sur les données qu'ils ont fournies et, d'autre part, sur l'expérience et l'apport des membres du groupe de travail et de l'administration.

Si notre suggestion de mettre une étude sur pied est favorablement accueillie, le Conseil est de toute évidence disposé à reprendre ses activités à la lumière des résultats d'une telle étude.

Au gré des années, le travail de la pharmacie hospitalière est devenu, comme tant d'autres activités hospitalières, de plus en plus complexe et intense.

L'hospitalisation médicale de jour au cours de laquelle, par exemple, un grand nombre de chimiothérapies sont administrées, est une activité qui n'est pas financée par le BMF. Cette activité constitue une charge de travail majeure pour la pharmacie hospitalière, mais elle n'est pas retenue dans le présent avis parce que celui-ci porte sur le financement des frais de fonctionnement de la pharmacie hospitalière en ce qui concerne les patients hospitalisés classiques.

Bien que ce point ne soit pas l'objet de la partie B5, les experts consultés demandent d'indiquer également dans le présent avis que des moyens supplémentaires sont nécessaires pour pouvoir garantir le fonctionnement qualitatif de la pharmacie hospitalière en matière de chimiothérapie administrée aux patients ambulatoires.

Enfin, nous recommandons qu'une partie importante des moyens économisés sur le chiffre d'affaires des médicaments dans les hôpitaux par l'instauration du forfait médicaments soit affectée à une augmentation substantielle de la partie B5 du BMF, dans le but d'apaiser les nombreux besoins de la pharmacie hospitalière récemment apparus.

Certains membres estiment qu'à l'heure actuelle, des données complètes indiquant de manière précise la charge de travail de la pharmacie hospitalière ne sont pas disponibles de manière suffisante pour que la partie B5 puisse être modifiée. Ils souhaitent ne formuler un avis que lorsque ces données seront bel et bien disponibles. C'est pourquoi selon eux, la partie B5 ne doit pas être adaptée aujourd'hui.

Il convient toutefois de remarquer que l'actuelle partie B5 est basée sur les données de 2003 et n'a plus été modifiée depuis 2005. Ce qui signifie qu'une mise à jour est au moins nécessaire pour que le financement de la partie B5 soit basé sur les données les plus récentes.

Dans la proposition ci-après, le Conseil tente de trouver des clés de répartition équitables, non manipulables et disponibles au niveau des autorités afin qu'aucun enregistrement supplémentaire ne soit requis au niveau de chaque hôpital.

Avis

Art. 75

La répartition est en grande partie maintenue, mais la description par élément et les proportions en pourcentage des différents éléments sont modifiées.

Art. 75, § 1^{er} a

À l'heure actuelle, 15 % du financement prévu dans la partie B5 sont répartis sur la base du chiffre d'affaires des hôpitaux pour les spécialités pharmaceutiques et les médicaments

génériques, à l'exception des produits sanguins, administrés aux patients hospitalisés classiques.

Le pourcentage du budget B5 pour cette partie passe à 29%.

Les unités de distribution constituent le paramètre approprié pour répartir cette sous-partie entre les hôpitaux. Ce n'est donc ni le chiffre d'affaires, ni le nombre de facturations par médicament, mais un calcul indiquant combien de tubes, de sachets, de bouteilles, d'ampoules, de comprimés, de flacons etc. ont été délivrés par la pharmacie hospitalière. Actuellement, c'est la meilleure approche de la charge de travail de la pharmacie hospitalière pour refléter la distribution des médicaments.

Pour ce calcul, il est nécessaire de prendre en considération l'ensemble des médicaments remboursables administrés à des patients hospitalisés dans le cadre d'une admission classique.

Pour chaque médicament est prévu un numéro de produit spécifique, un nom spécifique, une description spécifique, une unité de mesure spécifique (flacon, comprimé, gramme, millilitre, ampoule, ...), un conditionnement spécifique pour la distribution en interne, une quantité spécifique par conditionnement pour la distribution en interne (exprimée en unités de mesure), et une unité de facturation (également exprimée en unités de mesure). Si le conditionnement pour la distribution en interne est équivalent à l'unité de facturation (p.ex. distribution en interne par comprimé ou ampoule), il n'y a aucun problème : les unités facturées peuvent être utilisées comme unités de distribution en interne. Cela concerne la grande majorité des médicaments. Pour les médicaments dont le conditionnement pour la distribution en interne n'est pas équivalent à l'unité de facturation, p.ex. 80 g par tube pour la distribution, mais 16 g par unité de facturation ou 100 ml par bouteille de sirop (à délivrer) mais 5 ml par unité de facturation), il est nécessaire de diviser la quantité par conditionnement pour la distribution en interne par l'unité de facturation pour le médicament ; on obtient alors un chiffre appelé coefficient de distribution du médicament.

Ce coefficient de distribution établit un lien entre la facturation et le nombre d'unités de distribution pour un médicament. Pour la plupart des médicaments, la valeur de ce coefficient est de 1 (p.ex. comprimé, ampoule), mais la valeur doit être calculée pour d'autres médicaments (p.ex. tube, bouteille) comme indiqué ci-dessus.

Un exemple :

0700666, AMICLA 30g crème, par crème 1 x 1 mg/g, unité de facturation : 1 (1 gramme), unité de distribution : 30 (30 g par tube) : le coefficient de distribution est calculé selon la division suivante : 30 grammes (conditionnement pour la distribution en interne) divisés par 1 gramme (unité de facturation), soit $30/1=30$. Pour la distribution d'un tube AMICLA par le pharmacien hospitalier, il y a 30 facturations de chaque fois 1 gramme. En divisant le nombre de facturations d'une période déterminée (par exemple une année civile) par 30 (coefficient de distribution de ce médicament), on obtient le nombre de tubes délivrés pour cette période.

Le mode de calcul proposé est le suivant. Pour chaque hôpital, le nombre total d'unités de facturation est calculé par médicament pour une année de référence déterminée (la dernière année connue). Ensuite, le coefficient de distribution est appliqué pour ce médicament. En d'autres termes, le nombre total d'unités de facturation du médicament pour une période déterminée est divisé par le coefficient unique de distribution pour ce médicament. Ainsi, un nombre d'unités délivrées est calculé par médicament. Toutes les unités délivrées par médicament sont additionnées pour l'hôpital pour la période déterminée. Nous obtenons alors pour cet hôpital un chiffre unique tenant compte, d'une façon spécifique, de tous les médicaments délivrés par l'hôpital pour la période de référence déterminée.

A ce chiffre est appliqué un coefficient permettant de prendre en compte les patients non assurés de l'hôpital.

Enfin, les totaux de tous les hôpitaux sont additionnés. En rapportant le total par hôpital au total global de tous les hôpitaux, on obtient la proportion relative de l'hôpital dans le total. Ce chiffre exprimé en pourcentage est utilisé pour calculer la proportion de l'hôpital dans cette sous-partie.

Présentation schématique pour deux hôpitaux et pour deux médicaments, sans patients non assurés :

H 1 médicament A 60 unités de facturation pour l'année 2012 avec un coefficient de distribution de 6 donne un résultat de $60/6$ soit 10

H 1 médicament B 80 unités de facturation avec un coefficient de distribution de 4 donne un résultat de $80/4$ soit 20

H 2 médicament A 90 unités de facturation pour l'année 2012 avec un coefficient de distribution de 6 donne un résultat de $90/6$ soit 15

H 2 médicament B 180 unités de facturation avec un coefficient de distribution de 4 donne un résultat de $180/4$ soit 45

A noter que le coefficient de distribution par médicament reste identique. Le nombre de facturations et le résultat du calcul diffèrent.

H 1 $10+20$ est égal à 30 et H2 $15+45$ est égal à 60. Tous les hôpitaux ensemble, soit $30+60$ donnent 90. La proportion H 1 est égale à $30/90$ soit 33.3% et la proportion de H 2 est égale à 66.7%.

Pour 100 euros à répartir, l'hôpital A reçoit 33,3 euros et l'hôpital B reçoit 66.67 euros.

Enfin, lorsqu'aucun coefficient n'est disponible, le médicament n'est pas repris dans les calculs.

Art. 75, § 1^{er} b

Le pourcentage pour cette partie est ramené à 29 %.

Le système de points est maintenu dans cette partie.

Tous les autres chiffres sont maintenus, à moins que des moyens supplémentaires soient mis à disposition. Ces moyens supplémentaires peuvent dès lors être affectés pour une partie aux points supplémentaires pour l'index G, avec une valeur en points de 1,2 au lieu de 1.

La suite de la description en ce qui concerne les soins intensifs peut être maintenue.

Le dernier point 2° de cette partie n'est plus retenu dans cet avis et il est dès lors proposé de le supprimer.

Art. 75, § 1^{er} c

Cette partie est maintenue. La base de ce calcul remonte déjà à plusieurs années (2005) et un nouveau calcul s'impose dès lors en fonction des dernières données connues. Si le nombre d'hôpitaux bénéficiant de cette partie connaît une diminution drastique (du fait de la réduction du nombre de lits justifiés au niveau national), il faudra également revoir à la baisse la limite des 450 lits justifiés pondérés.

Art. 75, § 1^{er} d

Sous réserve, le pourcentage pour cette partie est ramené à 5 %.

La description actuelle n'est plus utilisable. C'est pourquoi ces 5 % sont sous réserve. En ce sens que nous partons du principe que le groupe de travail B2 trouvera des paramètres valables pour déterminer les coûts des produits médicaux de la partie B2. Ce paramètre peut dès lors être aussi calculé à 5 % dans la partie B5.

Si tel n'est pas le cas, certains estiment que cette partie doit être provisoirement supprimée jusqu'à l'émergence d'un paramètre valable pour les coûts des produits médicaux B2.

Cela signifie que si ces 5 % ne sont plus pris en compte, le paramètre spécialités pharmaceutiques est de 30 % et le paramètre index de lit de 33 %.

Certains estiment toutefois que dans l'attente, un recalcul simple peut être effectué sur la base des dernières données connues.

1d1

26,5 % du budget disponible sont répartis entre les hôpitaux sur la base des honoraires pour prestations chirurgicales retenus pour le calcul des durées standard au bloc opératoire établi dans chaque hôpital pour les patients hospitalisés classiques.

Certains membres estiment que le chiffre d'affaires des honoraires pour ces prestations est une bonne clé de répartition, d'autres accordent la préférence à la quantité de ces prestations. Les membres sont divisés quant à ce qui correspond le mieux à la charge de travail de la pharmacie pour ce qui est de la distribution et de la gestion du matériel du quartier opératoire à charge du B2. Il faut également adopter ici un coefficient permettant de tenir compte des patients non assurés.

7 % du budget disponible sont répartis entre les hôpitaux sur la base du chiffre d'affaires des préparations de substances potentiellement toxiques comme les cytostatiques pour patients hospitalisés, en ce compris les moyens de thérapie monoclonale et les immunomodulateurs, de nouveau pour les patients hospitalisés, constaté dans chaque hôpital. Certains veulent que l'on prenne aussi en considération les médicaments orphelins. Ici également, certains pensent qu'il est préférable d'utiliser le chiffre d'affaires de l'INAMI pour ces médicaments. D'autres souhaitent utiliser les unités de distribution (cf. supra).

Que l'on opte pour les unités INAMI ou pour le chiffre d'affaires, il faut adopter un coefficient permettant de tenir compte des patients non assurés.

Art. 75, § 1^{er} e

Cette partie n'est plus retenue dans le présent avis parce qu'elle est pleinement intégrée dans la partie précédente.

Elle est remplacée par 0,5 % pour les transplantations. Le nombre de transplantations issu de la Nomenclature des prestations de santé peut servir de base en tant que mesure de la répartition entre les hôpitaux qui pratiquent les transplantations.

Certains estiment que ce pourcentage est insuffisant et doit être doublé pour passer à 1 %.

Art. 75, § 1^{er} f

Il est préférable que la transition du budget actuel vers le nouveau budget soit répartie sur plusieurs années.

Il est proposé de le faire sur une période de trois ans.

20 % la première année, ensuite 50 % et enfin 100 %.

En ce qui concerne le minimum par hôpital, des mesures doivent être inscrites à l'art. 75, § 1^{er} f. Il convient en effet de veiller à ce que tous les hôpitaux aigus reçoivent un financement pour un effectif minimum afin d'assurer le fonctionnement de la pharmacie hospitalière pour les patients hospitalisées. Ce minimum normatif absolu équivaut à un pharmacien et un assistant en pharmacie et correspond au 1/12/2012 à 166.000 euros. Certains membres veulent aller au-delà et garantir un minimum par hôpital aigu en fonction du nombre de lits pondérés justifiés (calculé à l'art. 75, § 1^{er} b), comme prévu dans l'arrêté normatif (avec une proportion minimale nombre de pharmaciens = nombre d'assistants). D'autres ne souhaitent pas que l'on introduise cette garantie de base élargie.

Art. 75, § 1^{er} g

Il est proposé de procéder au recalcul tous les trois ans.

Art. 75, § 2

Pour les Sp, nous partons du principe qu'il est préférable, dans le cadre d'une révision globale du financement des services Sp tant au sein des hôpitaux que pour les services isolés, de procéder à une revalorisation des frais de fonctionnement de la pharmacie.

Ici également, un recalcul tous les trois ans est indiqué.

Art. 75, § 3

Pour les hôpitaux psychiatriques, un relèvement des lits T de 0,3 à 0,5 est possible si des moyens supplémentaires sont octroyés. Ici également, un recalcul tous les trois ans est indiqué (cf. Avis 2^{ème} phase de novembre 2006).

Art 75, § 4

Pas de changement.

Art 75, § 5

Pas de changement.

Art 75, § 6

Gestion de l'antibiothérapie.

L'avis de la BAPCOC a été demandé et aucun changement ne doit être effectué.

Au cours des réunions, il est apparu qu'un surcoût important qui n'est pas financé était entre-temps apparu dans différents domaines. Ci-joint une liste non limitative.

Coûts non financés de la pharmacie hospitalière

- Unit dose
- Sous-financement de l'hospitalisation de jour (chimiothérapie)
- Les services de garde
- Le fonctionnement du comité matériel médical
- Le fonctionnement du comité de transfusion
- La stérilisation centrale
- La pharmacie clinique
- Les banques de tissus

....

Pour mener à bien ces différentes tâches, l'injection de moyens structurels supplémentaires est indispensable. Ceux-ci peuvent se trouver au niveau des économies de moyens réalisées sur le chiffre d'affaires des médicaments dans les hôpitaux par suite de l'introduction du forfait médicaments.

À l'heure actuelle également, un financement intervient par le biais de projets pilotes dans le domaine de la pharmacie hospitalière. Pensons à la pharmacie clinique. Le Conseil rappelle son avis de généraliser aussi rapidement que possible le financement de la pharmacie clinique à tous les hôpitaux. Le Conseil estime qu'il s'agit là d'une bonne méthode de travail pour entamer d'autres projets innovants dans le domaine de la pharmacie hospitalière (au niveau de l'amélioration de la sécurité du patient et de la qualité, par exemple) afin que, grâce à ces expériences, un financement structurel et de qualité pour tous les hôpitaux puisse s'ensuivre.

Nouvelles normes

Dans un avenir proche, les pharmacies hospitalières devront procéder à de nombreux changements en raison d'une réglementation plus stricte. Pensons à l'influence des PIC/s sur les hôpitaux, comme récemment proposé par le Belgian Cleanroom Workgroup. Il ressort de leurs calculs que le surcoût de telles infrastructures est très élevé. Les hôpitaux ne pourront mettre en œuvre cette réglementation plus stricte que si une majoration substantielle du budget est prévue à cet effet (c.-à-d. majoration de budget comme condition impérative pour la mise en œuvre). Le groupe de travail n'est peut-être pas compétent pour donner des avis concernant ces changements, mais ceux-ci, qui sont particulièrement fondamentaux, ne peuvent être menés à bien sans une augmentation du BMF. Le Conseil doit toutefois donner

des avis quant à la manière d'y parvenir. C'est pourquoi nous attendrons les propositions avant de les traduire ensuite en un avis concernant le financement dans le BMF.

Conclusions :

Pour la sécurité des patients notamment, le fonctionnement de la pharmacie hospitalière est particulièrement important. Dans d'autres domaines tels que le suivi de la chimiothérapie, on a constaté ces dernières années une évolution bien trop importante pour qu'il ne soit question que de quelques défis qu'aurait à relever la pharmacie hospitalière. Pour faire face de manière adéquate à toutes ces évolutions dans chaque hôpital, une réécriture de la partie B5 est nécessaire.

L'évolution rapide dans le secteur des médicaments, des implants, de la stérilisation... nous apprend que cet avis sera à nouveau obsolète d'ici quelques années. C'est pourquoi il nous semble être une bonne idée d'examiner de manière approfondie durant cette période les déterminants qui peuvent être retenus pour la charge de travail de la pharmacie hospitalière. L'absence d'une telle étude constituera dès lors toujours un obstacle à tout recalcul adéquat de la partie B5.

