

La Forfaitarisation des Spécialités Pharmaceutiques en milieu hospitalier

Th. VAN HEES

Service de Pharmacie Clinique
Pharmacie Clinique, Hospitalière et
Economie du médicament



FUS Chirurgie 2009-2010

Université
de Liège



Plan du Cours

1. Historique
2. Forfait en antibioprophylaxie chirurgicale
3. Historique (suite)
4. Forfaits par pathologie
5. Impacts pour les hôpitaux
6. Conséquences
7. Stratégies
8. Perspectives

1. Historique

Facturation des médicaments (patients hospitalisés)

- **Avant 1981** : prix d'achat +10%
- **1981**: prix ex-usine + 21,746 % (plafond à 287 FB)
- **1989**:
 - suppression des marges bénéficiaires pour les patients hospitalisés
 - B5: forfait pour frais de fonctionnement de la pharmacie
- **1997**: application de forfaits en antibioprophylaxie chirurgicale

2. forfaits en antibioprophylaxie chirurgicale, gynécologique et endoscopique

- ❑ Evolution visant à un contrôle toujours plus rigoureux des dépenses
- ❑ Limite du système belge de paiement à l'acte : intérêts du payeur ≠ pourvoyeur de soins

- ❑ Pourquoi la prophylaxie chirurgicale ?
 - Large consensus sur les règles à suivre
 - Objectifs de qualité et d'économie
 - Codification des interventions
 - Valeur d'exemple

2.1. Modalités d'application



Ab facturés à 25 %
de leur valeur
+
Forfait
(**75 % de la prophylaxie
recommandée**)

2.2. Montant des forfaits

Forfait	Description du type de prophylaxie	Valeur (FB)
Z	pas de prophylaxie	1
A1	1 x 2 G Céfazoline	226
A2	2 x 2 G ou 1 x 2 G + 2 x 1 G Céfazoline	452
A3	3 x 2 G Céfazoline ou 2 x 2 G + 2 x 1 G Céfazoline	677
A4	4 x 2 G Céfazoline	903
A6	6 x 2 G Céfazoline	1355
A7	7 x 2 G Céfazoline	1580
B1	1 x 2 G Céfazoline + 1 x 500 MG Métronidazole	386
B3	1 x 2 G Céfazoline + 2 x 1 G Céfazoline + 1 x 1.500 MG Métronidazole	837
B4	2 x 2 G Céfazoline + 2 x 1 G Céfazoline + 1 x 1.500 MG Métronidazole	1063
D1	1 x 400 MG Ofloxacine en comprimé	71

Valeurs des forfaits au 1/1/1999
(75 % de la valeur normale de facturation)

CRITERES D'EXCEPTION (situations médicales entraînant une exception à l'application du forfait d'antibioprophylaxie)

01. Incision ou drainage d'un abcès ou d'un phlegmon, documenté par bactériologie ou par imagerie médicale.
02. Une intervention pour une ostéite ou une ostéomyélite.
03. Une intervention pour une prothèse, un implant ou une greffe infecté(e).
04. Une intervention après radiothérapie de la région opératoire.
05. Une intervention pour une fracture ouverte
Une intervention pour plaie post-traumatique :
 06. avec lésion tendineuse, cartilagineuse, périostée ou synoviale.
 07. localisée aux organes génitaux externes
 08. traitée après un délai de 6 heures
 09. une morsure
10. Une intervention chez un patient admis dans un service agréé de grands brûlés, avec une colonisation ou infection documentée de la région opératoire.
11. Une chirurgie reconstructrice dans le cas d'un escarre de décubitus étendu.
Une intervention abdominale dans le cas d' :
 12. une contamination préopératoire de la cavité abdominale ;
 13. une contamination peropératoire massive de la cavité abdominale ou de la plaie par du liquide intestinal chez un patient avec une occlusion intestinale confirmée par un examen radiologique préopératoire ;
 14. une gangrène d'un organe abdominal ;
 15. une entérite ou une colite avec des micro-abcès à la suite d'une « inflammatory bowel disease » ;
 16. une diverticulite aiguë ;
 17. une cholécystite aiguë confirmée par imagerie médicale ou bactériologie ;
 18. une éviscération.
19. Une intervention thoracique dans le cas d'une plaie pénétrante du thorax post-traumatique.
20. Une intervention cardiaque pour une valve cardiaque infectée.
Une chirurgie vasculaire ou une amputation chez un patient avec
 21. une artérite au stade IV
 22. un diabète
23. Une intervention gynécologique chez une patiente atteinte d'une affection inflammatoire pelvienne.
24. Une césarienne dans le cas de présence démontrée de Streptocoques du groupe B au niveau anorectale ou vaginal ou en cas d'amniotite.
25. Chirurgie de l'œil en cas d'une plaie posttraumatique ou en cas d'endophtalmie.
26. Une intervention O.R.L. ou stomatologique avec un tamponnement nasal postopératoire pendant plus de 24 heures.
Une intervention urologique chez un patient avec :
 27. une infection des voies urinaires confirmée par une culture d'urine datant de moins de 3 semaines avant intervention.
 28. un cathéter urinaire interne ou externe placé depuis plus de 48heures avant intervention.
 29. Une intervention orthopédique pour une arthrite septique confirmée par imagerie médicale ou par bactériologie.
 30. Une intervention orthopédique chez un patient présentant une arthrite rhumatoïde chronique traitée par corticoïdes (≥ 6 mg de méthylprednisolone par jour ou une dose équivalente d'un autre corticoïde)
 31. Une transplantation d'organe ou de moelle osseuse.
 32. Une réintervention endéans les 2 semaines suivant la première intervention à la suite d'une hémorragie secondaire, d'une déhiscence de la plaie opératoire ou d'un corps étranger laissé accidentellement.
Une intervention stomatologique, O.R.L., gastro-intestinale, uro-génitale ou une intervention des voies respiratoires supérieures chez un patient à :
 33. risque modéré d'endocardite bactérienne : (a) un dysfonctionnement valvulaire cardiaque acquis, (b) une cardiomyopathie hypertrophique, (c) un prolapsus de la valve mitrale avec régurgitation valvulaire ou cuspidés épaissies
 34. haut risque d'endocardite bactérienne : (a) une prothèse valvulaire cardiaque (bioprothèse ou homogreffe incluses), (b) des antécédents d'endocardite bactérienne, (c) une malformation cardiaque congénitale cyanogène, (d) un shunt chirurgical entre la circulation systémique et pulmonaire.
 35. Une intervention chez un enfant de moins d'un an.
Une intervention chez un patient immunodéprimé :
 36. utilisation chronique de corticoïdes (≥ 16 mg de méthylprednisolone par jour depuis au moins une semaine ou dose équivalente d'un autre corticoïde) ;
 37. chimiothérapie pour une affection oncologique ou certaines maladies de système;
 38. une immunodéficience cellulaire grave démontrée ;
 39. après transplantation d'organe ou de moelle osseuse .Une infection existant avant l'opération en dehors du site opératoire ; pour laquelle une antibiothérapie est poursuivie pendant la « période d'immunité » (« période d'immunité » = la veille, le jour et le lendemain de l'intervention). L'infection est documentée par imagerie médicale ou par bactériologie et se situe au niveau :
 40. des voies respiratoires
 41. des voies urinaires
 42. d'une autre localisation que (40) et (41)Une complication infectieuse après l'intervention, pendant la « période d'immunité », pour laquelle un traitement antimicrobien spécifique est entamé :
 43. un « sepsis sévère » le jour de l'intervention ou le lendemain de l'intervention (« sepsis sévère » = sepsis associé à un dysfonctionnement d'un organe, une hypoperfusion ou une hypotension).
 44. une pneumonie le lendemain de l'intervention, documentée par imagerie médicale ou par bactériologie.

2.3. Bilan du système

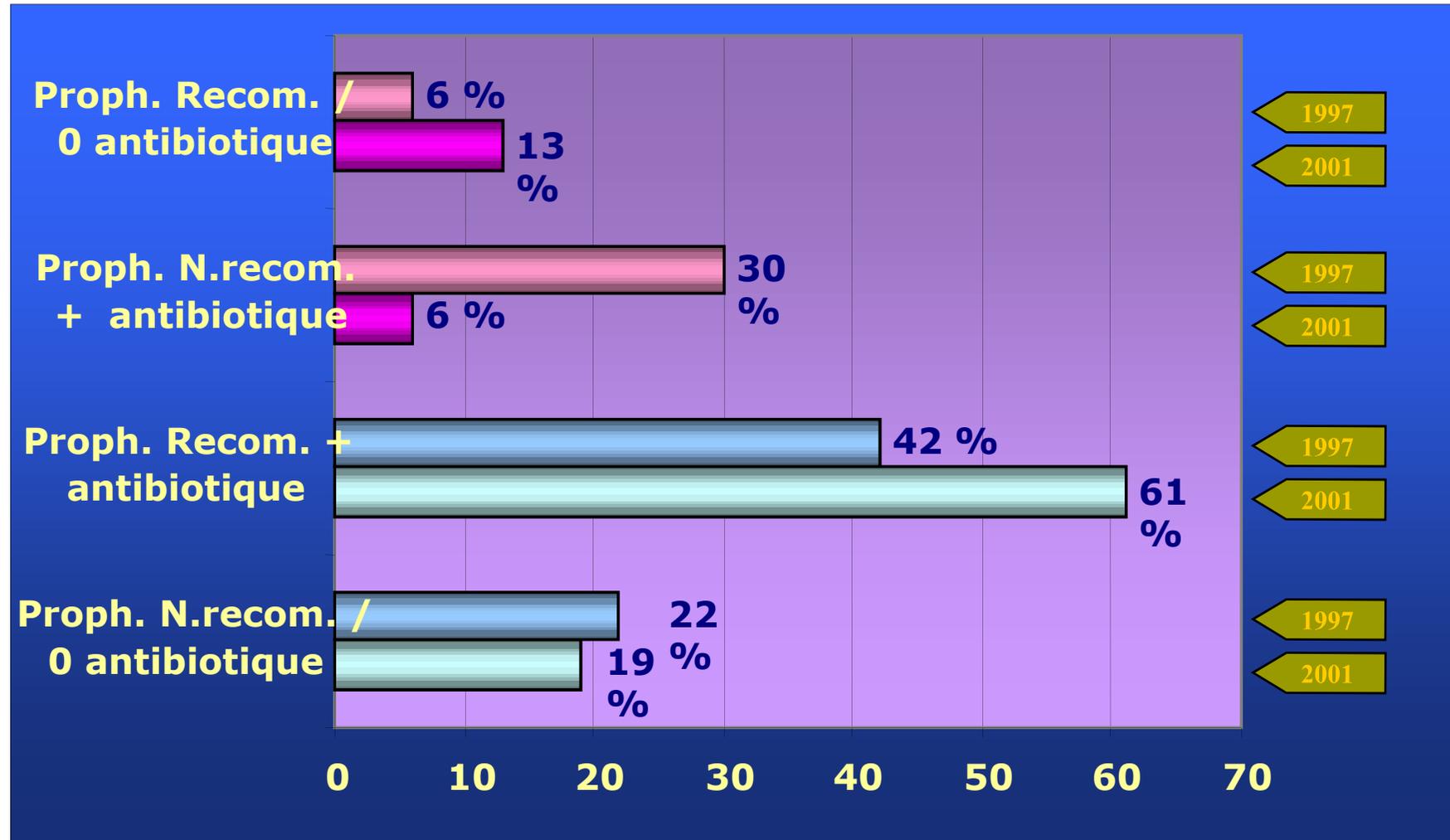
Positif

- ❑ Incitation à la réflexion sur les pratiques internes
- ❑ Création d'un référentiel en prophylaxie (+ de 1500 interventions)
- ❑ Amélioration aux plans qualitatif et économique
- ❑ Dialogue médecins-pharmaciens
- ❑ Impact psychologique

Négatif

- ❑ Charge administrative pour la pharmacie
- ❑ Pertes financières possibles pour l'hôpital
- ❑ Difficultés de gestion des exceptions

Bilan des interventions chirurgicales: Pourcentage d'adhésion aux recommandations



3. Suite de l'Historique

- ❑ **2002** : proposition d'élargissement à d'autres spécialités pharmaceutiques délivrées au cours d'interventions chirurgicales
- ❑ **Décembre 2004** : rapport KCE (Centre fédéral d'expertise des soins de santé) : "*Systemes de financement des médicaments hospitaliers : étude descriptive de certains pays européens et du Canada*"
- ❑ **Juillet 2006** : entrée en vigueur du remboursement forfaitaire des spécialités pharmaceutiques pour les patients hospitalisés



4. FORFAITS PAR PATHOLOGIE

4.1. Principes généraux

□ Quels hôpitaux ?

- Hôpitaux généraux avec service C, D ou E = hôpitaux généraux aigus
= 116 hôpitaux (112 en 2009)
- Exclusion des hôpitaux psychiatriques et chroniques isolés (lits SP et G)
= 35 hôpitaux

4.1. Principes généraux

- Quels séjours ?
 - TOUS les séjours relatifs à des patients affiliés à un organisme assureur
 - D'au moins une nuit = hospitalisation classique
 - Hospitalisation de jour pas concernée

4.1. Principes généraux

□ Quels médicaments ?

- Tous les médicaments des catégories A, B, C, Cs, Cx y compris les antibiotiques (disparition des forfaits d'antibioprophylaxie)
- Sauf les médicaments figurant sur une liste d'exclusion
- Ne concerne pas les médicaments de catégorie D

4.2. Modalités d'application

- Diminution de 75% de la base de remboursement = Remboursement sur base de **la facturation à raison de 25%** du coût des médicaments
- **Remboursement forfaitaire** des médicaments sur base de la pathologie (par APRdrg et niveau de sévérité) **destiné à couvrir les ± 75% restant**
- L'application des forfaits ne change évidemment rien à l'obligation pour **le patient** de payer un forfait de **0,62 €/jour** pour l'ensemble des médicaments remboursés qu'il reçoit durant son hospitalisation

4.3. Liste d'exclusion

- Critères généraux :
 - Si le principe actif concerné présente un intérêt important dans la pratique médicale, compte tenu des **besoins thérapeutiques et sociaux** et de son **caractère innovateur**,
 - mais que son **coût** est susceptible de **freiner** fortement son **administration** auprès des bénéficiaires hospitalisés en cas de forfaitarisation de l'intervention de l'assurance.
- Règles spécifiques : médicaments exclus de plein droit (ex : cytostatiques)

4.3. Liste d'exclusion

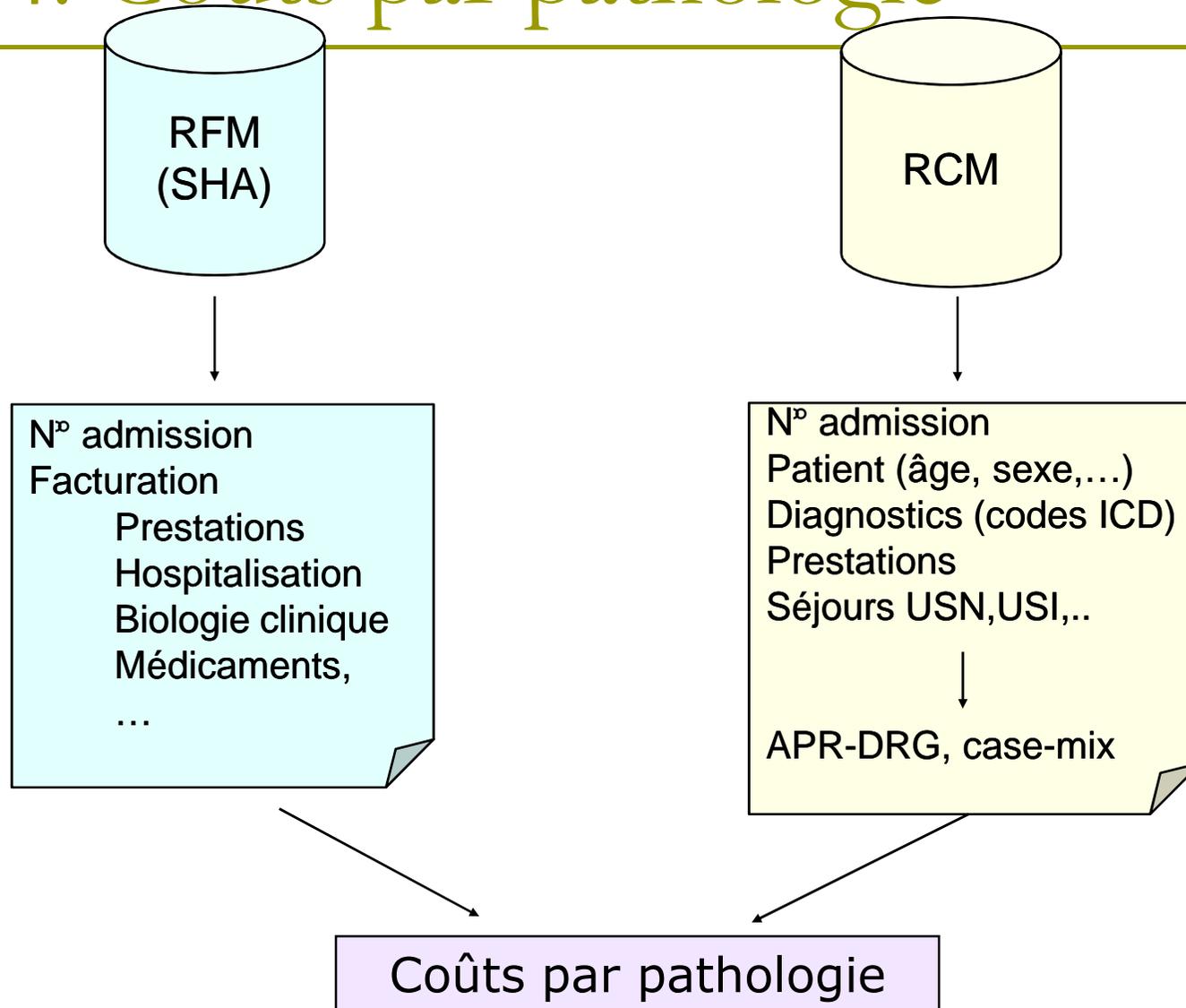
- ❑ Le code ATC (Anatomical Therapeutic Chemical)
- ❑ Classification en 7 éléments spécifiques à un principe actif déterminé (proposé par l'OMS <http://www.whooc.no/atcddd/>)
- ❑ Division en 5 niveaux
 - Groupe anatomique principal (14 groupes principaux)
 - Groupe thérapeutique principal
 - Sous-groupe thérapeutique/pharmacologique
 - Sous-groupe chimique/thérapeutique/pharmacologique
 - Le principe actif individuel ou l'association de principes actifs

- ❑ Ex: N05BA01 = Diazépam

Répartition par code ATC des spécialités remboursées en 2003 dans les hôpitaux aigus (tous les séjours SHA = 1.650.400 séjours)

Code ATC	Dénomination	Montant	%
A	Tractus gastro-intestinal – métabolisme	15,4	3,4
B	Sang et système hématopoïétique	143,6	31,4
C	Système cardio-vasculaire	12,2	2,7
D	Préparations dermatologiques	0,9	0,2
G	Système uro-génital et hormones sexuelles	2,7	0,6
H	Hormones systémiques (sauf hormones sex.)	18,5	4,0
J	Anti-infectieux à usage systémique	127,7	27,9
L	Cytostatiques	33,9	7,4
M	Systèmes squelettique et musculaire	10,3	2,3
N	Système nerveux central	48,2	10,5
P	Antiparasitaires	0,4	0,1
R	Système respiratoire	8,8	1,9
S	Organes sensoriels	0,4	0,1
V	Divers	30,1	6,6
FA	Forfait antibiotique	4,2	0,9
		<hr/> 457,3	100

4.4. Coûts par pathologie



SHA (Séjours Hospitaliers Anonymes)

- Résumé financier issu du support magnétique de facturation
[(RFM, résumé financier minimum) ou SHA (séjours hospitaliers anonymes)]:
 - n° d'admission
 - dépenses totales
 - médicaments
 - sang et dérivés
 - honoraires
 - biologie clinique
 - journées hospitalisation,
 - ...

RCM : Résumé Clinique Minimum

- Enregistrement anonyme de données du dossier médical :
 - numéro d 'admission,
 - âge, sexe
 - type d 'entrée (domicile, transfert, urgence)
 - type de sortie (domicile, transfert, décès)
 - durée de séjour (totale, en USI)
 - diagnostics (code ICD-9-CM)
 - interventions médicales, chirurgicales,... (codes de prestation)
 - indices de sévérité (hypertension, insuffisance. cardiaque, dénutrition,...)
 - ...



Classification de chaque patient dans un groupe de pathologie (APR-DRG)

APRdrg

- ❑ All Patient Refined Diagnosis Related Groups
- ❑ Catégories de malades ayant un même profil clinique et de soins
- ❑ 355 APRdrg et 4 niveaux de sévérité (1=mineur, 2=modéré, 3=majeur et 4=extrême)
- ❑ Répartis en 25 MDC (Major Diagnostic Category) chaque MDC correspond à un système d'organe ou à l'étiologie d'une affection
- ❑ Répartition sur base des renseignements contenus dans le RCM

PATIENT:

Diagnostic primaire, secondaire (Code ICD 9 CM), chirurgie ou non, âge, interaction entre diagnostics,...

APR-DRG:

355 groupes

(4 niveaux de sévérité)

MDC:

25 classes

CASE MIX:

ensemble des patients

Couplage

- ❑ Cellule technique de traitement des données relative aux hôpitaux (<http://www.tct.fgov.be/>)
- ❑ Rapproche de manière anonyme et pour chaque patient hospitalisé les diagnostics médicaux (RCM) et les informations relatives aux soins donnés et à leur coût (SHA)

Moyennes nationales par pathologie

National

Année : 2007

Devise : EUR

Pourcentage du couplage (séjours psychiatriques et longs séjours exclus) : 95,9 %

APR-DRG=140 MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE

Tableau 1: Montants moyens par séjour

Niveau de sévérité	Nbre de séjours	% de séjours	Age moyen	Durée moyenne facturée	Montant moyen produits pharmaceutiques
Mineur	3.310	13,6	62	6	142,82
Modéré	9.106	37,5	70	10	242,27
Majeur	8.998	37,1	72	14	389,38
Extrême	2.866	11,8	73	23	1.017,38
TOTAL	24.280	100,0	<u>70</u>	<u>12</u>	<u>374,72</u>

<https://tct.fgov.be/etct/>

Importance du RCM

Diagnostic principal : appendicite et traitement chirurgical laparoscopique

APR-DRG 225 (appendicectomie) de sévérité 1

durée séjour moyenne nationale = 3,02 j

montant moyen médicaments = 103,90 €

+ péritonite OU infection urinaire (pas résultats bio)

APR-DRG 225 (appendicectomie) de sévérité 2

durée séjour moyenne nationale = 4,99 j

montant moyen médicaments = 230,51 €

+ péritonite ET infection urinaire

APR-DRG 225 (appendicectomie) de sévérité 3

durée de séjour moyenne nationale = 9,21 j

montant moyen médicaments = 687,17 €

4.5. Montant forfaitaire par admission

- Fonction de
 - Budget national pour la forfaitarisation
 - Case-mix de l'hôpital pour l'année -3
 - Moyennes nationales par APR-DRG de l'année N-3
 - Outliers et dossiers non couplés
- Variable d'hôpital à hôpital
 - Recalculé chaque année (au 1^{er} juillet)
 - Entre 91,1 € et 224,48 € (au 7/2008)

Calcul du forfait globalisé par admission et par hôpital

$$E_h = \sum S_{h.xy} * M_{xy}$$

E_h = enveloppe de l'hôpital h

$S_{h.xy}$ = nombre de séjours « inliers » de l'hôpital pour l'APRdrg x et le niveau de sévérité y

M_{xy} = moyenne national pour l'APRdrg x et le niveau de sévérité y

$$E'_h = (E_h + O_h) + T\chi_h$$

E'_h = enveloppe de l'hôpital h corrigée

O_h = dépenses observées pour les séjours « outliers » et les séjours APRdrg exclus de l'hôpital h

$T\chi_h$ = facteur de correction pour couplage incomplet des données de l'hôpital h

Calcul du forfait globalisé par admission et par hôpital

$$E''_h = \frac{E'_h}{\sum E'_h} * B$$

E''_h = enveloppe de l'hôpital h adaptée au budget national des forfaits

$\sum E'_h$ = somme des enveloppes des hôpitaux

B = budget national prévu pour les forfaits (tenant compte d'une croissance annuelle)

$$F_h = \frac{E''_h}{A_h}$$

F_h = forfait par admission de l'hôpital h

E''_h = enveloppe adaptée de l'hôpital h

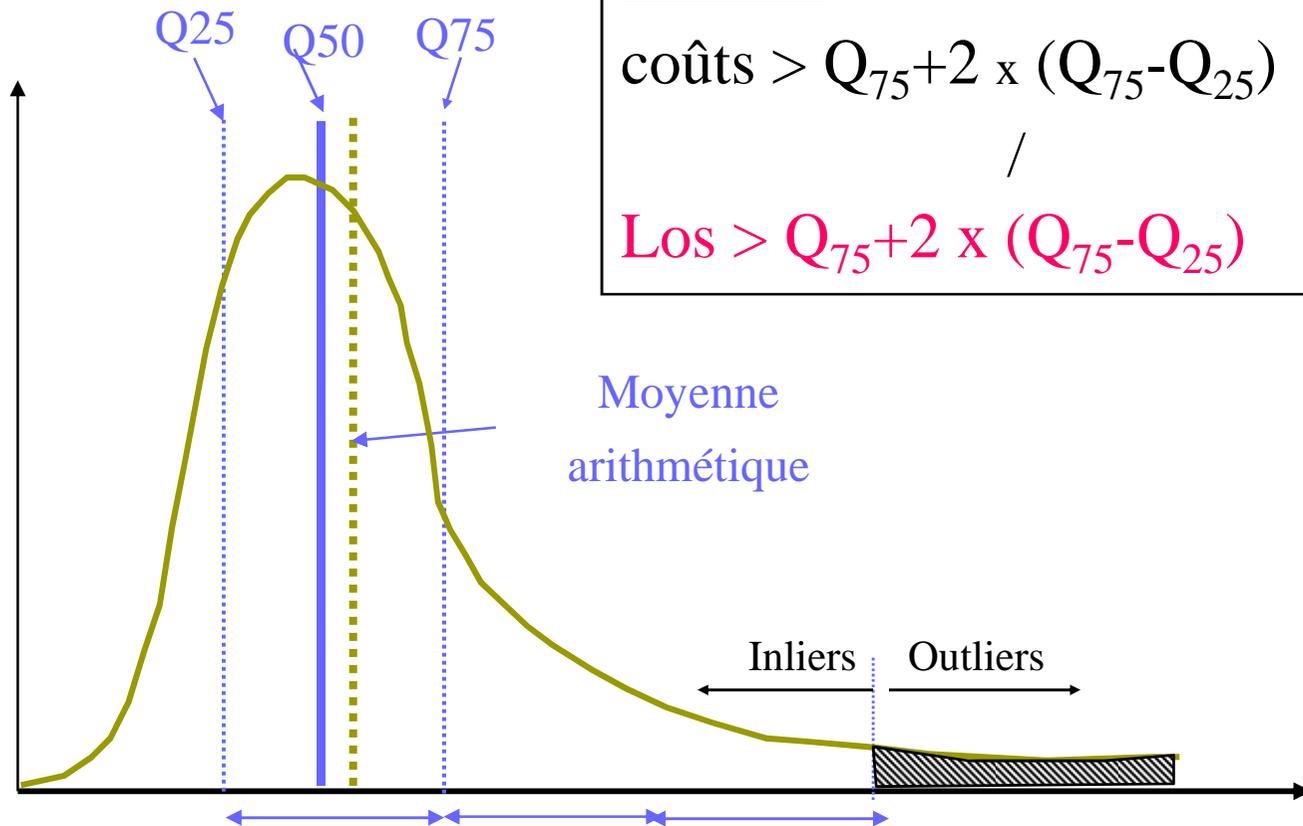
A_h = nombre total de séjours de l'hôpital h dans les données de l'année de référence

4.6. Outliers

- Outliers = patients susceptibles d'engendrer des coûts très élevés en comparaison de la moyenne observée pour la même pathologie et un niveau de sévérité identique
- exclusion des séjours dont la durée est supérieure à $Q3 + 2x(Q3-Q1)$

Outliers et Inliers

Fréquence



Outliers :

$$\text{coûts} > Q_{75} + 2 \times (Q_{75} - Q_{25})$$

/

$$\text{Los} > Q_{75} + 2 \times (Q_{75} - Q_{25})$$

Coût par APDRG / Los par APDRG

Los: Length of stay (Durée de séjour)

5. Impact pour les hôpitaux

□ Forfait 2006

- HU 172 €
- UZ 181 €
- HU 200 €
- HU 203 €
- UZ 210 €
- UZ 213 €
- UZ 227 €

En 2006/2007 et 2007/2008

	2006/2007	Budget	2007/2008	Budget
Forfait par admission	258.794	258.863	262.746	260.845
Facturation à 25%	77.403	88.341	78.169	88.952
Sous total	336.197	347.204	340.915	349.797
Conversion du prix à 25% vers 100%	302.335		305.348	
GAIN	33.862		35.567	

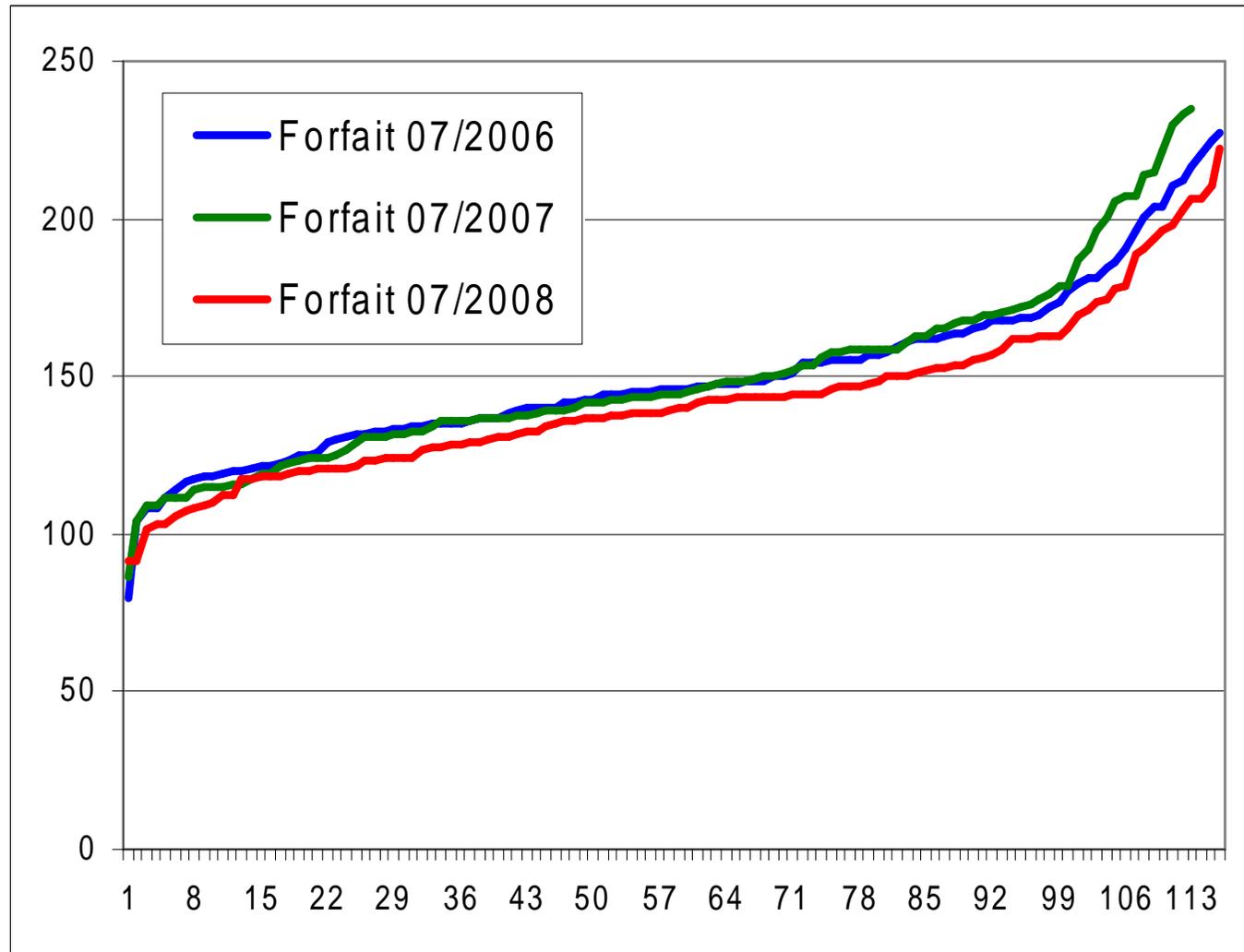
Perte/Gain	
Minimum	-309.539
D1	5.410
Q1	89.945
Médiane	256.152
Q3	437.539
D9	665.635
Maximum	1.084.496
Moyenne	290.314
Ecart-Type	268.011

Budget national (x1.000 €)

	Budget 2006/2007	Budget 2007/2008	Budget 2008/2009	Budget provisoire 2009/2010
Facturation par admission (forfait)	258.863	260.845	247.989	231.323
Facturation à 25%	88.341	88.952	85.317	79.674

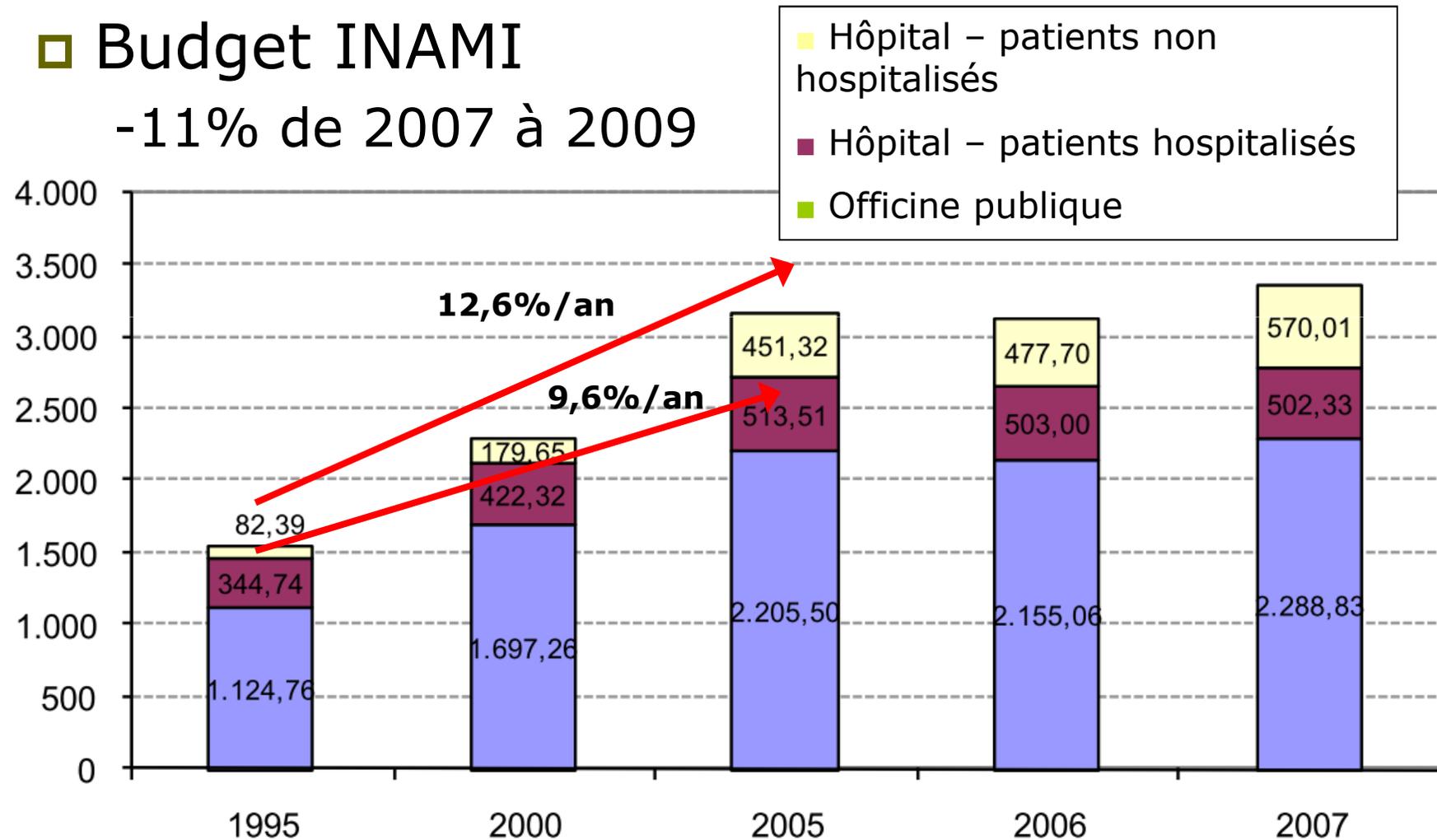


Répartition des forfaits par hôpitaux



6. Conséquences

□ Budget INAMI -11% de 2007 à 2009



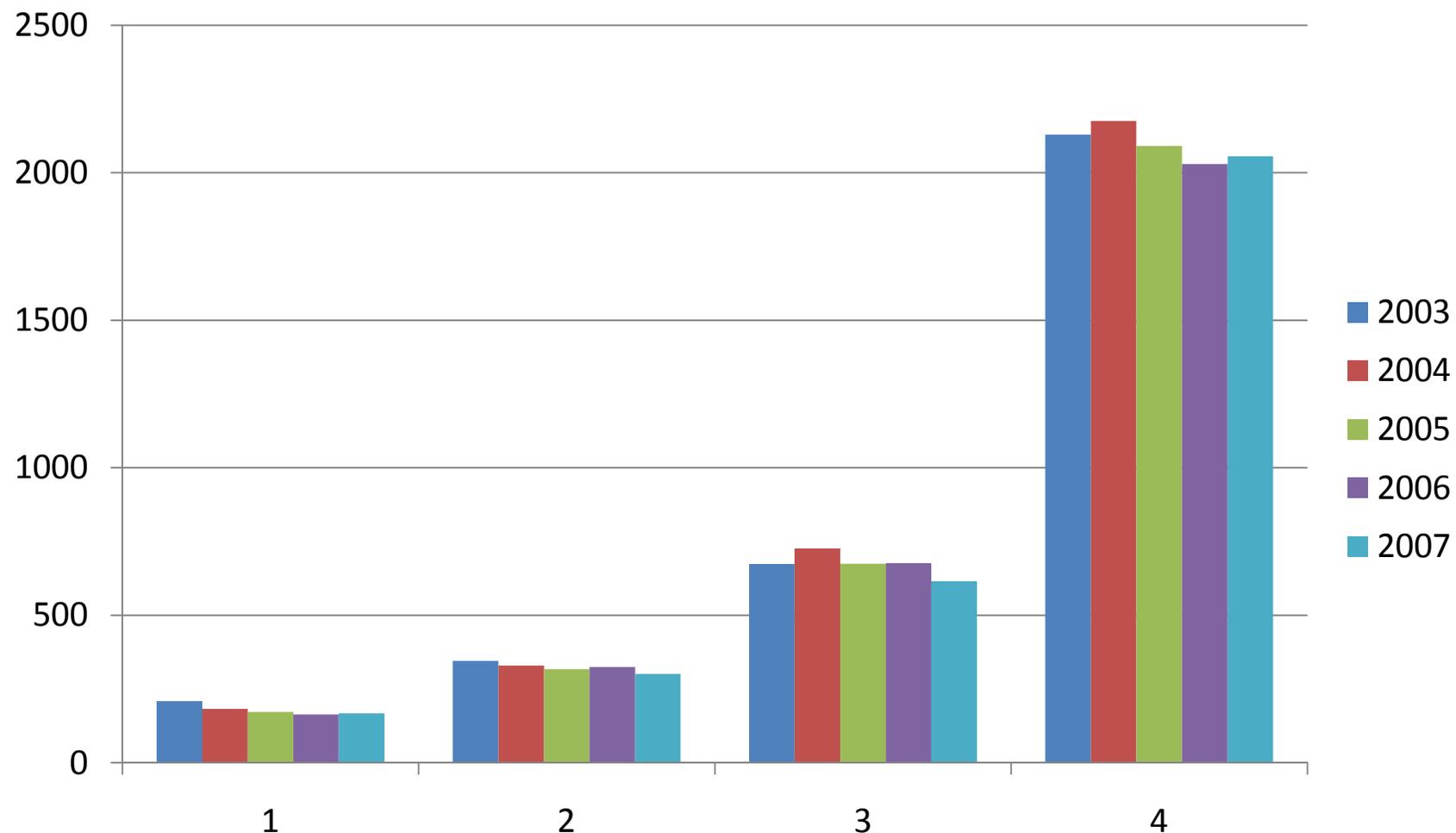
Ventilation des dépenses en spécialités pharmaceutiques (en Mio EUR) (Pharma.be)

Coût par patient

Année	Séjours	Médicaments	Antibiotiques	%
2003	1.532.567	284	73	25,6%
2004	1.526.872	293	75	25,5%
2005	1.557.245	293	74	25,4%
2006	1.594.501	281	68	24,1%
2007	1.569.827	268	62	23,1%

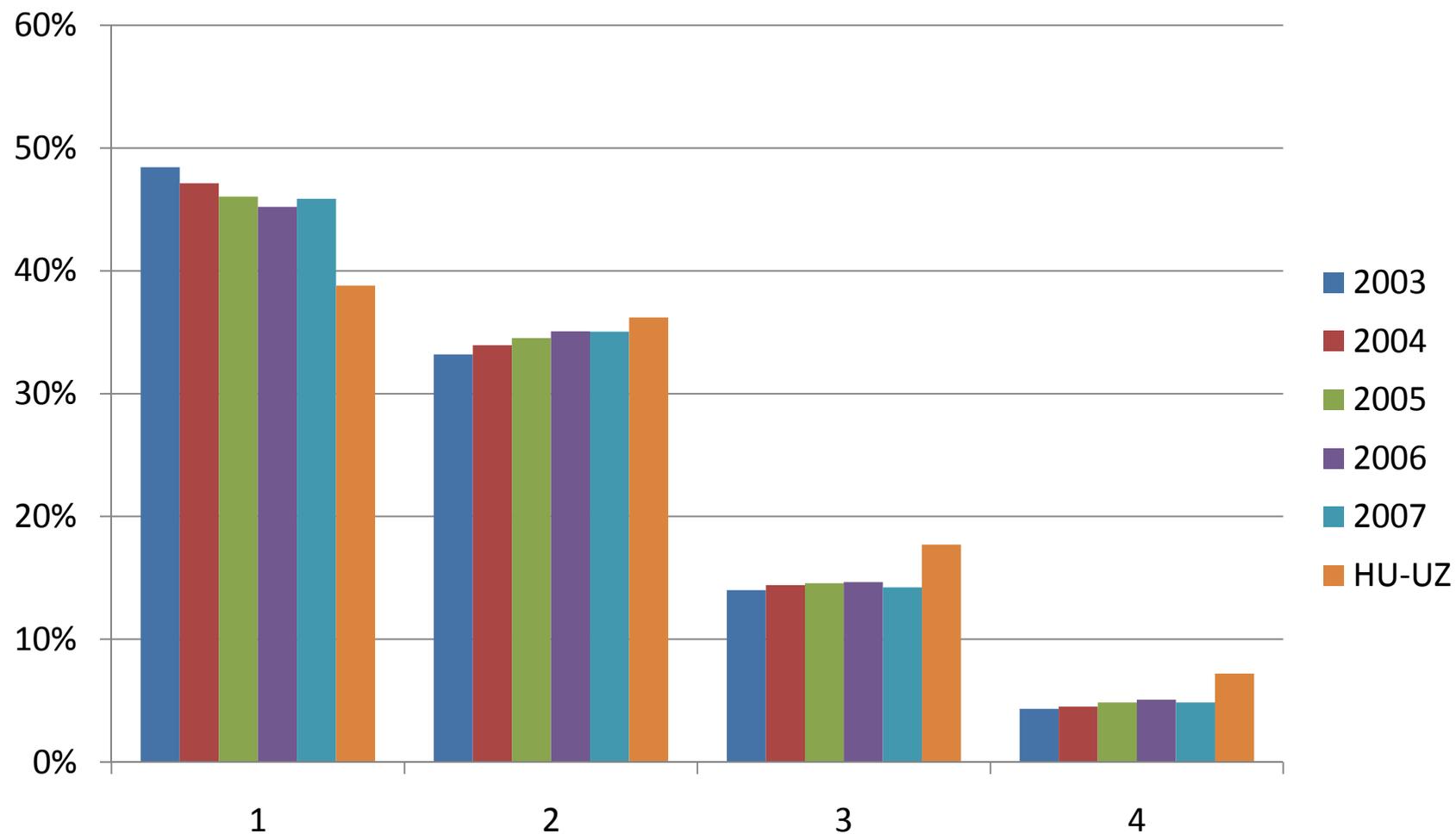
<https://tct.fgov.be/etct/>

Dépense moyenne par degré de sévérité



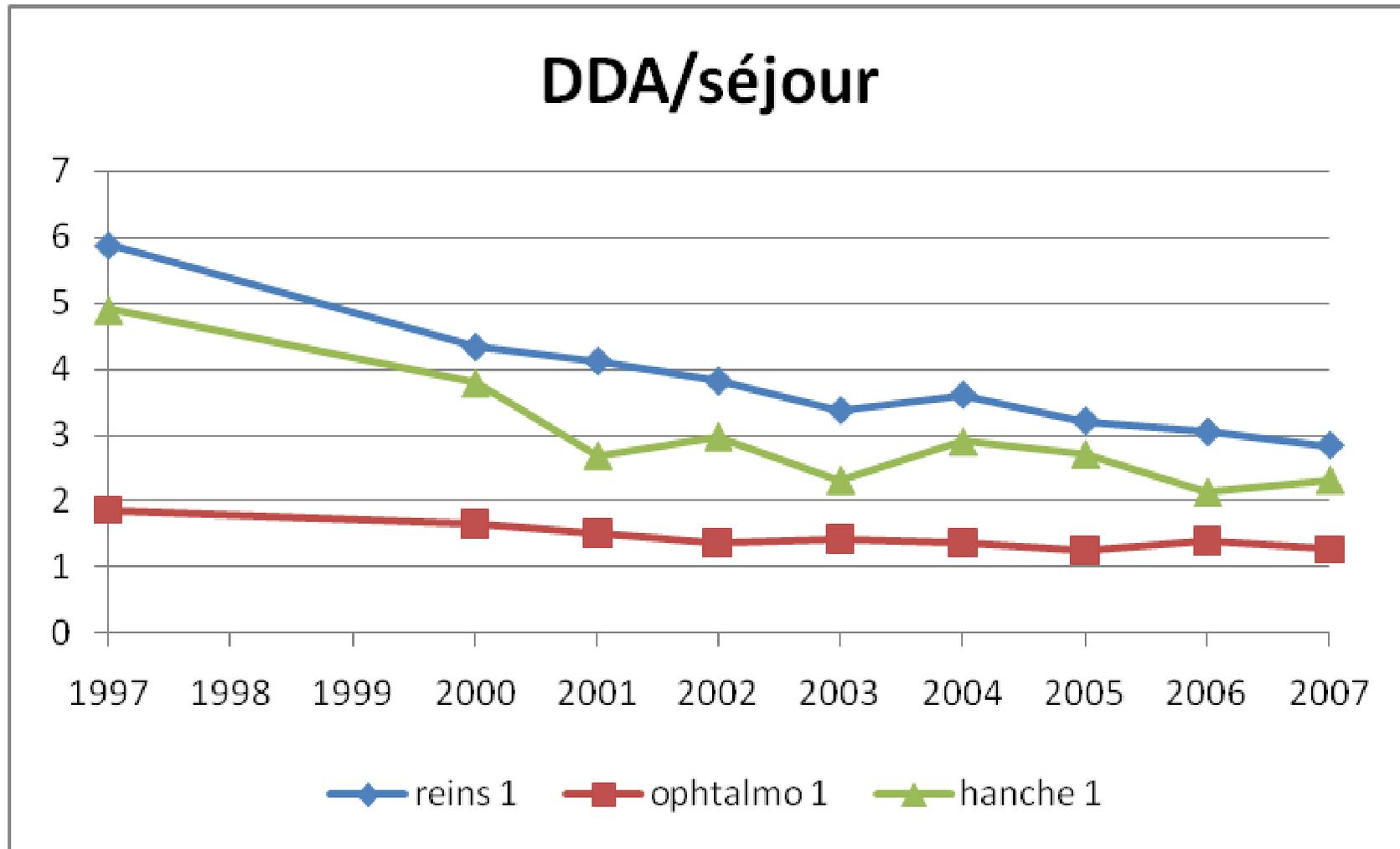
<https://tct.fgov.be/etct/>

Répartition des séjours par degré de sévérité



<https://tct.fgov.be/etct/>

Antibioprophylaxie chirurgicale ?



7. Stratégies

1. Optimisation des RCM
2. Economies faciles à réaliser
3. Education, benchmarking et feed-back
4. Opportunité pour la pharmacie clinique

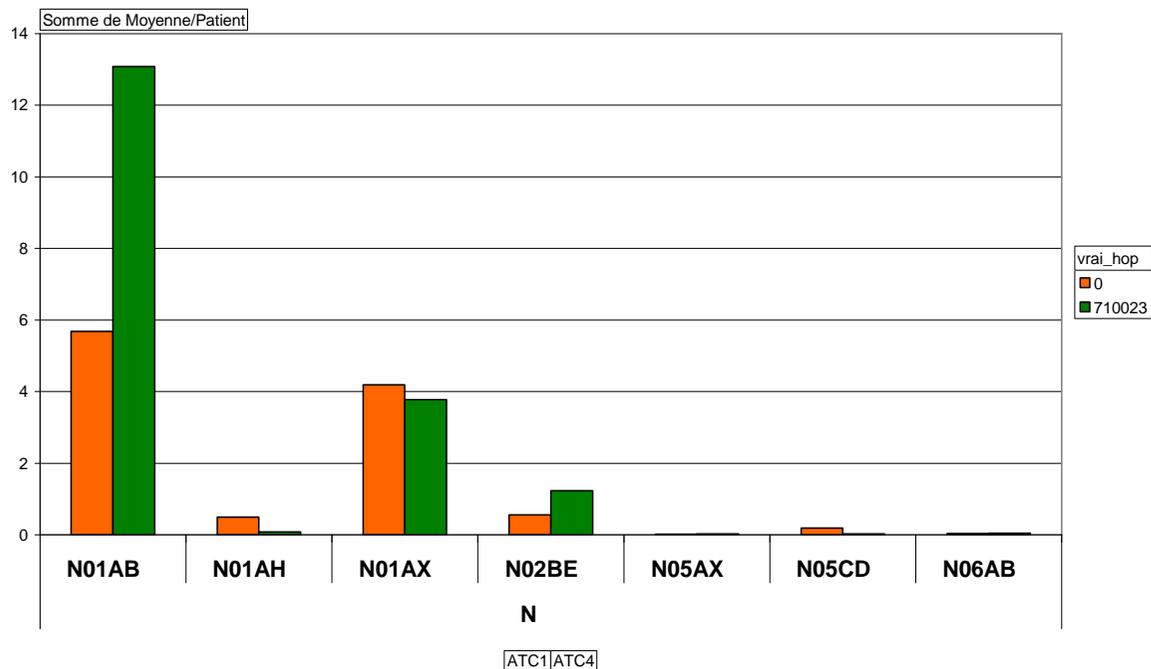
Économies faciles à réaliser :

- ❑ Substitution par des génériques
- ❑ Switch IV-PO
 - Avelox 400 mg IV 32,96€ vs PO 3,46€
 - Perfusalgan® 1g 2€ vs Dafalgan (cat D)
- ❑ Tazocin 4 g/500 mg 3x/jour
 - $3 \times 19,82 \times 0,75 = 44,60\text{€}/\text{jour}$ de traitement
- ❑ Spiriva 1,36€/gélule = 40,8€/conditionnement
- ❑ Limitation des traitements de sortie (mais !
Continuité des soins !)

Benchmarking

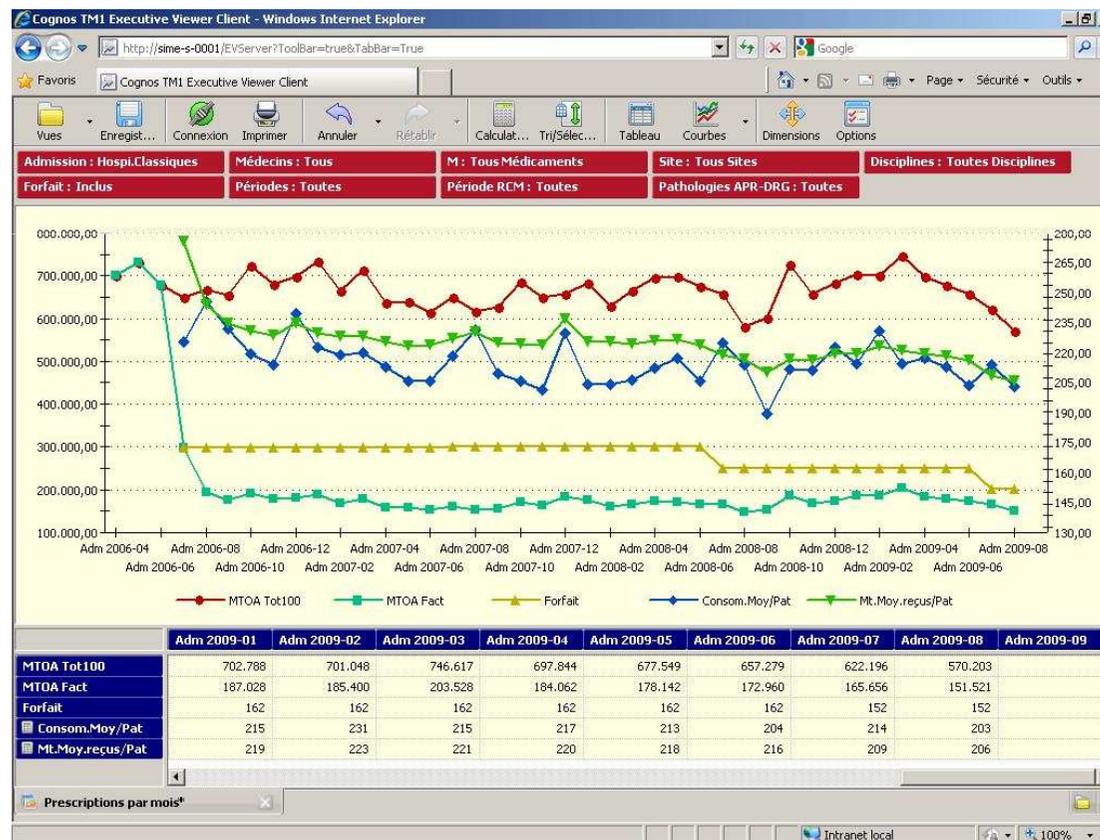
- Forfaitarisation = opportunité !
- Comparaison avec les moyennes nationales (cellule technique) mais 2-3 ans de délai

MDC(Tous) | APR-DRG | 73 | SI | 1



Benchmarking

▣ Tableau de bord interne



8. Perspectives

- ❑ **1997** : antibioprophylaxie chirurgicale
- ❑ **Décembre 2004** : rapport KCE
- ❑ **Juillet 2006** : forfait des spécialités pharmaceutiques
- ❑ **???** : forfait en hospitalisation de jour

- ❑ **Janvier 2010** : rapport KCE « *Étude de faisabilité de l'introduction en Belgique d'un système de financement hospitalier «all-in» par pathologie* »