

Brussel, 13 mars 2014.

---  
**Directoraat-generaal Organisatie  
Gezondheidszorginstellingen**

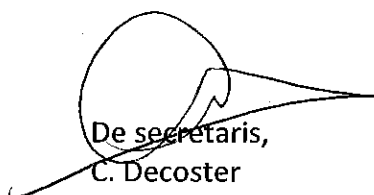
---  
**NATIONALE RAAD VOOR  
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN.**

---  
**Afdeling « Financiering »**  
---

**REF. : NRZV/D/AF/ 101-2(\*)**

**ADVIES VAN DE AFDELING FINANCIERING VAN DE NRZV BETREFFENDE DE ONDERDEEL B5  
VAN HET BUDGET [ACTUALISATIE VAN HET ADVIES [Ref NRZV/D/AF/81-7].**

In naam van de voorzitter;  
Dhr. Peter Degadt,

  
De secretaris,  
C. Decoster

## **Inleiding**

Om iets over de werkingskosten van de ziekenhuisapotheek te kunnen zeggen, was het noodzakelijk om te kijken naar de financieringsstromen die via geneesmiddelen, steriele producten, implantaten, magistrale bereidingen, enz. worden gegenereerd in de ziekenhuizen. Deze stromen zijn uitermate complex gebleken en verschillende pogingen om deze complexiteit te vatten, hebben ons geleerd dat dit op macroniveau zowel als op microniveau (voor elk ziekenhuisapart) vandaag niet mogelijk is.

We zijn dan ook van mening dat er behoefte is aan een doorgedreven, grondige en uitgebreide analyse die het mogelijk moet maken om de werklast van de ziekenhuisapotheek te objectiveren. Deze studie is vandaag niet beschikbaar en daarom is dit advies gebaseerd op enerzijds de gesprekken met de experts en hun gegevens en anderzijds op de ervaring en de inbreng van de leden van de werkgroep en de administratie.

Indien er ingegaan wordt op onze suggestie om een studie op te zetten dan is de werkgroep zeker bereid om haar werkzaamheden opnieuw op te nemen en dat in het licht van de resultaten van een degelijke studie.

Het werk van de ziekenhuisapotheek is in de loop der jaren zoals voor zoveel ziekenhuiswerkzaamheden complexer en intensiever geworden. Het internistisch daghospitaal waar bijvoorbeeld veel chemotherapie gegeven wordt, is een activiteit die niet gefinancierd wordt via het BFM. Deze activiteit vormt een grote werkbelasting voor de ziekenhuisapotheek, maar wordt in dit advies niet weerhouden omdat dit advies geschreven is met de financiering van de werkingskosten van de ziekenhuisapotheek voor wat betreft gehospitaliseerde patiënten in klassieke ziekenhuisopname.

Ondanks het feit dat dit niet het onderwerp is van het onderdeel B5, vragen de geraadpleegde experts om ook in dit advies aan te geven dat bijkomende middelen noodzakelijk zijn om de werking van de ziekenhuisapotheek rond de chemotherapie aan ambulante patiënten op een kwalitatieve manier te kunnen verzekeren.

Ten slotte adviseren we dat een belangrijk deel van de middelen die bespaard worden op de omzet geneesmiddelen in de ziekenhuizen door het invoeren van het medicatieforfait, gaan naar een substantiële verhoging van het onderdeel B5 van het BFM om de vele recent gerezen noden van de ziekenhuisapotheek te lenigen.

Sommige leden zijn van mening dat er vandaag onvoldoende volledige gegevens voorhanden zijn die op een accurate wijze de werklast van de ziekenhuisapotheek weergeven om onderdeel B5 te wijzigen. Zij wensen maar een advies te formuleren over aangepaste parameters als deze gegevens wel voorhanden zijn. Daarom moet voor hen onderdeel B5 nu niet fundamenteel aangepast worden. Zij benadrukken wel de nood aan een actualisatie van onderdeel B5 dat nog steeds gebaseerd is op gegevens 2003, om zo de financiering van onderdeel B5 te baseren op de meer recente gegevens.

In onderstaand voorstel streeft de Raad naar verdeelsleutels die billijk zijn, niet-manipuleerbaar en beschikbaar op overheidsniveau zodat ze geen extra registratie vereisen op individueel ziekenhuisniveau.

## **Advies**

### **Art. 75**

De indeling wordt grotendeels behouden, maar de omschrijving per onderdeel en de procentuele verhoudingen van de verschillende onderdelen worden gewijzigd.

### **Art. 75 §1 a**

Vandaag wordt 15% van de voorziene financiering in onderdeel B5 verdeeld op basis van de omzet van de Ziekenhuizen voor farmaceutische specialiteiten en generische geneesmiddelen

met uitzondering van de bloedproducten, toegediend aan gehospitaliseerde patiënten in klassieke ziekenhuisopname.

Het percentage van het B5 budget voor dit deel wordt op 29% gebracht.

De aflever eenheden zijn de geschikte parameter om dit onderdeel te verdelen onder de ziekenhuizen. Dus niet de omzet, niet het aantal facturaties per geneesmiddel maar een berekening die in feite aangeeft hoeveel tubes, zakjes, flessen, ampullen, comprimés, flacons enz. er is afgeleverd door de ziekenhuisapotheek. Het is vandaag de beste benadering van de werklust van de ziekenhuisapotheek om het afleveren van geneesmiddelen weer te geven.

Voor deze berekening, is het nodig om het geheel van de vergoedbare geneesmiddelen in overweging te nemen, en toegediend aan gehospitaliseerde patiënten in klassieke ziekenhuisopname.

Van elk geneesmiddel is er een specifiek productnummer, een specifieke naam, een specifieke omschrijving, een specifieke meeteenheid (flacon, comprimé, gram, ml, ampul,...) een specifieke conditionering voor interne aflevering, een specifieke hoeveelheid per conditionering voor interne aflevering (weergegeven in meeteenheden), en een facturatie eenheid (ook weergegeven in meeteenheden). Als de conditionering voor interne aflevering gelijk is aan de facturatie eenheid (bv. Interne aflevering per comprimé of ampul), is er geen probleem: het aantal gefactureerde eenheden kan gebruikt worden als interne aflever eenheden. Dit betreft de grote meerderheid van geneesmiddelen. Voor geneesmiddelen waarvoor de conditionering voor interne aflevering niet gelijk is aan de facturatie eenheid (bv. 80 gr per tube voor aflever maar 16 gr per facturatie eenheid, of 100 ml per siroopfles (aflever) maar 5 ml per facturatie eenheid), dan is het nodig om de hoeveelheid per conditionering voor interne aflevering te delen door de facturatie eenheid voor dat geneesmiddel en krijgen we een cijfer dat we aflevercoëfficiënt van het geneesmiddel noemen.

De aflevercoëfficiënt legt de link tussen de facturatie en het aantal aflever eenheden voor een geneesmiddel. Die aflevercoëfficiënt heeft de waarde 1 voor meeste geneesmiddelen (bv. comprimé, ampul), maar moet berekend worden voor andere geneesmiddelen (bv. tube, fles) zoals hierboven beschreven.

Een voorbeeld:

0700666, AMICLA 30g crème, pr. crème 1 x 1 mg/g., facturatie-eenheid: 1 (dit is 1 gram), aflever-eenheid: 30 (30 gr per tube): de aflever coëfficiënt is berekend volgend de volgende deling: 30 gram (conditionering voor interne aflevering) gedeeld door 1 gram (facturatie eenheid) en is bijgevolg  $30/1=30$ . Voor het afleveren van één tube AMICLA door de ziekenhuisapotheek ontstaan er 30 facturaties van telkens 1 gram. Als we het aantal facturaties van een bepaalde periode delen (bijvoorbeeld een kalenderjaar) door 30 (aflever coëfficiënt van dat geneesmiddel) dan bekomen we het aantal tubes dat er is afgeleverd voor die periode.

De verdere berekeningswijze die voorgesteld wordt is de volgende. Voor elk ziekenhuis wordt er voor een bepaald referentiejaar (het laatst gekende) per medicament het totaal aantal facturatie eenheden opgeteld. Dan wordt voor dat medicament de aflever coëfficiënt toegepast. T.t.z. het totaal aantal facturatie eenheden van dat medicament voor de bepaalde periode wordt gedeeld door de unieke aflever coëfficiënt voor dat geneesmiddel. Aldus wordt er per medicament een aantal afgeleverde eenheden berekend. Alle afgeleverde eenheden per medicament worden opgeteld voor dat Ziekenhuis voor de bepaalde periode. Aldus krijgen we één cijfer voor dat ziekenhuis dat op een specifieke wijze rekening houdt met alle medicamenten die het ziekenhuis voor een bepaalde referentieperiode heeft afgeleverd.

Op dit cijfer wordt een coëfficiënt toegepast om de niet-verzekerde patiënten van de ziekenhuis in rekening te brengen.

Tenslotte worden de totalen van alle ziekenhuizen opgeteld. Door het totaal per ziekenhuis af te zetten tegenover het globale totaal van alle ziekenhuizen kennen we het relatief aandeel van

het ziekenhuis in de totaliteit. Dat cijfer uitgedrukt als percentage wordt gebruikt om het aandeel van het ziekenhuis in dit onderdeel te berekenen.

Schematische voorstelling voor twee ziekenhuizen en voor twee medicamenten, zonder niet-verzekerde patiënten:

ZH 1 medicament A 60 facturatie eenheden voor het jaar 2012 met een aflever coëfficiënt van 6 geeft als resultaat van de berekening  $60/6$  is 10

ZH 1 medicament B 80 facturatie eenheden met een aflever coëfficiënt van 4 geeft als resultaat van de berekening  $80/4$  is 20

ZH 2 medicament A 90 facturatie eenheden voor het jaar 2012 met een aflever coëfficiënt van 6 geeft als resultaat van de berekening  $90/6$  is 15

ZH 2 medicament B 180 facturatie eenheden met een aflever coëfficiënt van 4 geeft als resultaat van de berekening  $180/4$  is 45

Merk op dat de aflever coëfficiënt per medicament gelijk blijft. Het aantal facturaties en het resultaat van de berekening verschillen.

ZH 1  $10+20$  is 30 en ZH2  $15+45$  is 60. Alle ziekenhuizen samen is  $30+60$  is 90. Aandeel van ZH 1 is  $30/90$  is 33.3% en aandeel van ZH 2 is 66.7%.

Is er 100 Euro te verdelen dan krijgt ziekenhuis A 33,3 Euro en Ziekenhuis B 66.67 Euro.

Ten slotte, waar er geen coëfficiënt beschikbaar is, wordt dat medicament niet meegenomen in de berekeningen.

#### Art. 75 §1 b

Het percentage voor dit onderdeel wordt op 29% gebracht.

Het systeem van punten in dit onderdeel wordt behouden.

Alle andere cijfers worden behouden tenzij er bijkomende middelen ter beschikking worden gesteld. Deze bijkomende middelen kunnen dan voor een deel naar bijkomende punten gaan voor de index G met een puntenwaarde van 1.2 in plaats van 1.

De verdere omschrijving in verband met INZO kan worden behouden.

Het laatste punt 2° van dit onderdeel wordt niet meer weerhouden in dit advies en het voorstel is dan ook om dit te schrappen.

#### Art. 75 §1 c

Dit onderdeel wordt behouden. De basis van deze berekening is al enkele jaren oud (2005) en een herberekening in functie van de laatst gekende gegevens is dan ook nodig. Zou het aantal ziekenhuizen die van dit onderdeel genieten, drastisch dalen (door daling van nationaal aantal verantwoorde bedden), dan moet de grens van 450 geponderde verantwoorde bedden ook naar beneden toe aangepast worden.

#### Art. 75 §1 d

Het percentage voor dit deel wordt onder voorbehoud op 5% gebracht.

De huidige omschrijving is niet meer bruikbaar. Daarom is deze 5% voorwaardelijk. In die zin dat we er van uitgaan dat de werkgroep B2 valabele parameters zal vinden om de medische produkten kosten van onderdeel B2 te bepalen. Die parameter mag dan voor 5% mee gerekend worden in onderdeel B5.

Is dit niet het geval dan moet volgens sommigen dit deeltje voorlopig geschrapt worden tot er wel een valabele parameter is voor de medische produkten kosten B2.

Dat betekent dat als die 5% niet meetelt, de parameter farmaceutische specialiteiten op 30% komt en de parameter bedindex op 33%.

Sommigen zijn echter van mening dat in afwachting een eenvoudige herberekening kan gebeuren aan de hand van de laatst gekende gegevens.

1d1

26.5 % van het beschikbare budget wordt onder de ziekenhuizen verdeeld op basis van de in elk ziekenhuis vastgestelde honoraria van chirurgische prestaties weerhouden voor de

berekening van de standaardtijden operatiekwartier voor gehospitaliseerde patiënten in klassieke ziekenhuisopname.

Sommige leden denken dat de omzet honoraria van die prestaties een goede verdeelsleutel is, andere leden geven de voorkeur aan het aantal van die prestaties. De leden zijn verdeeld voor wat het best correleert met de werklast apotheek voor wat de distributie en het beheer van het ten laste van B2 OK-materiaal betreft. Hier ook moet een coëfficiënt in aanmerking komen om de niet-verzekerde patiënten in rekening te nemen.

7% van het beschikbare budget wordt onder de ziekenhuizen verdeeld op basis van de in elk ziekenhuis vastgestelde omzet voorbereide potentieel toxische stoffen zoals de cytostatica voor gehospitaliseerde patiënten inclusief de monoclonale therapiemiddelen en immuno-modulerende producten weerom voor de gehospitaliseerde patiënten. Sommigen willen dat weesgeneesmiddelen ook in overweging genomen worden. Ook hier zijn sommigen van mening dat het best is om de RIZIV omzet voor deze geneesmiddelen te gebruiken. Anderen willen distributie-eenheden (zie supra) gebruiken

RIZIV eenheden of omzet, er moet een coëfficiënt in aanmerking komen om de niet-verzekerde patiënten in rekening te brengen.

Art. 75 §1 e

Dit onderdeel wordt in dit advies niet meer weerhouden omdat het volledig geïntegreerd is in het vorige deel.

Het wordt vervangen door 0.5% voor transplantaties. Het aantal transplantaties dat blijkt uit de Nomenclatuur geneeskundige verstrekkingen kan als basis gebruikt worden om als maat voor de verdeling onder de ziekenhuizen die transplantaties hebben.

Sommigen zijn van mening dat dit percentage onvoldoende is en moet verdubbelen tot 1%.

Art. 75 §1 f

De overgang van het huidige budget naar het nieuwe budget gebeurt best over verschillende jaren.

Er wordt voorgesteld om dit over een periode van drie jaar te laten lopen.

Het eerste jaar: 20%, daarna 50% en ten slotte 100%.

Voor wat het minimum per ziekenhuis betreft, dienen er maatregelen te worden ingeschreven in art 75§1f. Er moet immers over gewaakt worden dat alle acute ziekenhuizen een minimum bestaansniveau gefinancierd krijgen voor de werking van de ziekenhuisapotheek voor gehospitaliseerden. Dit absolute, normatieve minimum is het equivalent van een apotheker en een apotheekassistent en is op 1/12/2012 166.000 euro. Sommige leden willen verder gaan en een minimum volgens het aantal gepondereerde verantwoorde bedden (berekend op art 75 §1 b) garanderen per acute ziekenhuis, zoals voorzien in het normatieve besluit (met een minimale verhouding aantal apothekers = aantal assistenten). Andere leden willen niet dat die uitgebreide basisgarantie ingevoerd wordt.

Art. 75 §1 g

Er wordt voorgesteld om een herberekening te doen om de drie jaar.

Art. 75 §2

Voor SP gaan we ervan uit dat het beter is om binnen een globale herziening van de financiering van de diensten Sp binnen de ziekenhuizen zowel als voor de geïsoleerde diensten een herwaardering van de werkingskosten apotheek door te voeren

Ook hier een herberekening om de drie jaar.

Art. 75 § 3

Voor de Psychiatrische Ziekenhuizen kunnen de T-bedden van 0,3 tot 0,5 verhoogd worden, als er bijkomende middelen toegekend worden. Ook hier een herberekening om de drie jaar (cfr. Advies: 2<sup>e</sup> fase van november 2006).

Art. 75 § 4

Geen wijziging

Art. 75 §5

Geen wijziging.

Art. 75 §6

Antibiotherapiebeheer.

Dit werd bevestigd bij BABCOP en er dient geen wijziging doorgevoerd te worden.

In de vergaderingen is gebleken dat er ondertussen in verschillende domeinen een belangrijke meerkost is ontstaan die niet gefinancierd wordt. Hierbij een niet-limitatieve lijst.

Niet-gefinancierde kosten van de ziekenhuisapotheek:

-Unit dose

-Onderfinanciering van de daghospitalisatie ( chemotherapie)

-De wachtdiensten

-De werking van het comité medisch materiaal

-De werking van het transfusiecomité

-De centrale sterilisatie

-Klinische farmacie

-De Weefselbanken

....

Om deze verschillende taken tot een goed einde te brengen is de injectie van aanvullende structurele middelen absoluut noodzakelijk. Deze kunnen gevonden worden in de middelen die bespaard worden op de omzet geneesmiddelen in de ziekenhuizen door het invoeren van het medicatieforfait.

Vandaag worden ook pilootprojecten gefinancierd in verband met ziekenhuisapotheek. Denken we maar aan de Klinische farmacie. De Raad herhaalt zijn advies om zo snel mogelijk de financiering voor de Klinische farmacie te veralgemenen naar alle ziekenhuizen. De Raad vindt dit een goede werkwijze om andere innoverende projecten in verband met de ziekenhuisapotheek (qua verbetering patiëntveiligheid en kwaliteit bij voorbeeld) aan te vatten zodat uit deze ervaringen een goede en structurele financiering voor alle ziekenhuizen kan volgen.

#### Nieuwe Normen

In de nabije toekomst zullen de ziekenhuisapotheken als gevolg van een strengere regelgeving talrijke veranderingen moeten doorvoeren. Denken we maar aan de invloed van de PIC/s op de ziekenhuizen zoals recent voorgesteld door de Belgian Cleanroom Workgroup. Uit hun berekeningen blijkt dat de meerkost van dergelijke faciliteiten zeer aanzienlijk is. De ziekenhuizen zullen deze strengere regelgeving slechts kunnen implementeren indien hiervoor een substantiële budgetverhoging wordt voorzien (i.e. budgetverhoging als noodzakelijke voorwaarde voor implementatie). De werkgroep is misschien niet bevoegd om deze wijzigingen te adviseren, maar deze wijzigingen die zeer fundamenteel zijn, kunnen niet gerealiseerd worden zonder verhoging van het BFM. Hoe dit dan moet gebeuren dient wel geadviseerd te worden door de werkgroep. Daarom wachten we de voorstellen af om die vervolgens te vertalen in een advies over de financiering in het BFM.

#### Besluit:

Onder meer voor de patiëntveiligheid is de werking van de ziekenhuisapotheek erg belangrijk. Op andere domeinen zoals de opvolging van de chemotherapie is er de laatste jaren een enorme evolutie geweest om maar enkele uitdagingen van de ziekenhuisapotheek te noemen. Om al deze evoluties in elk ziekenhuis adequaat tegemoet te treden, is een herschrijven van onderdeel B5 noodzakelijk.

De snelle evolutie in de sector van geneesmiddelen, implantaten, sterilisatie, enz., leert ons dat dit advies over enkele jaren weer achterhaald zal zijn. Daarom lijkt het ons een goed idee om in die periode dieper in te zoomen op determinanten die voor de werklast van de ziekenhuisapotheek kunnen worden weerhouden. Het ontbreken van een dergelijke studie zal steeds in de weg staan van welke adequate herberekening van onderdeel B5 dan ook.

-----

