

---

## Tarification à l'Unité en MRS et MRPA

### 1. Glossaire

TUH = Tarification per Unit in Homes = Tarification par unité en maison de repos

MCN = MyCareNet

RVT = Rust- en VerzorgingsTehuizen

ROB = RustOorden voor Bejaarden

MRS = Maison de Repos et de Soins

MRPA = Maison de Repos pour Personnes Agées

UD = unidoses

Code INAMI = CNK pour la facturation d'une unité (comprimé, gélule, ...)

OA = organisme assureur, mutuelle

NSR = nouveau système de rémunération

### 2. Principe

**Les arrêtés modificatifs en vue de la TUH au 01/01/15 ont été publiés au Moniteur du 12/05/14.**

**La date définitive de l'entrée en vigueur est toujours matière de discussion et une postposition de 3 à 6 mois n'est pas exclue.**

Quel que soit le mode de dispensation choisi (conditionnements entiers, blisters, PMI manuelle ou automatisée), à partir du 01/01/2015, les spécialités remboursables sous forme orale solide, délivrées aux patients de type INAMI qui résident en MRS et MRPA (séjour long), doivent être tarifées par unités, regroupées en blocs qui correspondent chacun à une semaine de traitement pour un résident. Conjointement aux unités tarifées, un honoraire forfaitaire est également tarifé par résident et par semaine. D'autres réglementations, tel que la délivrance d'un médicament « moins cher » pour une prescription sous DCI ou un antibiotique sous marque, restent d'applications moyennant une certaine souplesse.

Chaque semaine, établie individuellement par résident, comporte donc 2 éléments interdépendants :

1° *l'ensemble des unités de prise* (comprimés, gélules, ...) délivrées à un même résident au cours d'une même semaine

= coût économique que représente la somme des unités de prise de la semaine, toutes spécialités remboursées sous forme orale solide confondues.

Rem. : lorsque la PMI est d'application, le terme "délivrées" peut être remplacé par "préparées"; la date de préparation est alors assimilée à la date de délivrance

2° *l'honoraire forfaitaire* par résident et par semaine calendrier ( $P \times 1,45 = 2,65 \text{ € HTVA}$ )

= acte intellectuel de dispensation, indépendamment du nombre d'unités de prise et du nombre de spécialités remboursables sous forme orale solide concernées.

Rem. : le montant de cet honoraire doit encore être confirmé afin de garantir la neutralité budgétaire de la masse honoraire (...)

La TUH consiste donc à facturer aux OA, via l'OT, des unités de prise et un honoraire forfaitaire, rassemblés en semaines établies individuellement par résident.
---

### 3. Précisions

« Quel que soit le mode de dispensation choisi (conditionnements entiers, blisters, PMI manuelle ou automatisée), à partir du 01/01/2015, ... »

=> **il est essentiel de bien dissocier la T/U et la PMI !**

*Car il faut tarifier à l'unité même si on ne délivre pas à l'unité.*

- sans distinction entre traitements aigus ou chroniques.
- sans exception pour certaines formes orales solides (sachets, comprimés effervescents, ...)

*Il est clair que la T/U est une façon indirecte de promouvoir la PMI*

- recourir à la PMI permet en effet d'éviter les pertes que représentent les unités délivrées qui ne pourront pas être tarifées en cas de changement de traitement ou de décès du patient
- cependant, même les spécialités proscrites dans le cadre d'une PMI doivent être tarifées à l'unité

*Bien que la PMI ne sera pas (encore) d'application au 01/01/15 pour une majorité de MRS-MRPA fournie par les officines, la T/U sera obligatoire.*

*A noter que les dispensations effectuées sous forme de PMI devront être signalées dans Pharmanet au moyen d'un flag approprié dès le 01/01/15 et ce, à des fins statistiques et pour le monitoring du projet.*

*L'AFMPS confirme la possibilité pour le pharmacien de délivrer des blisters (plaquettes thermoformées) ou parties de blisters pour autant que la traçabilité de tout ce qui est délivré soit garantie. Les emballages primaires doivent donc être délivrés tels quels. Le découpage d'un blister est donc uniquement autorisé quand il s'agit d'un conditionnement UD (blister qui mentionne sur chaque unidose les données de traçabilité : nom, numéro de lot, date d'expiration, ...).*

« ... les spécialités remboursables sous forme orale solide, ... »

=> *il s'agit uniquement des spécialités remboursables sous forme orale solide (sèche) de la liste jointe à "l'arrêté général spécialités" (AR 21/12/2001) (TAR21Z9 = 1), sans exception. La liste des spécialités visées est communiquée par l'INAMI : pour ces spécialités un prix « \*\*\* » et un ticket modérateur « \*\*\* » est publié dans le moniteur belge.*

**NB : les spécialités remboursables qui ne répondent pas à cette définition ne sont pas concernées par la T/U ! Elles doivent donc encore être tarifées de façon "classique" (càd par conditionnements). Il s'agit de :**

- spécialités remboursables sous forme orale solide émanant d'une autre liste que celle de "l'arrêté général spécialités" (ex. : antidouleurs pour malades chroniques – AR 03/06/2007)
- toutes les spécialités remboursables de la liste jointe à "l'arrêté général spécialités" (AR 21/12/2001) qui ne sont pas des formes orales solides (ex. : liquides, gouttes, solutions, suppos, ...)

« ... délivrées aux patients de type INAMI ... »

=> *concerne les patients affiliés aux mutualités chrétiennes (1xx), neutres (2xx), socialistes (3xx), libérales (4xx), libres (5xx), Caisse Auxiliaire Maladie-Invalidité (6xx), Caisse des Soins de Santé de la SNCB (9xx), Caisse des Marins (750) et OSSOM (999). En ce qui concerne la SNCB, il n'y aura pas, dans le cadre de la T/U, de TM SNCB distincts des TM INAMI.*

Le tableau suivant s'applique aux patients avec les statuts spéciaux:

NIOOO/INIG	Pas de TUH
Defensie/Défense	TUH, cf. INAMI, les droits complémentaires disparaissent en MRS/MRPA
Federale Politie/Police Fédérale	TUH, cf. INAMI, les droits complémentaires disparaissent en MRS/MRPA
OCMW/CPAS	TUH, cf. INAMI, il n'existe pas de droits complémentaires en maison de repos
NMBS/SNCB	TUH, cf. INAMI, pas de ticket modérateur à l'unité spécifique pour les bénéficiaires SNCB
Zeemanskas/Caisse des marins en DOSZ/OSSOM	TUH, cf. INAMI

« ... qui résident en MRS-MRPA (séjour long) ... »

=> voir fichier de référence de l'INAMI :

<http://www.inami.be/care/fr/residential-care/index.htm#1>

La TUH doit être effectuée pour les patients qui résident dans les MRS ou MRPA se retrouvant sur cette liste. Pour les patients qui résident dans d'autres institutions (pour handicapés, patients psychiatriques, ...) la TUH ne doit pas être appliquée.

Il est indispensable de pouvoir indiquer dans le programme de soft pour quelles maisons de repos ou institution la TUH s'applique. Nous conseillons de le faire en remplissant le numéro INAMI de la MRS-MRPA dans la « fiche client » .

Le numéro d'identification de la MRS-MRPA (= n° de l'établissement de séjour) devra être transmis dans le protocole (OTDGZ5) et dans Pharmanet (R20Z15). Si le patient réside dans une MRS-MRPA, mais que le numéro de l'établissement n'est pas connu, le numéro fictif 070000049999 devra être mentionné.

**Nous vous demandons explicitement d'activer et de remplir cette donnée, jusque maintenant facultative, dès maintenant et selon les instructions susmentionnées et de l'envoyer via les zones prévues dans le protocole et Pharmanet! Vous pouvez éventuellement demander conseil à votre maison de soft pour savoir comment il faut le faire. Ceci aidera l'APB à rassembler des données sur les patients qui résident en MRS-MRPA et ainsi de mieux défendre les intérêts des pharmaciens (par exemple pour le calcul de l'honoraire).**

« ... doivent être tarifées à l'unité, ... »

=> à chaque spécialité remboursable sous forme orale solide correspond un nombre précis d'unités.

Une table de conversion entre le conditionnement (CNK boîte) et les unités correspondantes est prévue.

Chaque unité possède un code national spécifique (code INAMI = CNK unité = un code CNK avec la structure 07xx-xxx ou 7xxx-xxx), déjà utilisé pour les hôpitaux. Dans la liste INAMI des spécialités remboursables, ces unités seront signalées par « \*\*\* ».

Pour chaque unité, le fichier de référence renseigne le prix, la base de remboursement et les tickets modérateurs, avec 4 chiffres après la virgule (attention aux règles d'arrondis). Ces montants à l'unité sont calculés à partir du plus grand conditionnement public remboursable et disponible.

*Un autre fichier de référence, mentionne de quels conditionnements (CNKs), on peut puiser une certaine unité (donc un certain code INAMI). Dans ce fichier de référence des conditionnements hospitaliers et vrac seront repris, qui ne sont eux-mêmes pas remboursables, mais pour lesquels l'unité, le code INAMI, est cependant remboursable pour la TUH pour un résident en MRS-MRPA.*

« ... regroupées en blocs qui correspondent chacun à une semaine de traitement pour un résident. »

=> **tranche ou module de 7 jours**

*La semaine de traitement est fonction du patient (résident) ; la date d'entrée en MRS-MRPA varie en effet d'un patient à l'autre !*

*Idéalement on peut imposer les choses : le rythme de la semaine est de préférence identique pour tous les résidents d'une même MRS-MRPA, voire pour tous les résidents quelle que soit la MRS-MRPA. Mais ce n'est pas une obligation absolue. Le pharmacien garde la liberté de fixer le rythme par patient.*

« Conjointement aux unités tarifées, un honoraire forfaitaire est également tarifé par résident et par semaine. »

=> **Définition** : *L'honoraire par semaine pour des résidents MRS-MRPA (CNK 5520-465) est tarifé 1x par semaine calendrier, au premier jour dans la semaine calendrier auquel une spécialité orale solide est tarifée à l'unité.*

*La semaine calendrier démarre toujours un lundi (la première semaine calendrier de l'année est celle dans laquelle tombe le premier jeudi de l'année calendrier) (=ISO 8601).*

*Au maximum 1 honoraire peut être tarifé par résident et par semaine calendrier.*

*L'honoraire ne peut jamais être facturé seul.*

*Au moins un comprimé doit être tarifé à l'unité dans la semaine calendrier pour pouvoir tarifer l'honoraire.*

« D'autres réglementations, tel que la délivrance d'un médicament « moins cher » pour une prescription sous DCI ou un antibiotique sous marque, restent d'application moyennant une certaine souplesse. »

=> *Lorsque dans une gamme (même spécialité – même dosage – même forme galénique) qui est composée de conditionnements de différentes tailles, au moins un de ces conditionnements a le statut « moins cher », alors le statut « moins cher » vaut pour l'unité et donc pour le code INAMI.*

*Lorsque un des CNK qui est lié dans le fichier de référence à un code INAMI (voir plus loin), appartient aux moins chers, alors le code INAMI appartient automatiquement aux moins chers, même si on sort les comprimés d'un conditionnement ou CNK, qui lui-même n'appartient pas aux moins chers.*

*Une certaine souplesse sera également respectée pour des modifications du statut « moins cher » qui peuvent apparaître au cours du temps pour un code INAMI. Il est parfaitement possible qu'un code INAMI appartient au statut « moins cher » pour le mois M, selon la définition susmentionnée, mais plus pour le mois M+1. Quand un pharmacien a entamé un conditionnement sur base du statut « moins cher » du mois M, il peut alors continuer à fournir et facturer les unités de ce conditionnement, à condition qu'il appose le flag « force majeure » dans la zone DCI.*

### **3. Conditions et exigences de facturation des blocs**

La semaine individuelle ne peut être tarifée que lorsque *toutes* les conditions permettant l'application du tiers-payant sont réunies, c'ad :

#### **3.1 Patient**

- résident d'une MRS-MRPA
- en vie
- non hospitalisé
- en règle d'assurabilité

**NB** : la consultation MyCareNet est donc indispensable à 2 niveaux :

1° l'ordonnance (comme aujourd'hui)

Au moment de l'encodage de toute prescription au niveau du soft officinal.

Le certificat de consultation MCN doit être mémorisé, en vue de la transmission vers l'OT pour la facturation des ordonnances qui comportent des récipients qui ne doivent pas être tarifés à l'unité.

2° la semaine

Pour chaque résident en date du premier jour de chaque nouvelle semaine. Le certificat de consultation MCN doit être mémorisé, en vue de la transmission vers l'OT pour la facturation des blocs (semaines individuelles).

Tout comme pour l'assurabilité, l'information concernant *la résidence dans une MRS-MRPA* ou d'une *hospitalisation* sera à terme également communiquée par les OA via MyCarenet.

En attendant, un "**plan B**" devra être appliqué, c'ad une déclaration volontaire du pharmacien, précisant qu'un patient donné est résident d'une MRS-MRPA, au moyen du n° d'identification INAMI de la MRS-MRPA ou du numéro fictif (70000049999) lorsque le vrai n° n'est pas connu.

La facturation des blocs

- ne peut être effectuée qu'à semaine *échue* (de façon à pouvoir intégrer les éventuels changements de traitement)
- est suspendue dès que le patient est hospitalisé (applicable à terme lorsque l'info sera transmise via MCN)
- s'arrête lorsque le patient est décédé (info déjà transmise par MCN, à mémoriser dans la fiche patient)

**Cependant, toute semaine entamée est due !**

#### **3.2 Produits (spécialités remboursables sous forme orale solide)**

- le bloc comporte au minimum 1 unité tarifée (cf. l'honoraire forfaitaire ne peut jamais être facturé seul)
- toutes les unités tarifées doivent être couvertes par une prescription ! Lors de la facturation, le n° de l'ordonnance correspondante doit être communiqué pour *chaque* unité
- le cas échéant, présence de l'autorisation médecin-conseil
- CBU; lors de la facturation, le CBU du conditionnement d'origine doit être communiqué pour *chaque* unité. Le CBU devient donc multiple à concurrence du nombre d'unités présentes dans le conditionnement d'origine.

- prix et modalités de remboursement  
Toutes les unités d'une même référence conservent, au cours d'une même semaine, le prix et modalités de remboursement applicables au jour de la préparation/délivrance, même lorsque la semaine est à cheval sur 2 mois calendrier avec modifications entre les 2 mois. Une fourniture supplémentaire dans la même « semaine », mais dans un nouveau mois calendrier, doit évidemment suivre le prix et modalités de remboursement applicables au jour de la fourniture supplémentaire. Comme décrit ci-dessus, une « semaine » à cheval sur 2 mois calendrier, doit être tarifée dans le fichier protocole du 2<sup>ième</sup> mois, de façon à pouvoir intégrer les éventuels changements de traitement.
- Lorsque le patient dispose d'une autorisation valable en début de traitement (1<sup>ère</sup> semaine) mais qui expire en cours de traitement (2<sup>ème</sup> semaine p.ex.) alors que le conditionnement prescrit par le médecin permet de couvrir une tarification à l'unité pour plusieurs semaines et que ce conditionnement a été entamé par le pharmacien, il peut continuer à facturer les unités de ce conditionnement en utilisant le flag « déviation à la TUH » (voir plus loin).
- Lorsqu' une spécialité remboursable en début de traitement (1<sup>ère</sup> semaine), est supprimée du remboursement en cours de traitement (2<sup>ème</sup> semaine p.ex.) alors que le conditionnement prescrit par le médecin permet de couvrir une tarification à l'unité pour plusieurs semaines et que ce conditionnement a été entamé par le pharmacien, il peut continuer à facturer les unités de ce conditionnement en utilisant le flag « déviation à la TUH » (voir plus loin).

### 3.3 Séquence des blocs

- Pour la lisibilité, il est convenu que les blocs soient triés par patient et puis par semaine à tarifier (semaine 1 patient 1, semaine 2 patient 1, semaine 3 patient 1, semaine 4 patient 1, semaine 1 patient 2, semaine 2 patient 2, semaine 3 patient 2, semaine 4 patient 2, semaine 1 patient 3, ...)
- Au sein d'un bloc les records doivent être triés par date (OTD3Z16 et R40Z5) et l'honoraire par semaine éventuel doit toujours suivre les spécialités orales solides.

### 3.4 Blocs « à problème »

Le principe des « ordonnances à problème » peut être étendu aux blocs.

Un bloc peut donc éventuellement rester « en attente de tarification » :

- la facturation des blocs ne doit pas nécessairement s'effectuer de façon chronologique (ex. : facturation par l'OT de la semaine 5 avant facturation de la semaine 3 pour un même résident)
- rien n'empêche la facturation simultanée de plusieurs blocs différents (ex. : facturation par l'OT dans un même envoi des semaines 3, 4, 5, 8, 9 et 10 pour un même résident)

NB : les « manque ordonnance » doivent revêtir un caractère exceptionnel !

## 4. Exceptions

Deux exceptions à la TUH sont prévues :

### Flag 1 - "délivrance occasionnelle"

Le pharmacien exécute une prescription établie pour un résident d'une MRS-MRPA qui n'est habituellement pas cliente de ce pharmacien.

=> le pharmacien délivre les conditionnements prescrits et les tarifie de façon classique.

Rem. : en pratique, ce flag ne pourra être d'application que lorsque l'info « patient résident de MRS-MRPA » pourra être transmise via MCN



Ce flag se rapporte donc d'avantage au patient et se retrouvera uniquement au fichier de tarification traditionnelle.

## Flag 2 – "déviation à la TUH"

L'utilisation de ce flag doit permettre au pharmacien de facturer toutes les unités d'un conditionnement dans des situations exceptionnelles afin de ne pas encaisser une perte économique considérable. L'honoraire de la semaine pourra être uniquement facturé pour les réelles semaines de traitement et donc pas pour d'autres semaines en cas de décès, d'hospitalisation ou de changement de traitement. (cf. les exemples en annexe)

Différents cas de figure sont possibles

- spécialité chère à faible rotation (une liste sera communiquée)
- spécialité avec posologie « à la demande » (par exemple : la morphine pour les douleurs aiguës)
- spécialité incorporée en préparation magistrale
- spécialité délivrée par fractions de comprimés ( $\frac{1}{2}$  en  $\frac{1}{4}$  comprimés) (à proscrire dans la mesure du possible !)

=> le pharmacien délivre le conditionnement prescrit mais ne peut pas le facturer de façon classique (contrairement au flag 1). Il doit alors :

- soit facturer toutes les unités du conditionnement en une fois dans un même bloc  
Principalement pour les situations suivantes :
  - spécialité avec posologie « à la demande »
  - spécialité incorporée en préparation magistrale
- soit facturer hebdomadairement le nombre d'unités de prise nécessaires au patient, puis en une fois le solde des unités de prise encore présente dans le conditionnement au moment de l'arrêt du traitement, de l'hospitalisation ou du décès du patient.  
Principalement pour les situations suivantes :
  - spécialité chère qui ne peut plus être facturée à un autre patient dans une maison de repos fournie par le même pharmacien.
  - spécialité avec une rotation aussi faible qu'elle ne peut plus être facturée à un autre patient dans une maison de repos fournie par le même pharmacien.
  - spécialité dont le fractionnement est à éviter (pas d'emballage primaire suffisamment sûr, instabilité du produit, combipacks...)
- Il reste encore de l'incertitude sur le scénario à appliquer pour la situation suivante:
  - spécialité sous forme de  $\frac{1}{2}$  ou  $\frac{1}{4}$  comprimés

Au bilan, l'intégralité du conditionnement sera facturée à l'unité.

Ce flag se rapporte donc davantage au produit et se retrouvera uniquement au fichier de tarification TUH.

Un monitoring sera mis en œuvre afin de contrôler la fréquence d'utilisation de ce flag qui doit rester limitée.

**L'utilisation de ces deux flags sera suivie de très près. En cas d'abus, des mesures seront prises contre les pharmaciens individuels qui en abusent, mais éventuellement aussi contre le secteur entier (par exemple : retrait complet de ces mesures d'exception très importantes).**

**Nous vous conseillons de les utiliser de manière consciente et correcte et uniquement en cas de réel besoin.**

**Dans le cadre du monitoring précis sur l'utilisation des flags, nous conseillons de préférer le scénario de la facturation du solde, plutôt que le scénario de la facturation complète de toutes les unités d'un coup.**

## 5. La TUH en résumé

- arrêtés modificatifs publiés ; date d'entrée en vigueur = 01/01/15 (sous réserve !).
- vise à maîtriser les volumes de médicaments facturés à l'INAMI
- respecte les honoraires du pharmacien  
Introduction d'un honoraire forfaitaire moyen par semaine et par résident  
[Masse honoraires 2012] / [nb de jours en MRS-MRPA pour 2012] x 7 = 2,65 euros (hors TVA)  
L'honoraire sera encore recalculé.
- applicable à toutes les spécialités pharmaceutiques prescrites et remboursées sous forme orale-solide (AR 21/12/2001), délivrées à des patients de type INAMI, résidents longue durée de MRS-MRPA
  - base de remboursement par unité calculée sur base du plus grand modèle remboursable et disponible
  - ticket modérateur par unité calculé sur base du ticket modérateur du plus grand modèle remboursable et disponible
- pharmaciens peuvent choisir les modalités de dispensation :
  - conditionnement
  - blister
  - PMI (manuelle ou robotisée)
- tarification à l'unité par résident et par semaine *entamée*
  - s'effectue sur base d'un schéma d'administration, réalisé par le pharmacien
  - restrictions : pas de tarification au-delà de la dernière semaine entamée en cas
    - de décès
    - d'hospitalisation
    - de changement de traitement
 Rem. : la facturation OT => OA reste mensuelle
- enregistrement numéro identification INAMI de la MRS-MRPA obligatoire
- maintien de l'enregistrement obligatoire du CBU
- exceptions / dérogations
  - délivrance unique/occasionnelle
  - déviation à la TUH

La TUH n'est d'application que lorsque les 3 conditions suivantes sont réunies :

- **groupe** = MRS-MRPA
- **résident** = type INAMI, en cas d'exception : flag 1
- **article** = spécialité remboursable sous forme orale solide, composée d'unités signalées dans le fichier de référence INAMI (CNK série 7 \*\*\*), en cas d'exception : flag 2



## 6. FAQs

### 6.1 Que faut-il imprimer sur le BVAC pour des médicaments qui sont/ont été tarifés à l'unité?

Des médicaments qui ont été tarifés à l'unité doivent également être repris à l'unité sur les BVAC de la manière suivante :

- “numéro du code national” = le code INAMI de l'unité
- “N” = le nombre d'unités prescrit. On peut difficilement ou même pas tenir compte ici des unités non utilisées par le patient en cas de décès ou changement de traitement, puisque au moment de l'impression du BVAC cette information n'est pas connue.
- “nom du produit” = dénomination de l'unité
- “prix public” = prix de l'unité x le nombre d'unités prescrit
- “prix payé” = ticket modérateur de l'unité x le nombre d'unités prescrit

### 6.2 Honoraire de garde lors de la TUH

Les conditions et la signification doivent encore être confirmées.