

INAMI

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

Circulaire aux pharmaciens hospitaliers

Service des Soins de Santé

Correspondant: Yoeriska Antonissen

Conseiller

Tél: 02/739 71 44 **Fax:** 02/739 77 11

E-mail: yoeriska.antonissen@riziv.fgov.be

nele.dhaeze@riziv.fgov.be

27-09-2016

Bruxelles, le

Concerne: Application du chapitre IV (et IVbis) en milieu hospitalier pour le remboursement de spécialités pharmaceutiques (formulation adaptée du point 2)

Ce circulaire remplace la circulaire N° 82/171 et est d'application à partir du 1^{er} août 2016.

Les dispositions suivantes s'appliquent aux médicaments inscrits au chapitre IV (et IVbis) de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables (il s'agit de l'annexe I de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques):

1 – Autorisations préalables:

1. Lorsque des spécialités sont prescrites à des patients traités dans un hôpital et délivrées par le pharmacien hospitalier, qu'il s'agisse de bénéficiaires hospitalisés ou de bénéficiaires non hospitalisés, et si le bénéficiaire concerné satisfait aux conditions de remboursement prévues dans la liste, l'autorisation du médecin-conseil n'est pas requise, sauf si dans les conditions de remboursement il est mentionné spécifiquement qu'une autorisation préalable du médecin-conseil est requise.
2. Si dans les conditions de remboursement il est mentionné spécifiquement qu'une autorisation préalable du médecin-conseil est requise, une (nouvelle) demande d'autorisation n'est requise que lorsque le patient ne dispose pas (encore) d'une autorisation (encore) valable.
3. Lorsque des spécialités visées à l'article 95, § 3, de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 (ce sont les médicaments « forfaitarisés »), sont prescrites à des bénéficiaires hospitalisés conformément aux dispositions prévues par cet article, il est présumé de façon irréfragable que le bénéficiaire concerné satisfait aux conditions de remboursement prévues dans la liste, et l'autorisation du médecin-conseil n'est par conséquent pas requise.

4. En milieu hospitalier, le prescripteur s'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil, dans le dossier médical du patient, les éléments de preuve, mentionnés dans les conditions de remboursement prévues dans la liste, confirmant que le patient satisfait aux conditions de remboursement.
5. Déviation au point 4: Pour les médicaments orphelins, les éléments de preuve doivent toujours être mis à disposition du médecin-conseil, en application de la procédure visée aux articles 7, 8, 9 de l'arrêté royal du 8 juillet 2004 relatif au remboursement des médicaments orphelins.
6. Une copie de l'autorisation ne doit pas être jointe aux fichiers de facturation. Les contrôles effectués par les organismes assureurs peuvent se faire sur base de la banque de données « Accords » (MyCareNet).
7. Si une autorisation préalable est requise pour la continuation du traitement après l'hospitalisation, et d'autant plus si cette demande d'autorisation doit être faite par un spécialiste, le prescripteur qui démarre le traitement en milieu hospitalier, s'engage à introduire la demande d'autorisation préalable avant la fin de l'hospitalisation.

2 – Facturation au patient des médicaments du chapitre IV (ou IVbis) délivrés par le pharmacien hospitalier:

- 1) Lorsque le médicament est inscrit au chapitre IV (ou IVbis) de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables et il s'agit d'un:

- a. patient hospitalisé ⁽¹⁾ :

Médicament « forfaitarisé » ⁽²⁾ :	Forfait de 0,62 euros/jour
Médicament « non-forfaitarisé » :	
- le patient répond aux conditions de remboursement précisées dans le texte du paragraphe:	Forfait de 0,62 euros/jour
- le patient ne répond pas aux conditions de remboursement précisées dans le texte du paragraphe:	Voir le point b.

- b. patient non hospitalisé ⁽³⁾ :

Le patient répond aux conditions de remboursement précisées dans le texte du paragraphe:	Système du tiers payant d'application ⁽⁴⁾
Le patient ne répond pas aux conditions de remboursement précisées dans le texte du paragraphe:	Système du tiers payant pas d'application: <ul style="list-style-type: none"> • Une motivation ⁽⁵⁾ est requise en cas de facturation au patient. • Le patient doit néanmoins être clairement informé des coûts que l'hôpital pourra lui facturer. • En absence de motivation: à charge à 100% de l'hôpital.

(1) pour lesquels les tarifs « ** » sont à utiliser

(2) le système forfaitaire ne s'applique qu'aux patients hospitalisés

- (3) pour lesquels les tarifs « * » sont à utiliser
- (4) conformément aux modalités de remboursement précisées dans la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables
- (5) cette motivation consiste en une communication au médecin-conseil de l'indication pour laquelle la spécialité a été prescrite (le prescripteur s'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil, dans le dossier médical du patient, les éléments de preuve); cette communication est faite au plus tard au moment de la tarification

- 2) Lorsque le médicament n'est pas inscrit sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables, le médicament peut-être facturé entièrement au patient. Le patient doit néanmoins être clairement informé des coûts que l'hôpital pourra lui facturer.
- 3) Si lors d'un contrôle effectué par le médecin-conseil de l'organisme assureur d'une facturation en tiers payant à l'organisme assureur, il s'avère que le patient ne remplissait pas les conditions de remboursement du chapitre IV, une rectification de la facture du patient avec mise à sa charge du montant rejeté par l'organisme assureur, n'est pas permise (*).

(* sur base des dispositions de l'article 8, § 2. de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient

3 – Recommandations pratiques:

1. Un projet ayant pour but de rendre possible la consultation de la banque de données des « Accords » (MyCareNet) par le pharmacien hospitalier, a été lancé (deadline: janvier 2017). En attendant, le pharmacien hospitalier doit, lorsqu'une autorisation préalable est requise (voir le point « 1 – Autorisations préalables »), disposer d'une copie de l'autorisation afin de pouvoir facturer correctement.
2. Procédure pour demander une autorisation préalable:

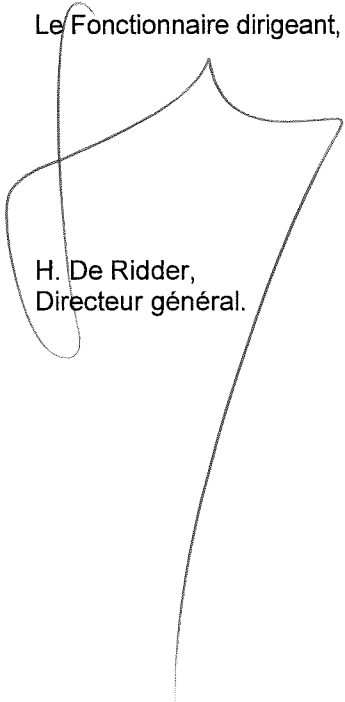
	Quand ?/Comment?
Médicament (« non-forfaitarisé ») utilisé pour une indication nécessitant une autorisation préalable	Une autorisation préalable est requise Une demande n'est requise que lorsque le patient ne dispose pas (encore) d'une autorisation (encore) valable
<ul style="list-style-type: none"> • procédure de demande électronique obligatoire 	<ul style="list-style-type: none"> - demande via CIVARS ou logiciel (*) - arthrite rhumatoïde: demande via TARDIS
<ul style="list-style-type: none"> • procédure de demande électronique non obligatoire 	<ul style="list-style-type: none"> - demande sur papier - ou (à recommander) via CIVARS ou logiciel (*)

(* avantage de l'utilisation de la procédure électronique : une certitude beaucoup plus rapide quant au remboursement pour le patient, le demandeur et le pharmacien (hospitalier)

Le logiciel du prescripteur lui permet également de vérifier si le patient dispose d'une autorisation pour un médicament.

3. En exécution du point 4.2.9. de l'accord national médico-mutualiste 2016 – 2017, un groupe de travail du Comité de l'Assurance, composé de représentants de tous les acteurs concernés, élaborera les propositions de simplification administrative à long terme supplémentaires.

Le Fonctionnaire dirigeant,



H. De Ridder,
Directeur général.