



CONSEIL NATIONAL DES ETABLISSEMENTS  
HOSPITALIERS.

Section "Agrément"

N/Réf. : CNEH/D/A/23-3

AVIS DU CONSEIL NATIONAL DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS,  
SECTION "AGREMENT", RELATIF A UNE UTILISATION PLUS  
RATIONNELLE DES MEDICAMENTS DANS LE SECTEUR DES MAISONS  
DE REPOS ET DE SOINS.

---

1. Le Conseil est d'avis qu'il faut prévoir, pour les mai-  
sons de repos et de soins situées dans un home de repos à gestion  
privée, la même possibilité que pour les maisons de repos et de  
soins gérées par le CPAS, à savoir d'une part l'achat des médica-  
ments par l'intermédiaire de l'officine d'un hôpital appartenant  
au même pouvoir organisateur que la maison de repos et de soins,  
à condition qu'elles ne soient pas éloignées de plus de 20 km  
l'une de l'autre, ou d'autre part l'achat des médicaments par la  
maison de repos et de soins par l'intermédiaire d'une officine  
hospitalière sur la base d'une convention, et ce à condition que  
la distance entre la maison de repos et de soins et l'officine  
hospitalière ne dépasse pas 20 km.

Ce point de vue implique une modification de l'annexe à l'arrêté  
royal du 2 décembre 1982 fixant les normes pour l'agrément spé-  
ciale de maisons de repos et de soins, notamment du point B 4  
"normes d'organisation" ainsi qu'une modification de l'arrêté  
royal du 19 octobre 1978 réglementant les officines et les dépôts  
de médicaments dans les établissements de soins, modifié par l'ar-  
rêté royal du 30 avril 1981.

Dans le cadre de telles modifications, il faut également permettre (sans imposer) à tous les établissements MRS (publics et privés), d'assurer la fourniture de médicaments sur la base d'un accord de coopération avec un service G d'un hôpital, à partir de l'officine hospitalière de cet hôpital.

Le même raisonnement doit être appliqué à tous les lits "home de repos" des établissements MRS concernés.

2. La facturation des médicaments délivrés à des personnes séjournant dans une maison de repos et de soins sera identique à celle appliquée actuellement aux patients ambulatoires d'un hôpital quel que soit le circuit d'approvisionnement.
3. En ce qui concerne l'instauration d'un forfait pour la thérapie médicamenteuse dans le secteur MRS, le Conseil est d'avis qu'on ne dispose pas encore de données de base suffisantes pour développer dès à présent un système de forfait.

#### Remarques générales.

1. En imposant un prix identique à celui facturé aux patients ambulatoires d'un hôpital, on rend difficile et peu probable l'approvisionnement par une officine publique.
2. L'existence de deux prix différents appliqués à l'égard des bénéficiaires, prix variables suivant le circuit d'approvisionnement est inconcevable, car un tel système ne favorisera pas l'approvisionnement par le circuit hospitalier. C'est la raison pour laquelle certains membres du Conseil estiment que la maison de repos et de soins doit obligatoirement et uniquement s'approvisionner auprès d'une officine hospitalière.
3. L'approvisionnement obligatoire par l'officine hospitalière n'étant pas unanimement accepté, une solution consiste à fixer un prix unique quel que soit le circuit d'approvisionnement, mais intermédiaire entre le prix hospitalier et le prix public qui tienne compte de l'obligation pour les officines publiques et de l'éventualité certaine pour les officines hospitalières de s'approvisionner chez le grossiste.