

**Programme « maladie » - Partie II « Objectifs / Résultats »**

**Objectif n°4 : renforcer l'efficience du système de soins et développer la maîtrise médicalisée des dépenses**

**Indicateur n°4-13 : Indicateur relatif à la maîtrise de l'évolution des dépenses des médicaments et des produits et des prestations financés en sus des tarifs des séjours hospitaliers**

**1<sup>er</sup> sous-indicateur : suivi de l'évolution des dépenses des médicaments et des produits et prestations financés en sus des GHS**

*Finalité* : devant la croissance soutenue des dépenses d'assurance maladie au titre des produits de santé - spécialités pharmaceutiques, produits et prestations - financés en sus des prestations d'hospitalisation, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a instauré un dispositif de maîtrise médicalisée de ces dépenses, par l'amélioration de la qualité des soins, adapté au contexte sanitaire local et reposant sur la mobilisation de l'ensemble des acteurs. Cette disposition vient renforcer les engagements existants relatifs à la maîtrise médicalisée souscrits dans les contrats de bon usage signés entre l'établissement de santé, l'agence régionale de santé et l'assurance maladie.

Les activités hospitalières de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCOO) sont, depuis 2008, intégralement financées par la tarification à l'activité (T2A). Le volume et la nature de ces activités déterminent les ressources des établissements de santé. Les séjours hospitaliers sont classés, selon des critères d'homogénéité médico-économique, en groupes homogènes de malades (GHM). Les GHS (groupes homogènes de séjours) sont les tarifs « tout compris » correspondant aux GHM. Les molécules et dispositifs médicaux implantables (DMI) innovants et particulièrement coûteux sont financés en sus des GHS, car leur coût élevé introduirait une hétérogénéité dans la classification médico-économique des séjours, et risquerait de limiter l'accès des patients aux innovations médicales. La liste des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations financés en sus des GHS est actualisée régulièrement, certains médicaments et DM pouvant être intégrés dans les GHS tandis que de nouveaux produits ou prestations sont inscrits sur la liste. Deux listes en sus coexistent, l'une applicable aux établissements du secteur public, l'autre aux établissements du secteur privé.

En 2009, devant la nécessité d'infléchir l'évolution des dépenses des spécialités pharmaceutiques et prestations financées en sus des GHS, un plan d'action a été élaboré afin de promouvoir l'amélioration de la qualité des pratiques et la recherche de l'efficience des soins fondées sur des référentiels médicaux. Dans ce cadre, l'Etat arrête, depuis 2009, un taux prévisionnel d'évolution des dépenses d'assurance maladie des listes en sus. L'objectif de ce premier sous-indicateur est de suivre l'évolution des dépenses des produits facturés en sus des GHS, de vérifier le respect du taux prévisionnel d'évolution pour l'année fixé par arrêté (10 % en 2009, et 8 % en 2010), et de mesurer l'impact des actions locales visant à maîtriser les dépenses des produits de santé des listes en sus.

*Résultats* : les évolutions des dépenses de la liste en sus figurent dans le tableau ci-dessous :

	Evolution 2006/2005	Evolution 2007/2006	Evolution 2008/2007	Evolution 2009/2008	Estimation 2010/2009	Objectif 2011/2010
Secteur public	15,3%	10,0%	13,8%	8,8%	4,3%	
Secteur privé	-6,7%	4,7%	8,2%	-0,8%	-0,4%	
<b>TOTAL</b>	<b>5,4%</b>	<b>7,9%</b>	<b>11,6%</b>	<b>5,2%</b>	<b>2,7%</b>	
<b>Objectif fixé</b>	-	-	-	<b>10%</b>	<b>8%</b>	<b>3 %</b>

Source : DGOS, ATIH.

L'année 2009 avait marqué une inflexion notable dans les dépenses de la liste en sus, liée en particulier à une baisse importante dans le secteur privé. Ainsi, l'objectif fixé d'une évolution égale à 10 % était atteint. Cette évolution se poursuit en 2010 sous l'effet d'une diminution conséquente des dépenses de la liste en sus des établissements publics. La cible d'évolution de 8 % des dépenses de la liste en sus pour 2010 est largement atteinte. En 2011, l'objectif d'une croissance de 3 % par rapport à 2010 des dépenses de la liste en sus est la cible à atteindre.

Construction de l'indicateur : l'indicateur retrace l'évolution constatée des dépenses d'assurance maladie des médicaments et des produits et prestations financés en sus des groupes homogènes de soins (GHS) au regard du taux d'évolution prévisionnel arrêté pour l'année considérée (objectif).

**2<sup>ème</sup> sous-indicateur : dispositifs locaux de contrôle des établissements sur les dépenses des produits facturés en sus des GHS**

Finalité : cet indicateur vise à suivre la mise en œuvre des dispositifs locaux de contrôle des établissements de santé. La maîtrise des dépenses d'assurance maladie au titre des produits de santé - spécialités pharmaceutiques, produits et prestations - financés en sus des prestations d'hospitalisation, constitue une priorité ministérielle. Un plan d'actions a été mis en œuvre à cet effet en 2009, comportant une forte dimension locale à travers la conduite d'actions de contrôle des contrats de bon usage (CBU, cf. indicateur « objectifs/résultats » n° 4-7) et la régulation des dépenses. Les actions suivantes seront ainsi, déclinées au niveau local :

- contrôle du respect des engagements du contrat de bon usage par rapport aux prescriptions dans le cadre des référentiels de bon usage ;
- mise en œuvre du dispositif de régulation de la liste en sus. Les ARS doivent réaliser un suivi préventif des établissements concernés de leur région. Dès lors qu'un établissement affiche une progression des dépenses afférentes aux listes en sus supérieure au taux de référence (10 % en 2009), l'établissement fait l'objet d'un suivi particulier par l'ARS. Lorsque l'ARS, après concertation avec l'assurance maladie, considère que le dépassement du taux prévisionnel n'est pas justifié au regard des pratiques de prescription, elle conclut un plan d'action d'un an, assorti d'indicateurs d'évaluation des résultats.

Calendrier :

- 1<sup>er</sup> décembre 2010 : remise par les ARS au ministère (DSS - DGOS) des éléments demandés de bilan de la campagne 2009 et désignation d'un référent au sein des ARS pour ce dispositif ;
- 1<sup>er</sup> décembre 2010 : remise par les ARS au ministère (DSS - DGOS) d'un bilan d'étape comportant le nombre d'établissements ciblés au titre de la régulation (cf. annexe 5) ;
- 1<sup>ère</sup> quinzaine de décembre : 1<sup>er</sup> point d'étape, guide méthodologique et ciblage régionaux (réunion au ministère) ;
- Fin décembre 2010 : diffusion du guide méthodologique finalisé ;
- Avril 2011 : 2<sup>ème</sup> point d'étape, premiers résultats des travaux (réunion au ministère) ;
- 30 juin 2011 : remise par les ARS au ministère (DSS - DGOS) d'un bilan définitif des actions locales.

Résultats : le suivi de la mise en œuvre des dispositifs locaux de contrôles des établissements de santé est présenté dans le tableau suivant :

Année	2009	Objectif 2011
Etablissements ayant signé un CBU	1373	Progression
Etablissements contrôlés par l'assurance maladie	60	
Etablissements faisant l'objet d'un ciblage	1 346	Progression
Nombre de plans d'action envisagés	5	Diminution
Nombre de plans d'action signés	0	Diminution

Source : DGOS.

Construction de l'indicateur : l'indicateur suit :

- le nombre d'établissements ayant signé un contrat de bon usage (CBU) ;
- le nombre d'établissements contrôlés par l'assurance maladie au titre du contrat de bon usage ;
- le nombre d'établissements faisant l'objet d'un suivi préventif par l'ARS ;
- le nombre de plan d'action envisagés et signés.

Les résultats de cet indicateur sont issus d'une enquête annuelle réalisée conjointement par la DGOS et la DSS auprès des ARS et des observatoires des médicaments, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques (OMEDIT, cf. indicateur « objectifs/résultats » n° 4-7).