

Indicateur n° 4-7 : Indicateur de suivi de la mise en œuvre des contrats de bon usage des médicaments et des produits et prestations

Finalité : cet indicateur permet de disposer d'un retour d'information sur les mesures prises en matière de fixation des taux de remboursement et des motifs principaux des sanctions appliquées aux établissements de santé, par les directeurs des Agences Régionales de Santé (ARS), dans le cadre des contrats de bon usage des médicaments et des produits et prestations.

Depuis le 1^{er} janvier 2006 et conformément au décret du 24 août 2005 relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L.162-22-7 du code de la Sécurité sociale modifié par le décret n° 2008-1121 du 31 octobre 2008, chaque établissement de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie (MCO) doit conclure, avec l'agence régionale de santé (ARS), et l'assurance maladie, un contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations pour une durée de 3 à 5 ans.

Dans le cadre des contrats de bon usage, les établissements doivent souscrire à :

- des engagements généraux (sécurisation du circuit du médicament et des produits et prestations, développement des pratiques pluridisciplinaires ou en réseaux ...);
- des engagements spécifiques aux médicaments et dispositifs médicaux facturables en sus des prestations d'hospitalisation (conformité aux référentiels de bon usage, gestion de ces produits par les pharmacies hospitalières ...).

En contrepartie du respect de ces engagements contractuels, évalué chaque fin d'année par l'ARS au vu notamment d'un rapport d'étape transmis par l'établissement, le directeur de l'agence régionale de santé garantit à celui-ci le remboursement intégral l'année suivante de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie pour les spécialités pharmaceutiques et les dispositifs médicaux facturables en sus des prestations d'hospitalisation. En revanche, en cas de non-respect par l'établissement de santé des engagements souscrits, l'ARS peut retenir pour l'année suivante un taux de remboursement des médicaments et dispositifs médicaux facturables en sus des prestations d'hospitalisation inférieur à 100 % (un taux minimum de remboursement est fixé à 70%, il s'applique aux établissements qui n'ont pas signé de contrat).

L'ARS s'appuie notamment sur l'expertise de l'Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT) qui est constitué auprès d'elle pour apprécier le respect des engagements des établissements. L'OMEDIT regroupe notamment des représentants des commissions du médicament et des dispositifs médicaux stériles des établissements de santé de la région ayant conclu un contrat de bon usage. Il assure un suivi et une analyse des pratiques de prescription observées au niveau régional. Il organise, sur la base de ces travaux, des échanges réguliers sur les pratiques relatives à l'usage des médicaments et des produits et prestations. A ce jour, toutes les régions disposent d'un OMEDIT.

Seuls les établissements ayant des activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), d'hospitalisation à domicile (HAD) et de dialyse sont signataires du contrat de bon usage. La signature de ce contrat n'est pas obligatoire, néanmoins, en cas de non signature le taux de remboursement des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7, c'est-à-dire inscrits sur la « liste en sus », est fixé, après mise en demeure de l'établissement, à 70 % de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Résultats : sur 25 ARS interrogées, 25 réponses ont été réceptionnées en 2009. Les établissements de santé de Guyane ne sont pas concernés par le contrat de bon usage. Sur les 25 ARS concernées, 1373 établissements de santé ont signé un contrat de bon usage avec leur ARS. La répartition par catégorie d'établissement des contrats de bon usage signés est la suivante :

Catégorie d'établissement de santé	2007	2008	2009	Objectif
Etablissement ex-DG (hors HAD et dialyse)	625	628	621	Augmentation
Etablissement ex-OQN (hors HAD et dialyse)	623	575	572	
Structure HAD	56	57	85	
Structure de dialyse	81	89	95	
Total	1385	1349	1373	

Sur les 1373 établissements de santé signataires d'un contrat de bon usage (CBU) en 2009, 1281 établissements de santé ont bénéficié d'un remboursement intégral de la prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie pour les spécialités pharmaceutiques et les produits et prestations mentionnés à l'article L.162-22-7, soit 93 % des établissements de santé ayant signé un CBU avec les ARH.

Les taux de remboursement arrêtés par les directeurs d'ARS sont variables d'une région à l'autre. En effet, chaque ARS a sa propre méthode de cotation (*scoring*) pour évaluer la réalisation des objectifs fixés dans le cadre des contrats de bon usage. Le taux a été réduit pour toutes les spécialités pharmaceutiques et tous les produits et prestations inscrits sur la liste visée à l'article L.162-22-7. En 2009, aucune ARS n'a appliqué de taux différencié pour certaines spécialités et /ou certains produits et prestations conformément à l'article D.162-15 du décret du 24 août 2005. En 2008, seulement une ARS avait appliqué un taux différencié, le montant de cette perte financière s'élevait à 295 €.

Nombre d'établissements dont le taux de remboursement a été réduit

Taux de remboursement	2007	2008	2009	Objectif
> 99 %	29	25	34	0
90 % - 98,90 %	45	45	52	
70 % - 86 %	5	4	6	

Source : DGOS, Enquête menée auprès des OMEDIT.

Au total, la réduction du taux de remboursement de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie pour les spécialités pharmaceutiques et les produits et prestations mentionnés à l'article L.162-22-7, pour l'ensemble des établissements sanctionnés représente une perte financière de 2 191 872 € en 2009. En 2008 cette perte représentait 1 296 000 € contre 1 789 000 € en 2007.

Construction de l'indicateur : l'indicateur est défini comme le nombre d'établissements dont le taux de remboursement des produits (médicaments et dispositifs médicaux implantables) de la liste en sus est inférieur à 100%, selon différentes classes de pénalités.

L'indicateur est renseigné à partir d'une enquête annuelle, réalisée par la DGOS, auprès des observatoires des médicaments et des dispositifs médicaux implantables (OMEDIT).