

**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 par les directeurs des Agences Régionales de Santé (ARS) dans le cadre des contrats de bon usage des médicaments et des produits et prestations.

*Précisions sur le dispositif* : depuis le 1er 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 et 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'ARS 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%, s'appliquant 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), 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. 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 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.

**Réalisation de l'indicateur** : le nombre de contrats signés par catégorie d'établissements est indiqué dans le tableau suivant :

Catégorie d'établissement de santé	2007	2008	2009	2010	Objectif
Etablissement ex-DG (hors HAD et dialyse)	625	628	621	579	<b>Augmentation</b>
Etablissement ex-OQN (hors HAD et dialyse)	623	575	572	592	
Structure HAD	56	57	85	69	
Structure de dialyse	81	89	95	89	
<b>Total</b>	<b>1385</b>	<b>1349</b>	<b>1373</b>	<b>1329</b>	

Source : DGOS, Source : DGOS, Enquête menée auprès des OMEDIT.

Les établissements de santé de Guyane n'étant pas concernés par le contrat de bon usage, 25 ARS ont été interrogées. Sur ces 25 ARS concernées, 1329 établissements de santé ont signé un contrat de bon usage avec leur ARS. Parmi ces établissements, 1235 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 ARS. La baisse du nombre de contrats entre 2009 et 2010 est liée à la fermeture, fusion ou restructuration d'établissements et aux établissements qui n'ont pas souhaité renouveler le CBU.

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 2010, seule une ARS a appliqué un taux différencié pour certaines spécialités et / ou certains produits et prestations, conformément à l'article D.162-15 du décret du 24 août 2005. Le montant de cette perte financière s'est élevé à 295 €.

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

Taux de remboursement/ année	2007	2008	2009	2010	Objectif
> 99 %	29	25	34	32	<b>0</b>
90 % - 98,90 %	45	45	52	51	
70 % - 86 %	5	4	6	11	

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 2 811 398 € en 2010 contre 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 divers clauses de pénalités. Il est renseigné à partir d'une enquête annuelle réalisée par la DGOS, auprès des observatoires des médicaments et des dispositifs médicaux implantables (OMEDIT).