

Indicateur n°4-5 : Suivi de l'évolution des dépenses des médicaments et des produits et prestations financés en sus des groupes homogènes de séjours (GHS)

Finalité : Les dépenses d'assurance maladie au titre des produits de santé - spécialités pharmaceutiques, produits et prestations - financés en sus des prestations d'hospitalisation, (principalement des anti-cancéreux), représentent 4,1 milliards d'euros en 2012. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a instauré un dispositif de maîtrise médicalisée de ces dépenses, du fait de leur croissance soutenue, 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.

Précisions sur la tarification des produits de santé facturés en sus des GHS :

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 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 des coûts de certaines prises en charge 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. Cette liste est principalement composée de médicaments anticancéreux et de dispositifs médicaux implantables de cardiologie et d'orthopédie. La liste en sus est la même pour les établissements des secteurs public et 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'efficacité des soins fondées sur des référentiels médicaux. Dans ce cadre, l'État arrête, depuis 2009, un taux prévisionnel d'évolution des dépenses d'assurance maladie des listes en sus. Depuis 2012, les objectifs sont définis pour les médicaments d'une part, et les dispositifs médicaux d'autre part.

L'objectif de cet 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, et de mesurer l'impact des actions locales visant à maîtriser les dépenses des produits de santé des listes en sus.

Les cibles sont fixées en fonction d'un tendancier prenant en compte l'évolution naturelle des dépenses de produits de santé de la liste en sus (nouveaux patients, nouveaux diagnostics... etc.), de l'arrivée sur le marché français de nouvelles AMM, ainsi que la réintégration de produits dans les tarifs de GHS.

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

	2008	2009	2010	2011	2012	Objectif 2013
Secteur public (ex-DG)	13,0%	9,0%	4,6%	-0,2%	+3,5 %	-
<i>dont médicaments</i>	16,9%	7,8%	5,1%	2,1%	+2,4 %	-
<i>dont DMI</i>	3,4%	12,3%	3,2%	-6,3%	+6,9%	
Secteur privé	8,2%	-1,3%	-0,5%	-4,4%	-2,3%	
<i>dont médicaments</i>	12,5%	-1,3%	-1,8%	-8,7%	-9,5%	
<i>dont DMI</i>	4,6%	-1,3%	0,7%	-0,8%	+3,4%	
TOTAL	11,1%	5,1%	2,8%	-1,6%	+1,6% Med : -0,3% DMi : +5,1%	
Objectif	-	10%	8%	3%	Méd : 2% DMi : 1,5 %	Méd : 2% DMi : 2.5%

Source : DGOS, ATIH. Champ : tous régimes, France entière

L'année 2009 a marqué une inflexion notable dans les dépenses de la liste en sus, liée en particulier à une baisse importante dans le secteur privé. Cette inflexion s'est poursuivie en 2010 et s'est étendue au secteur public. Les objectifs fixés ont été tenus grâce notamment à la mise en place d'un plan d'action visant à réguler la dépense (actions sur le périmètre, sur les tarifs de responsabilité et mise à la disposition des ARS de leviers pour réguler la dépense). Le fort ralentissement observé en 2010 et qui s'est poursuivi en 2011 avec une baisse des dépenses résulte principalement de la réintégration dans les tarifs de GHS de certaines molécules anticancéreuses (antineoplasiques) opérée lors des campagnes tarifaire de mars 2010 et de mars 2011. Ces radiations de la liste en sus ont été essentiellement motivées par des baisses de prix importantes consécutives à la « générique » de ces médicaments. La poursuite de cette politique de réintégration a eu moins d'effets sur la dépense en 2012, néanmoins les premières estimations pour 2012 restent cohérentes avec les objectifs fixés. En ce qui concerne les DMI, la diminution des dépenses en 2011 résulte notamment de la réintégration dans les tarifs des GHS des défibrillateurs cardiaques.

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). Les données sont issues du PMSI et traitées par l'ATIH.