

PROTECTION SOCIALE

ASSURANCE MALADIE, MATERNITÉ, DÉCÈS

MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DU BUDGET,
DES COMPTES PUBLICS
ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE

Direction de la sécurité sociale

Sous-direction du financement du système de soins

Bureau des produits de santé

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction du pilotage de la performance des offreurs de soins

Bureau qualité et sécurité des soins

Circulaire DSS/1C/DGOS/PF2 n° 2011-448 du 1^{er} décembre 2011 relative à la mise en œuvre du dispositif de régulation des dépenses des produits de santé des listes en sus/actions locales à conduire en 2011 et 2012

NOR : ETSS1132740C

Validée par le CNP le 4 novembre 2011. – Visa CNP 2011-279.

Date d'application : immédiate.

Catégorie : mesures d'organisation des services retenues par le ministre pour la mise en œuvre des dispositions dont il s'agit.

Résumé : la présente circulaire a pour objet de présenter les modalités d'application du dispositif de régulation des produits de santé – spécialités, produits et prestations – financés en sus des prestations d'hospitalisation et précisé à l'article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale ; elle reprend en substance les principes méthodologiques déjà énoncés en 2010. Les actions locales à conduire pour les années 2011 et 2012 s'intègrent au sein des dix priorités composant le plan de gestion du risque maladie des agences régionales de santé mises en œuvre depuis 2010.

Mots clés : régulation – produits de santé – liste en sus – article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale.

Références :

Circulaire DSS/DHOS n° 2009-180 du 16 juin 2009 relative aux actions locales à conduire pour la maîtrise des produits de santé des listes en sus ;

Circulaire DSS/1C/DGOS/PF2 n° 2010-389 du 12 novembre 2010 relative à la mise en œuvre des dispositions relatives à la maîtrise des produits de santé des listes en sus/actions locales à conduire en 2010 et 2011 (application du dispositif de régulation) ;

Instruction DSS/DGOS du 8 février 2011 relative à la diffusion du guide méthodologique relatif à la contractualisation en application du dispositif de régulation ;

Directive du 19 juillet 2010 aux agences régionales de santé relative aux priorités sur la gestion du risque en 2010.

Annexes :

- Annexe I. – Bilan chiffré des actions 2010-2011.
- Annexe II. – Liste des produits traceurs.
- Annexe III. – Nouvelles requêtes par l'outil SNATIH en matière de médicaments et de DMI.
- Annexe IV. – Échéancier des actions locales : conclusion des plans d'actions.
- Annexe V. – Tableaux de suivi des actions locales.
- Annexe V bis. – Aide au remplissage des feuilles de calcul.
- Annexe V ter. – Évaluation du plan d'actions.

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé à Mesdames et Messieurs les préfets de région, Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé, Mesdames et messieurs les coordinateurs d'OMEDIT, Monsieur le directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), Monsieur le directeur général du régime social des indépendants (RSI) et Monsieur le directeur général de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA).

INTRODUCTION

La présente circulaire détermine les dispositions à mettre en œuvre par les ARS pour assurer la régulation des dépenses des produits de la liste en sus dans le cadre de la campagne 2011-2012, sur la base des dépenses réalisées en 2011. L'instruction DSS/1C/DGOS/PF2 n° 2010-389 du 12 novembre 2010 a fixé les principes et la méthodologie de la régulation ; il convient de s'y reporter, moyennant les évolutions décrites au point III.

I. – LA RÉGULATION DES DÉPENSES DE LA LISTE EN SUS DE MEURE UNE DES DIX PRIORITÉS DE GESTION DU RISQUE DES ARS

L'importance des montants concernés (4,1 Md€ en 2010, dont 2,6 Md€ au titre des médicaments et 1,5 Md€ au titre des dispositifs médicaux implantables) ainsi que leur dynamisme (taux de croissance par rapport à 2009 de 3 %, 3,2 % pour les médicaments et 2,6 % pour les DMI), malgré de nouvelles réintégrations de produits dans les tarifs des GHS, ont justifié le maintien de cette action au sein du programme de gestion du risque des agences régionales de santé. Pour 2011 et 2012, les ARS poursuivront donc leur mobilisation sur cette action.

L'analyse conduite par l'ATIH sur les sept premiers mois de l'année 2011 sur le secteur ex-DG montre qu'au plan national l'évolution des dépenses des listes en sus a été de + 2,9 %, soit un taux en ligne avec le taux national prévisionnel d'évolution fixé à 3 % pour 2011, avec cependant une forte hétérogénéité selon les régions (par exemple : - 2,1 % pour la région Bourgogne, + 19,5 % pour la région Champagne-Ardenne). Cette forte hétérogénéité justifie la poursuite d'actions locales dans le cadre de ce dispositif de régulation auprès des établissements dont le taux d'évolution de ces dépenses dépasse le taux national.

II. – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DU BILAN NATIONAL DES ACTIONS LOCALES POUR LA CAMPAGNE 2011 AU TITRE DES DÉPENSES 2010

L'engagement des ARS, qui s'est significativement intensifié sur ce programme en 2011, devra se poursuivre en 2012 en vue de conclure un nombre substantiel de plans d'actions.

Les principaux enseignements de cette campagne (cf. annexe I) sont retracés ci-après : 284 établissements ont été ciblés, conformément à l'objectif de cibler au moins 10 % des établissements, 136 établissements ont été contrôlés sur les 284 ciblés, 28 plans d'actions ont été conclus (ou sont en cours de négociation) dans huit régions. Dans certaines régions, les contrôles n'ont pas permis d'entrer dans une phase de contractualisation. D'autres régions ont considéré, malgré les anomalies constatées, que les contrôles conduits en 2011 étaient encore à visée pédagogique et n'ont donc pas conclu de plan d'actions. Cette approche ne doit plus prévaloir. D'autres régions encore n'ont pas mené de contrôle.

Pour la campagne à venir, il serait souhaitable d'intensifier les contrôles afin d'être en mesure, s'il y a lieu, de conclure un nombre substantiel de plans d'actions. À cet effet, les contrôles réalisés au titre des contrats de bon usage (CBU) peuvent servir de base au dispositif de la régulation. Une harmonisation des deux calendriers (CBU et régulation) est à l'étude pour la campagne à venir. Enfin, parmi les produits traceurs, les stents coronariens – qui n'ont fait l'objet que de très peu de contrôles – devront à l'avenir davantage être pris en compte dans les contrôles.

III. – LA RÉGULATION DES DÉPENSES DE SANTÉ DE LA LISTE EN SUS : ÉVOLUTIONS POUR 2011-2012

La régulation obéit aux principes fixés par l'article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale. Dès lors que l'ARS constate, pour l'établissement, un taux de croissance des dépenses des listes en sus supérieur à un taux national prévisionnel fixé annuellement – taux fixé à 3 % pour l'année 2011 (1) – et qu'elle estime que les prescriptions ne sont pas conformes aux référentiels des agences sanitaires, elle conclut un plan d'actions destiné à améliorer ces pratiques de prescription.

(1) Arrêté du 14 mars 2011, paru au JO du 17 mars 2011.

Comme les années précédentes, le dispositif s'appuie sur les trois séquences suivantes : ciblage des établissements de santé, contrôle sur site, conclusion, le cas échéant, d'un plan d'action. Pour conduire ce processus, la procédure proposée dans la circulaire DSS/1C/DGOS/PF2 n° 2010-389 du 12 novembre 2010 ainsi que dans le guide méthodologique diffusé par l'instruction DSS/DGOS du 8 février 2011 demeure applicable moyennant quelques adaptations, rapportées ci-après.

a) Les produits traceurs

La liste des produits traceurs diffère par rapport à celle proposée pour 2010 pour les médicaments (cf. annexe II). Sont ajoutés les immunoglobulines et les médicaments des rhumatismes inflammatoires, compte tenu de l'importance des montants concernés (données 2010 : 253 M€ pour les immunoglobulines, soit + 9,15 % par rapport à 2009, 247,5 M€ pour les médicaments de la polyarthrite rhumatoïde, soit + 24,3 % par rapport à 2009 [données Gers]).

Ces produits traceurs sont prioritaires, mais ne sont pas exhaustifs. Des contrôles sur d'autres spécialités peuvent être conduits en fonction des enjeux locaux.

b) Le ciblage et les contrôles

Le ciblage des établissements pourra s'appuyer sur de nouvelles requêtes élaborées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) (cf. annexe III). Un suivi infra-annuel à caractère préventif est vivement conseillé, de sorte à pouvoir anticiper le dialogue avec les établissements susceptibles de faire l'objet d'un plan d'actions. Comme les années précédentes, il est recommandé de cibler 10 % d'établissements, représentant au moins 20 % des dépenses (médicaments et DMI).

Concernant plus particulièrement les contrôles conduits auprès des établissements de santé, les précisions suivantes sont apportées :

- les contrôles doivent porter sur au moins 80 % des établissements de santé ciblés ; l'assurance maladie prêtera son concours aux actions de contrôle menées par les médecins de l'ARS dans les établissements ciblés, là où cela s'avérera nécessaire ;
- les résultats de contrôles ayant porté sur la thématique de la conformité des prescriptions des produits de santé des listes en sus aux référentiels de bon usage qui auraient été effectués en novembre 2011 (contrôle des contrats de bon usage) peuvent servir de base pour le dispositif de la régulation.

IV. – CALENDRIER ET PERSPECTIVES 2011-2012

a) Pilotage national et échanges interrégionaux

Le suivi national et local de cette action s'insère dans le dispositif conçu pour les dix priorités de gestion du risque maladie des ARS.

Des améliorations seront apportées début 2012 au guide méthodologique établi en 2011 et transmises par voie électronique : adaptation de la grille de contrôle à certains produits ciblés, plan d'action type, outils d'évaluation du plan d'action, exemple d'initiatives régionales.

b) Calendrier (voir annexe IV)

Compte tenu du retour d'expérience de la campagne 2010-2011, le calendrier des actions locales à conduire est légèrement modifié.

Un premier ciblage des établissements de santé est demandé au 31 décembre (non plus fin novembre), pour disposer d'un recul suffisant en termes de taux de croissance des listes en sus (remontée au ministère le 31 janvier 2012).

Les contrôles des établissements ciblés, au-delà de ceux relatifs aux contrats de bon usage, se dérouleront jusqu'à la fin du mois d'avril 2012 (compte tenu de la disponibilité fin mars d'informations consolidées sur les dépenses des listes en sus pour l'année 2011), et les plans d'actions seront négociés en vue d'une conclusion au plus tard le 30 juin 2012.

Une synthèse globale sera adressée au ministère pour le 15 juillet 2012. Elle intégrera, le cas échéant, des éléments relatifs à l'évaluation des plans d'actions conclus en 2011.

Les éléments de synthèse régionale demandés pour le 15 janvier 2012 et le 15 juillet 2012 seront adressés, par messagerie, à nos collaborateurs (Paule Kujas : Paule.KUJAS@sante.gouv.fr), Frédéric Simantov : Frederic.SIMANTOV@sante.gouv.fr), selon le modèle figurant en annexe V.

Pour les ministres et par délégation :

Le directeur de la sécurité sociale,
D. LIBAULT

*Le chef de service, adjoint
à la directrice générale de l'offre de soins,*
F. FAUCON

ANNEXE I

BILAN CHIFFRÉ DES ACTIONS 2010-2011

Actions locales pour la maîtrise des produits de santé des listes en sus : résultats 2010

RÉGION	NOMBRE d'établissements de la région	NOMBRE d'établissements ciblés (retour DSS/DGOS, juin 2011, et à défaut données communiquées SG sept. 2011)	EN %	NOMBRE d'établissements contrôlés (retour DSS/DGOS, juin 2011, et à défaut données communiquées SG sept. 2011)	NOMBRE d'établissements contrôlés/nombre d'établissements ciblés (en %)	NOMBRE de dossiers patients contrôlés	NOMBRE de récup. d'indus	NOMBRE de plans d'actions conclus ou en cours de négociation (données communiquées SG sept. 2011)
Alsace	34	4	11,8	4	100	193	0	0
Aquitaine	82	19	23,2	10	53	150	0	4
Auvergne	29	29	100,0	3	10	NC	0	0
Basse-Normandie	37	8	21,6	6	75	204	0	0
Bourgogne	40	6	15,0	2	33	0	0	0
Bretagne	54	21	38,9	6	29	76	0	0
Centre	58	12	20,7	6	50	90	0	1
Champagne-Ardenne	33	7	21,2	3	43	NC	0	0
Corse	12	2	16,7	2	100	NC	0	1
Franche-Comté	21	2	9,5	1	50	0	0	0
Guadeloupe	10	2	20,0	2	100	0	0	0
Haute-Normandie	39	10	25,6	2	20	64	0	0
Île-de-France	217	32	14,7	22	69	487	0	6
Languedoc-Roussillon	57	16	28,1	3	19	102	0	1
Limousin	19	2	10,5	2	100	0	0	0
Lorraine	55	13	23,6	7	54	151	0	0
Martinique	10	4	40,0	1	25	0	0	0

RÉGION	NOMBRE d'établissements de la région	NOMBRE d'établissements ciblés (retour DSS/DGOS, et à défaut données communiquées SG sept. 2011)	EN %	NOMBRE d'établissements contrôlés (retour DSS/DGOS, à défaut données communiquées SG sept. 2011)	NOMBRE d'établissements contrôlés/nombre d'établissements ciblés (en %)	NOMBRE de dossiers patients contrôlés	NOMBRE de récup. d'indus	NOMBRE de plans d'actions conclus ou en cours de négociation (données communiquées SG sept. 2011)
Midi-Pyrénées	62	8	12,9	6	75	693	0	0
Nord - Pas-de-Calais	84	21	25,0	9	43	748	0	0
Pays de la Loire	56	6	10,7	6	100	NC	0	5
Picardie	46	5	10,9	5	100	NC	0	0
Poitou-Charentes	34	4	11,8	3	75	79	0	0
Provence-Alpes-Côte d'Azur	130	32	24,6	8	25	218	0	8
La Réunion	20	4	20,0	2	50	5	0	0
Rhône-Alpes	119	15	12,6	15	100	221	0	2
Total	1 358	284	20,9	136	48	3 481	0	28

ANNEXE II

LISTE DES PRODUITS TRACEURS

Pour les médicaments

Alimta.
Herceptin.
Mabthera (dans les seules indications de cancérologie).
Erbitux.
Vectibix.
Anti-TNF alpha (Remicade, Enbrel, Humira) Roactemra, Mabthera, Orencia : médicaments des rhumatismes inflammatoires.
Immunoglobulines (1) intraveineuses (Kiovig, Gammagard, Sandoglobuline, Privigen, Tegeline, Clairyg, Octagam, Flebogammadif).
Pourront s'y ajouter, notamment en fonction des enjeux régionaux, les spécialités suivantes :
Avastin.
Tysabri.
Cancidas.
Taxotere.

Par ailleurs, pour les nouveaux médicaments traceurs (anti-TNF alpha et Ig), l'objectif attendu n'est nullement de suivre l'exhaustivité des molécules listées pour ces deux classes, mais bien de veiller au respect de leur bon usage par le suivi d'une, ou des molécule(s) qui enregistre(nt) les plus fortes évolutions en volume de prescription et de dépenses dans au moins une discipline médicale donnée (exemple : pour les Ig, le choix pourrait utilement se porter sur les produits Kiovig et Privigen en neurologie).

Pour les dispositifs médicaux

Stents coronaires (endoprothèses coronaires enrobées ou non de produits avec ou sans action pharmacologique).

(1) S'agissant plus particulièrement des immunoglobulines, il s'agira de veiller, d'une part, à la bonne application des référentiels de bon usage les concernant et, d'autre part, à la proposition de priorisation en cas de tension sur le marché des indications des immunoglobulines humaines intraveineuses telle que posée par l'instruction commune AFSSAPS/DGS du 12 mai 2011, disponible sur le site internet de l'AFSSAPS.

ANNEXE III

NOUVELLES REQUÊTES PAR L'OUTIL SNATIH EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS ET DE DMI **Médicaments et dispositifs de la liste en sus : analyse des consommations hospitalières**

Présentation des tableaux de bord SNATIH
19 septembre 2011

TABLE DES MATIÈRES

1. Méthode

- 1.1. *Bases de données exploitées*
- 1.2. *Axes d'analyse*
- 1.3. *Indicateurs étudiés*

2. Résultats

- 2.1. *Tableaux de bord nationaux*
 - 2.1.1. Évolution des montants
 - 2.1.2. Principaux établissements par classes de montants
 - 2.1.3. Analyse des évolutions et montants par ATC et groupes de DM
 - 2.1.4. Palmarès des codes UCD/code LPP
 - 2.1.5. Dispersion du taux d'évolution
- 2.2. *Molécules onéreuses*
 - 2.2.1. Palmarès des spécialités/DCI par région
 - 2.2.2. Analyse des évolutions de consommation par médicaments/DCI par région
 - 2.2.3. Analyse du *case mix* de prescription des médicaments en sus/par DCI
 - 2.2.4. Analyse des DP/DR des prescriptions par médicaments/DCI en sus par région
- 2.3. *Dispositifs médicaux*
 - 2.3.1. Palmarès des groupes de LPP par région
 - 2.3.2. Analyse des évolutions de consommation des DMI en sus par région

La régulation des dépenses hospitalières liées aux médicaments et dispositifs médicaux de la liste en sus constitue aujourd'hui un enjeu fort : ce poste de dépenses connaît en effet, depuis plusieurs années, une progression significative. Dans ce cadre, plusieurs leviers de régulation ont été mis en œuvre, tels que l'élaboration de contrats de bon usage entre les établissements de santé et les tutelles. Des contrôles ont ainsi été mis en place, dont l'objectif est de vérifier que les recommandations de bon usage sont correctement suivies par les établissements.

Dans ce cadre, l'ATIH a élaboré des tableaux de bord portant sur les consommations hospitalières des médicaments et dispositifs médicaux de la liste en sus. L'objectif poursuivi est la constitution d'une base de connaissances susceptible d'éclairer les professionnels impliqués dans la démarche de régulation des consommations hospitalières considérées. Ces tableaux de bord constituent notamment une aide potentielle pour procéder au ciblage des établissements dans le cadre des procédures de contrôle ; ils permettent en effet d'identifier les établissements dont les consommations sont « atypiques » par rapport à celles qui sont observées au niveau national ou régional. Les analyses portent sur l'ensemble des établissements qui relèvent du champ MCO (services de santé des armées et hôpitaux locaux inclus), exclusion faite de l'hospitalisation à domicile.

L'objet de cette note est de présenter, sous une forme synthétique, les différents tableaux de bord proposés. Ces tableaux sont accessibles sur la plateforme de l'ATIH *via* SNATIH (système national d'information sur l'hospitalisation). L'accès est sécurisé par mot de passe.

1. Méthode

1.1. *Bases de données exploitées*

Les séjours hospitaliers sont caractérisés sur la base des données renseignées dans les résumés PMSI MCO produits par les établissements ex-DG et ex-OQN.

Les consommations de médicaments et dispositifs médicaux de la liste en sus sont étudiées à partir des données renseignées dans :

- le fichier FICHCOMP produit par les établissements ex-DG ;
- les résumés standardisés de facturation produits par les établissements ex-OQN (RSF-B et/ou RSF-H).

Pour le secteur ex-DG, seules les consommations associées à un séjour valorisé sont prises en compte (séjour non groupé en erreur et informations de prise en charge par l'assurance maladie correctement transmises).

Les modifications qui sont apportées *a posteriori* par les établissements dans le cadre de la procédure LAMDA ne sont pas prises en compte.

Dans le secteur ex-OQN, seuls sont pris en compte les RSFA correctement constitués. Les établissements de dialyse ne sont pas intégrés dans les traitements.

Les analyses relatives aux consommations médicamenteuses portent sur les données relatives aux années 2008, 2009, 2010 pour les établissements ex-DG ; 2010 pour les établissements ex-OQN.

Les données relatives aux premières années étaient incomplètes dans les deux secteurs.

Les analyses relatives aux consommations de dispositifs médicaux portent sur les données 2009 et 2010 pour l'ensemble des établissements.

1.2. Axes d'analyse

Les produits dont la consommation est étudiée sont décrits comme suit.

Pour les médicaments, les nomenclatures utilisées sont les suivantes :

- les codes UCD édités par le Club interpharmaceutique ; cette codification des médicaments par unités communes de dispensation est largement utilisée à l'hôpital ;
- la classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) ; elle correspond à des regroupements de médicaments prenant en compte l'organe sur lequel les substances considérées agissent ainsi que leurs propriétés chimiques, pharmacologiques et thérapeutiques (http://www.whocc.no/atc/structure_and_principles/) ;
- la dénomination commune internationale ; elle représente le nom international de la substance active d'un médicament.

Pour les dispositifs médicaux, les nomenclatures utilisées sont les suivantes :

- la liste des produits et prestations remboursés par l'assurance maladie (codes LPP) ;
- un regroupement des DM par libellé issu d'un travail exploratoire mené par l'ATIH ; les résultats de ce travail sont détaillés dans un document disponible sur le site internet de l'agence (<http://www.atih.sante.fr/index.php?id=000100002AFF>).

Le périmètre géographique d'analyse est à géométrie variable : territoire national, région, établissement.

Les établissements sont identifiés par entité ou regroupés en fonction :

- de leur secteur d'activité, public ou privé (ex-DG, ex-OQN) ;
- de leur statut juridique (CHR, CLCC, publics autres, privés) ;
- de leur niveau de consommation de DM et/ou de médicaments (liste en sus).

La nature de l'activité médicale est appréciée par les diagnostics codés dans les résumés PMSI et par le résultat du groupage de ces résumés (exprimé en GHS).

Différents référentiels temporels sont proposés : années calendaires ou trimestres cumulés (janvier-mars, janvier-juin...).

1.3. Indicateurs étudiés

Les consommations en médicaments et dispositifs médicaux de la liste en sus sont analysées :

- en montant financier (sont pris en compte les prix d'achat ainsi que l'écart médicament/sur TIPS indemnisable lorsqu'il existe) ;
- en nombre d'unités consommées.

Les appréciations, statiques, des consommations constatées sur une période déterminée sont complétées par des analyses d'évolutions temporelles.

L'appréciation de ces taux d'évolution nécessite des traitements spécifiques afin de prendre en compte les évolutions qui interviennent chaque année sur le périmètre de la liste en sus (nouvelles inscriptions et radiations). Les données d'évolution de SNATIH sont réalisées à périmètre constant.

2. Résultats

Les tableaux de bord proposés dans SNATIH sont détaillés ci-dessous. Pour chacun d'entre eux, il est reproduit des copies d'écran qui illustrent les éditions susceptibles d'être visualisées lors de l'utilisation de SNATIH.

2.1. Tableaux de bord nationaux

Les évolutions :

- lorsqu'elles sont présentées par établissements sont réalisées à établissement constant (pas d'évolution pour des établissements présents une seule année) ;
- lorsqu'elles sont présentées par UCD sont réalisées à UCD constante (pas d'évolution lorsqu'une UCD n'est présente qu'une seule année).

Certaines sections du tableau de bord présentent deux niveaux d'analyse, dans deux tableaux séparés. En effet, les établissements OQN fournissent deux niveaux d'informations. Un niveau agrégé par prestation (PH8 présent dans les résumés de facturation de type B) et un niveau détail par UCD (présent dans les résumés de facturation de type H). Les résultats n'étant pas toujours concordants, le choix a été fait de présenter les deux niveaux.

Afin de permettre une analyse plus pertinente des données, les établissements ont été répartis en quatre classes égales, en fonction du montant des DMI et molécules onéreuses, pour certaines sections du tableau de bord :

Pour le secteur ex-DG, les classes sont les suivantes :

- moins de 70 000 € ;
- de 70 000 € à 300 000 € ;
- de 300 000 € à 1 000 000 € ;
- supérieur à 1 000 000 €.

Pour le secteur ex-OQN, les classes sont les suivantes :

- moins de 90 000 € ;
- de 90 000 € à 300 000 € ;
- de 300 000 € à 750 000 € ;
- supérieur à 750 000 €.

2.1.1. Évolution des montants

Ce tableau de bord détaille les évolutions annuelles de consommation de médicaments et de DM de la liste en sus :

- par type d'établissement au niveau national ;
- tous établissements confondus au niveau régional.

Il permet de connaître l'évolution annuelle de la consommation des produits inscrits sur la liste en sus. Les taux d'évolution constatés au niveau de chaque région peuvent être comparés aux taux d'évolution nationaux.

Ici, les deux niveaux d'analyse RSF-B (prestation PH8) et RSF-H (UCD) sont présentés.

Evolution des montants - niveau national Montants médicaments issus du RSF-H (codes UCD) Année 2010 - Période m12						
Categorie	Montant total MED et DMI	Evolution 2010/2009 MED et DMI (%)	Montant DMI	Evolution 2010/2009 DMI (%)	Montant MED	Evolution 2010/2009 MED (%)
Total DGF OQH	4 161 229 322,44	6,79	1 483 401 324,36	1,02	2 677 827 998,08	10,28
Total DGF	2 678 384 547,89	4,40	731 134 919,78	3,37	1 947 249 628,11	4,79
CHR	1 262 808 506,92	5,00	369 612 027,72	0,69	893 196 479,20	6,90
CLCC	226 141 191,59	-4,54	2 648 038,39	2,71	223 493 153,20	-4,62
Autres DGF	1 189 434 849,38	5,64	358 874 853,67	6,29	830 559 995,71	5,36
OQH	1 482 844 774,55	11,40	752 266 404,58	-1,17	730 578 369,97	28,17

Evolution des montants - niveau national Montants médicaments issus du RSF-B (PH8) Année 2010 - Période m12						
Categorie	Montant total MED et DMI	Evolution 2010/2009 MED et DMI (%)	Montant DMI	Evolution 2010/2009 DMI (%)	Montant MED	Evolution 2010/2009 MED (%)
Total DGF OQH	4 025 373 990,06	3,30	1 483 401 324,36	1,02	2 541 972 665,70	4,67
Total DGF	2 678 384 547,89	4,40	731 134 919,78	3,37	1 947 249 628,11	4,79
CHR	1 262 808 506,92	5,00	369 612 027,72	0,69	893 196 479,20	6,90
CLCC	226 141 191,59	-4,54	2 648 038,39	2,71	223 493 153,20	-4,62
Autres DGF	1 189 434 849,38	5,64	358 874 853,67	6,29	830 559 995,71	5,36
OQH	1 346 989 442,17	1,17	752 266 404,58	-1,17	594 723 037,59	4,29

2.1.2. Principaux établissements par classes de montants

Ce tableau est paramétrable. Il convient donc de sélectionner tout d'abord :
 – le nombre d'établissements sur lesquels on souhaite faire porter l'analyse ;
 – l'année et la période (mois 3, 6, 9 ou 12) retenues.

Sur cette base, les établissements qui présentent les plus fortes dépenses et les plus fortes évolutions en médicaments et DM sont identifiés. Ce résultat est proposé pour différentes catégories d'établissements.

Ici, les deux niveaux d'analyse RSF-B (prestation PH8) et RSF-H (UCD) sont présentés. Les classes de montants sont celles définies ci-dessus.

Top 2 des établissements avec plus forte dépense MED et DMI Montants médicaments issus du RSF-H (codes UCD) Par classe d'établissements - Année 2010 - Période m12			
statut=DGF classe=MNT MED/DMI < 70 000 €			
Finess	Libellé	Montant MED et DMI	Evolution 2010/2009 (%)
380780171	CENTRE HOSPITALIER SAINT-MARCELLIN	66 496,85	235,34
120004619	CENTRE HOSPITALIER EMILE BOREL	65 403,56	-67,38
statut=DGF classe=MNT MED/DMI entre 70 000 et 300 000 €			
Finess	Libellé	Montant MED et DMI	Evolution 2010/2009 (%)
750150310	AURA CENTRE D'HEMODIALYSE	289 943,21	0,34
860780097	CENTRE HOSPITALIER DE MOITMORILLON	282 281,99	4,97
statut=DGF classe=MNT MED/DMI entre 300 000 et 1 000 000 €			
Finess	Libellé	Montant MED et DMI	Evolution 2010/2009 (%)
910813385	CH D'ETAMPES	993 029,67	-4,79
410000095	C. H. VEHDOME	989 525,75	-13,64
statut=DGF classe=MNT MED/DMI > 1 000 000 €			
Finess	Libellé	Montant MED et DMI	Evolution 2010/2009 (%)
750712184	AP-HP	297 834 796,75	0,58
690781810	HOSPICES CIVILS DE LYON	74 820 494,11	3,71

2.1.3. Analyse des évolutions et montants par ATC et groupes de DM

Ce tableau de bord permet une analyse globale, synthétique, des évolutions constatées par groupes de médicaments et groupes de DM. Les résultats relatifs aux établissements ex-DG sont distingués de ceux des établissements ex-OQN.

Evolution des montants et volume par famille de médicaments - DGF
Année 2010 - Période m12

ATC	Libellé	Montant	Evolution montant 2010/2009 (%)	Effectif	Evolution effectif 2010/2009 (%)
A10	Médicaments du diabète	1 931 365,08	-10,74	3 783	-10,74
A16	Autres médicaments des voies digestives et du métabolisme	75 246 778,37	-7,09	51 896	0,90
B01	Antithrombotiques	14 372 485,88	-12,24	48 624	-1,14
B02	Antihémorragiques	113 914 188,01	17,14	169 934	12,07
B03	Antianémifiants	44 010 487,84	-7,79	681 737	-16,69
B06	Autres médicaments utilisés en hématologie	524 044,10	-7,33	987	-7,58
C01	Médicaments en cardiologie	66 641,70	459,14	39	457,14
H01	Hormones hypophysaires, hypothalamiques et analogues	173 389,75	32,08	431	31,40
J02	Antimycosiques à usage systémique	82 396 894,10	14,43	319 734	18,65
J06	immusérums et immunoglobulines	184 930 420,93	8,16	447 597	4,41

Evolution des montants et volume par famille de DM - OQN
Année 2010 - Période m12

Libellé	Montant	Evolution montant 2010/2009 (%)	Effectif	Evolution effectif 2010/2009 (%)
Défibrillateur cardiaque implantable	30 265 105,58	9,13	2 248	10,63
Greffons osseux	7 721 933,68	7,14	9 612	10,28
Greffons vasculaires	633 224,71	21,34	386	17,33
Implant d'embolisation artérielle (pour anévrismes, fistules artério-veineuses, tumeurs...)	344 682,43	2,27	2 195	6,40
Implant d'expansion cutanée gonflable	296 173,62	1,20	889	3,61
Implants articulaires de cheville	495 612,67	4,91	889	5,96
Implants articulaires de coude	561 672,04	4,78	1 085	7,32
Implants articulaires de doigt (mains et pieds)	1 416 856,99	53,02	3 462	62,92
Implants articulaires de genou	144 300 686,79	2,35	204 329	3,30
Implants articulaires de hanche	161 995 636,95	-0,78	448 360	-0,18
Implants articulaires de poignet	2 812 919,15	1,78	2 976	-0,83

2.1.4. Palmarès des codes UCD/code LPP

Ce tableau est paramétrable. Il convient donc de sélectionner tout d'abord :

- le nombre de médicaments ou de DM sur lesquels on souhaite faire porter l'analyse ;
- l'année et la période (mois 3, 6, 9 ou 12) retenues.

Sur cette base, on identifie alors les médicaments ou DM dont les consommations sont les plus fortes (en montant financier ou en évolution de dépenses). Ces résultats sont proposés pour le groupe des établissements ex-DG, d'une part, et des établissements ex-OQN, d'autre part. Ces restitutions permettent de déterminer les produits les plus consommés annuellement en France, selon les types d'établissement.

Top 4 des codes UCD en montant - DGF
Année 2010 - Période m12

Code UCD	Libellé	Montant	Evolution (%)
9261110	AVASTIN 25MG/ML PERF FL 16ML	200 978 089,63	14,78
9213737	REMICADE 100MG PERF FL	194 497 492,11	11,49
9197719	MABTHERA 500MG PERF FL50ML	162 787 544,64	8,14
9220097	HERCEPTIN 150MG INJ FL	143 746 439,84	10,29

Top 2 des codes UCD en montant - OQN
Année 2010 - Période m12

Code UCD	Libellé	Montant	Evolution (%)
9261110	AVASTIN 25MG/ML PERF FL 16ML	135 977 369,74	.
9220097	HERCEPTIN 150MG INJ FL	97 923 740,75	.

Pas de données par code UCD avant 2010 pour les ex-OQN

Top 2 des codes LPP en montant - DGF
Année 2010 - Période m12

Code LPP	Libellé	Montant	Evolution (%)
3489875	STIMULATEUR CARDIAQUE DOUBLE CHAMBRE, TYPE DDDR	35 510 684,52	6,70
3165517	HANCHE, TIGE STANDARD, COL INCLUS, DROITE, MODULAIRE NON CIMENTEE	26 412 524,58	10,64

2.1.5. Dispersion du taux d'évolution

Ce tableau de bord décrit les taux d'évolution des dépenses des médicaments et/ou des DM au niveau national. Ces résultats sont exprimés en taux moyens et en taux médians (lesquels sont beaucoup moins sensibles aux valeurs extrêmes, souvent non représentatives). Ils sont détaillés par secteur d'activité (ex-OQN et ex-DG) et par catégories d'établissement (établies sur la base de classes de niveau de consommation de médicaments et DM).

Ici, les deux niveaux d'analyse RSF-B (prestations PH8) et RSF-H (UCD) sont présentés. Les classes de montants sont celles définies ci-dessus.

Ces restitutions permettent d'identifier les catégories d'établissement qui présentent les évolutions plus marquées.

	Moyenne	Ecart type	1er quartile	Médiane	3ème quartile
MIT MED.DMI < 70 000 €	5,36	57,92	-33,79	2,38	40,15
MIT MED.DMI entre 70 000 et 300 000 €	74,07	220,38	-4,70	14,19	41,84
MIT MED.DMI entre 300 000 et 1 000 000 €	21,70	60,42	-3,48	10,04	31,08
MIT MED.DMI > 1 000 000 €	10,72	35,12	-3,88	5,34	17,35

2.2. Molécules onéreuses

2.2.1. Palmarès des spécialités/DCI par région

Ce tableau propose un classement des différentes molécules de la liste en sus fondé sur le montant, trié par ordre décroissant, des consommations constatées sur la base nationale pour chacune d'entre elles. Ce classement est également réalisé pour chaque région afin de permettre des comparaisons avec le référentiel national.

Ces restitutions sont proposées pour les années 2007 à 2010 pour les établissements ex-DG et à partir de 2010 pour les établissements ex-OQN.

Obs	libel	Base Nationale	Ile-de-France	Alsace	Lorraine	Haute-Normandie	Basse-Normandie	Bourgogne	Franche-Comté	Bretagne	Pays-de-la-Loire	Centre	Nord-Pas-de-Calais	Picardie
1	AVASTIN	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	3	2
2	REMICADE	2	2	2	1	1	2	5	2	4	5	1	1	1
3	MABTHERA	3	3	3	3	4	3	2	4	1	1	4	4	3
4	HERCEPTIN	4	4	4	5	3	4	3	5	3	3	3	5	7
5	TEGELINE	5	6	9	4	5	14	8	8	5	6	6	7	6
6	TAXOTERE	6	5	6	8	8	5	4	7	6	4	5	6	5
7	ALIMTA	7	7	8	6	6	6	6	9	7	7	7	8	8
8	ERBITUX	8	8	7	9	9	7	9	10	8	8	8	13	11
9	TYSABRI	9	13	5	7	11	9	10	3	15	10	10	2	4
10	VELCADE	10	12	12	10	10	12	7	13	9	12	11	11	12

2.2.2. Analyse des évolutions de consommation par médicaments/DCI par région

Il est proposé une analyse nationale ou régionale de la consommation des médicaments de la liste en sus exprimée en volume (nombre d'unités) et en montant financier. Ces consommations sont appréciées en valeurs absolues et en taux d'évolution. La répartition des consommations par médicaments peut être complétée par la répartition des consommations par établissements, au sein d'une région préalablement sélectionnée. Il est ainsi possible de déterminer les évolutions de dépenses de médicaments pour les établissements de santé d'une région déterminée.

Ces restitutions sont disponibles pour les années 2008 à 2010 pour les établissements ex-DG et à partir de 2010 pour les établissements ex-OQN. Pour une année donnée, il est possible de sélectionner tout ou partie de l'année considérée (mois 3, 6, 9 ou 12).

Evolution des consommations 2009/2010 des médicaments de la liste en sus
Région : Alsace
Période : M12

Obs	libel2	Nb UCD année n-1	Nb UCD année n	Evolution nb d'UCD	Montant UCD année n-1	Montant UCD année n	Evolution dépenses
1	AVASTIN	8 839,7	8 155,8	-7,7 %	10 153 871 €	9 666 922 €	-4,8 %
2	REMICADE	13 140,0	15 074,0	14,7 %	7 403 577 €	8 143 028 €	10,0 %
3	MABTHERA	8 451,5	7 931,9	-6,1 %	7 219 026 €	7 258 342 €	0,5 %
4	HERCEPTIN	10 342,3	10 508,1	1,6 %	6 293 012 €	6 399 606 €	1,7 %
5	TYSABRI	2 033,0	2 697,0	32,7 %	3 736 247 €	4 956 547 €	32,7 %
6	TAXOTERE	7 241,3	7 138,8	-1,4 %	4 484 685 €	4 507 016 €	0,5 %
7	ERBITUX	3 859,4	4 283,9	11,0 %	3 106 251 €	3 555 557 €	14,5 %
8	ALIMTA	2 269,1	2 485,0	9,5 %	2 539 475 €	2 744 814 €	8,1 %

Evolution des consommations 2009/2010 des médicaments de la liste en sus
Par établissements - Molécules présentes les 2 années
Région : Centre
Période : M12

Obs	N° Finess	rs	Nb UCD année n-1	Nb UCD année n	Evolution nb d'UCD	Montant UCD année n-1	Montant UCD année n	Evolution dépenses
1	370000481	C.H.U. DE TOURS	48 292,0	42 767,4	-11,4 %	18 066 734 €	17 980 382 €	-0,5 %
2	450000088	C.H.R. ORLEANS	30 694,3	34 619,5	12,8 %	13 771 675 €	15 852 168 €	15,1 %
3	360000053	C.H. DE CHATEAURoux	7 590,5	8 907,5	17,4 %	3 970 877 €	5 702 133 €	43,6 %
4	280504267	CH CHARTRES	10 309,0	8 386,0	-18,7 %	4 514 676 €	4 620 038 €	2,3 %
5	180000028	C. H. J. COEUR BOURGES	13 336,2	10 918,0	-18,1 %	4 524 007 €	4 134 823 €	-8,6 %
6	450000104	C.H. AGGLOMERATION MONTARGOISE	7 598,1	7 171,1	-5,6 %	3 236 387 €	3 876 336 €	19,8 %
7	410000087	C. H. DE BLOIS	7 965,0	6 466,0	-18,8 %	3 712 293 €	3 564 131 €	-4,0 %
8	280000183	C.H. "VICTOR JOUSSELIN"	4 227,0	4 531,0	7,2 %	2 286 228 €	2 625 663 €	23,6 %
9	370000606	C.H. CHINOIS	2 812,0	1 960,8	-30,3 %	763 193 €	873 454 €	14,4 %
10	410000095	C. H. VENDOME	2 280,7	1 173,7	-48,5 %	787 340 €	583 754 €	-25,9 %
11	180000051	C. H. VIERZON	1 720,8	999,0	-41,9 %	546 877 €	490 137 €	-10,4 %
12	410000103	C. H. ROMORANTIN LANTHENAY	881,0	837,0	-5,0 %	324 696 €	426 323 €	31,3 %
13	360000046	C.H. ISSOUDUN	1 371,0	993,0	-27,8 %	375 265 €	408 750 €	8,9 %
14	370000564	CHI AMBOISE- CHATEAU RENAULT	1 423,0	1 171,0	-17,7 %	411 125 €	383 241 €	-6,8 %
15	280500075	C.H. DE CHATEAUDUN	769,0	546,0	-29,0 %	258 796 €	186 105 €	-28,1 %
16	370000614	CH LOCHES (ENTITÉ JURIDIQUE)	760,0	501,0	-34,1 %	217 986 €	166 984 €	-23,4 %
17	280000589	C.H. DE NOGENT LE ROTROU	286,0	283,0	-1,0 %	139 467 €	136 636 €	-2,0 %
18	450000112	C.H. DE PITHIVIERS	213,0	283,0	32,9 %	113 915 €	136 216 €	19,6 %
19	180000069	C. H. ST AMAND MONTROND	258,0	170,0	-34,1 %	131 944 €	99 472 €	-24,6 %
20	450000096	C.H. "P. DEZARNAULD" DE GIEN	34,0	30,0	-11,8 %	9 833 €	10 671 €	8,5 %
21	360000079	C.H. LE BLANC	77,0	27,0	-64,9 %	24 672 €	8 725 €	-64,6 %
22	360000061	C. H. LA CHATRE	14,0	9,0	-35,7 %	2 507 €	4 038 €	61,0 %
			142 912,5	132 750,0		58 190 495 €	62 470 178 €	

2.2.3. Analyse du *case mix* de prescription des médicaments en sus/par DCI

Pour ce tableau, il convient dans un premier temps de sélectionner le médicament sur lequel l'analyse doit porter.

Sur cette base, les GHS pour lesquels on constate une consommation du médicament sélectionné sont identifiés ; ils sont présentés par ordre décroissant de montants de consommation. Au-delà de cette identification et de ce classement, ces GHS sont caractérisés sur la base d'autres informations :

- le nombre de séjours enregistrés dans chacun des GHS considérés ;
- le nombre de séjours enregistrés dans ces GHS et pour lesquels on constate la consommation du médicament sélectionné ;
- le nombre de séjours enregistrés dans ces GHS et pour lesquels on constate la consommation d'au moins un(e) autre médicament/DCI ;
- le montant en médicament ;
- le montant moyen du séjour hors médicament ;
- le montant moyen du séjour avec médicament ;
- le montant moyen en médicament.

Les évolutions annuelles du *case mix* (répartition par GHS) sont également analysées. Il est ainsi possible d'identifier d'éventuelles variations qui porteraient sur le recrutement des patients ou sur les pratiques de codage des résumés PMSI.

Rappel : Evolution des consommations 2009/2010 pour CAMPTO

Obs	libel	Nb année n-1	Nb année n	Evolution en nombre	Montant année n-1	Montant année n	Evolution en dépenses
1	CAMPTO	202 734,0	49 665,7	-75,5 %	51 300 795 €	11 232 098 €	-78,1 %
		202 734,0	49 665,7		51 300 795 €	11 232 098 €	

Case-Mix par pour : CAMPTO

Obs	GHS libelle	Nb de séjours	Nb de séjours avec CAMPTO	Nb de séjours avec au moins une autre DCI	Montant	Montant moyen séjour hors médicaments	Montant moyen séjour avec méd (au moins 1 euros de l')	Montant moyen
1	9606	1283976	79071	54913	7 350 016 €	389 €	394 €	93 €
2	2186	16102	50	32	6 006 224 €	913 €	898 €	120 124 €
3	6491	103196	2381	1214	661 458 €	896 €	897 €	278 €
4	6487	38032	604	259	122 028 €	2 501 €	2 495 €	202 €
5	6488	13081	248	87	58 834 €	3 113 €	3 963 €	237 €
6	7993	36187	87	36	19 299 €	8 786 €	13 953 €	222 €
7	7985	12719	318	285	18 154 €	511 €	492 €	57 €
8	6489	6971	65	26	13 170 €	5 312 €	4 980 €	203 €
9	1721	40527	47	26	12 811 €	766 €	746 €	273 €
10	295	4097	35	29	11 186 €	2 900 €	3 139 €	320 €

Evolution du Case-mix ann1/an pour CAMPTO

Obs	GHS libelle	Nb de séjours GHS année n	Nb de séjours avec année n	Nb de séjours avec année n-1	Evolution nb séjours avec	Montant année n	Montant année n-1	Evolution montant
1	9606	1283976	79071	110674	-28,6 %	7 350 016 €	41 312 995 €	-82,2 %
2	2186	16102	50	138	-63,8 %	6 006 224 €	47 276 €	12 604,7 %
3	6491	103196	2381	7931	-70,0 %	661 458 €	3 433 073 €	-80,7 %
4	6487	38032	604	1555	-61,2 %	122 028 €	706 867 €	-82,7 %
5	6488	13081	248	633	-60,8 %	58 834 €	266 589 €	-77,9 %
6	7993	36187	87	247	-64,8 %	19 299 €	130 132 €	-85,2 %
7	7985	12719	318	128	148,4 %	18 154 €	42 975 €	-57,8 %
8	6489	6971	65	218	-70,2 %	13 170 €	95 976 €	-86,3 %
9	1721	40527	47	93	-49,5 %	12 811 €	36 685 €	-65,1 %
10	295	4097	35	41	-14,6 %	11 186 €	17 372 €	-35,6 %

2.2.4. Analyse des DP/DR des prescriptions par médicaments/DCI en sus par région

Ces restitutions permettent d'identifier, pour une molécule donnée, les diagnostics (1) les plus fréquents et les diagnostics les moins fréquents. Ces résultats peuvent être détaillés par région.

Ces analyses peuvent être menées pour les années 2008 à 2010 pour les établissements ex-DG et à partir de 2010 pour les établissements ex-OQN. Pour une année donnée, il est possible de sélectionner tout ou partie de l'année considérée (mois 3, 6, 9 ou 12).

Ce tableau de bord permet donc de déterminer si un médicament est principalement utilisé dans les indications de l'AMM au vu des pathologies considérées.

Fréquence des diagnostics principaux/reliés fréquents dans la base nationale
Sélection des diagnostics représentant 80 pourcent de la base (en montant)
Région : Alsace - Période : M12
Molécule : INFLIXIMAB

Obs	Diagnostic	Nb de séjours Base Nat.	Nb d'UCD Base Nat.	Montant 2010 Base Nat.	% Base Nat.	Rang Région	Nb de séjours Région	Nb d'UCD Région	Montant 2010 Région	% Région.
1	K50 MAL. DE CROHN	10093	23522.85	12 820 964 €	58,9 %	1	620	881	475 677 €	67,5 %
		10093	23522.85	12 820 964 €	58,9 %		620	881	475 677 €	67,5 %

Fréquence des diagnostics principaux/reliés peu fréquent dans la base nationale
Sélection des diagnostics représentant 20 pourcent de la base (en montant)
Région : Alsace - Période : M12
Molécule : INFLIXIMAB

Obs	Diagnostic	Rang Base Nat.	Nb de séjours Base Nat.	Nb d'UCD Base Nat.	Montant 2010 Base Nat.	% Base Nat.	Rang Région	Nb de séjours Région	Nb d'UCD Région	Montant 2010 Région	% Région.
1	<u>K51 RECTO-COLITE HEMORR.</u>	2	3228	8840.5	4 769 783 €	21,9 %	2	218	318	172 229 €	24,4 %
2	<u>Z51 SOINS MED., NCA</u>	3	1138	3253.0	1 760 090 €	8,1 %	3	26	79	42 626 €	6,0 %
3	<u>K59 Tril. Fct. DE L. INTESTIN, NCA</u>	19	12	20.0	10 841 €	0,0 %	4	9	9	4 928 €	0,7 %
4	<u>K62 MAL. DE L. ANUS ET DU RECTUM, NCA</u>	12	27	46.0	24 585 €	0,1 %	5	4	7	3 751 €	0,5 %
5	<u>K52 GASTRO-ENTERITES ET COLITES NON INFECT., NCA</u>	11	26	63.0	34 276 €	0,2 %	6	1	6	3 285 €	0,5 %
6	<u>D50 ANEMIE PAR CARENCE EN FER</u>	10	34	97.0	52 865 €	0,2 %	7	1	4	2 190 €	0,3 %
			4465	12319.5	6 652 440 €	30,6 %		259	423	229 009 €	32,5 %

2.3. Dispositifs médicaux

2.3.1. Palmarès des groupes de LPP par région

Ce tableau propose un classement des différentes DM de la liste en sus fondé sur le montant, trié par ordre décroissant, des consommations constatées sur la base nationale pour chacune d'entre elles. Ce classement est également réalisé pour chaque région afin de permettre des comparaisons avec le référentiel national.

Ce tableau est disponible pour 2009 et 2010 pour les établissements ex-DG et ex-OQN.

Ordre de consommation des Groupes de LPP par région (France Nord)
Par montant en €
Données 2009

Obs	libelle	Base Nationale	Ile-de-France	Alsace	Lorraine	Haute-Normandie	Basse-Normandie	Bourgogne	Franche-Comté	Bretagne	Pays-de-la-Loire	Centre	Nord-Pas-de-Calais
1	Implants articulaires de hanche	1	3	3	3	1	1	1	2	1	1	1	1
2	Implants articulaires de genou	2	4	1	2	2	3	2	1	2	2	2	2
3	Implants vasculaires	3	2	2	1	3	2	4	3	3	3	3	3
4	Stimulateurs cardiaques	4	1	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4
5	Implants d'ostéosynthèse	5	7	5	6	5	9	7	6	5	7	6	5
6	Défibrillateur cardiaque implantable	6	5	.	.	.	.	.	.	.	6	5	.
7	Sondes de stimulation cardiaque implantable	7	6	7	5	6	7	8	8	13	9	7	6
8	Implants du rachis	8	11	6	7	8	5	6	5	8	8	16	7
9	Implants urogénitaux	9	15	12	10	7	8	10	7	6	10	8	12
10	Valves cardiaques	10	8	.	11	.	6	.	.	.	.	9	10
11	Implants pour ouïe inférieure plusieurs appareils anatomiques	11	9	11	12	10	14	13	9	10	12	11	11

(1) L'analyse porte sur les diagnostics principaux. Lorsque ces diagnostics son en Z, l'étude porte sur le diagnostic relié.

2.3.2. Analyse des évolutions de consommation des DMI en sus par région

Les restitutions sont paramétrables selon plusieurs critères :

- territoire géographique considéré (national ou régional) ;
- période d'analyse ;
- nomenclature utilisée pour caractériser les DM (codes LPP ou regroupements de DM) ;
- axe d'analyse retenu (répartition des consommations en valeurs absolues et en taux d'évolution par dispositif médical, ou globalement tous dispositifs confondus par établissement – analyse régionale).

Ces tableaux sont disponibles pour l'année 2010 (établissements ex-DG et ex-OQN), et il est possible de sélectionner tout ou partie de l'année (mois 3, 6, 9 ou 12).

*Evolution des consommations 2009/2010 des Groupes de DM de la liste en sus
Par établissements - Groupes de DM
Région : Alsace
Période : M12*

Obs	N° Finess	rs	Nb Groupes de DM année n-1	Nb Groupes de DM année n	Evolution nb de Groupes de DM	Montant Groupes de DM année n-1	Montant Groupes de DM année n	Evolution dépenses
1	670000025	HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG	22 496,0	24 642,0	9,5 %	12 822 282 €	13 632 889 €	6,3 %
2	680000973	CENTRE HOSPITALIER DE COLMAR	8 933,0	9 798,0	9,7 %	4 159 424 €	4 562 128 €	9,7 %
3	680000486	CENTRE HOSPITALIER DE MULHOUSE	4 763,0	4 673,0	-1,9 %	3 206 764 €	2 976 820 €	-7,2 %
4	670780337	CENTRE HOSPITALIER DE HAGUENAU	3 942,0	4 172,0	5,8 %	2 805 498 €	2 857 110 €	1,8 %
5	680001195	GROUPE HOSPITALIER PRIVE CENTRE ALSACE de COLMAR	3 042,0	3 968,0	30,4 %	2 531 939 €	2 718 883 €	7,4 %
6	670780691	CENTRE HOSPITALIER DE SELESTAT	1 581,0	1 122,0	-29,0 %	675 202 €	463 303 €	-31,4 %
7	670780345	CENTRE HOSPITALIER DE SAVERNE	925,0	873,0	-5,6 %	407 872 €	368 455 €	-9,7 %
8	680000395	CTRE HOSPIT. ST-MORAND ALTKIRCH	482,0	545,0	13,1 %	237 689 €	229 357 €	-3,5 %
9	670780543	CENTRE HOSPITALIER VMSSEMBOURG	391,0	459,0	17,4 %	198 951 €	212 731 €	6,9 %
10	670780188	GROUPE HOSPITALIER SAINT-VINCENT de STRASBOURG	248,0	495,0	99,6 %	131 940 €	182 240 €	38,1 %
11	680000437	CENTRE HOSPITALIER DE THANN	226,0	304,0	34,5 %	89 532 €	126 991 €	41,8 %
12	670780147	Clinique ADASSA de STRASBOURG	95,0	114,0	20,0 %	61 930 €	122 023 €	97,0 %
13	670013143	SYNDICAT INTERHOSPITALIER de la COMMUNAUTE URBAINE de STRASB	26,0	34,0	30,8 %	16 717 €	23 429 €	40,2 %
14	670780063	C.R.L.C.C. Paul STRAUSS de STRASBOURG	692,0	25,0	-96,4 %	33 591 €	7 652 €	-77,2 %
			47 844,0	51 224,0		27 379 331 €	28 484 011 €	

*Evolution des consommations 2009/2010 des Groupes de DM de la liste en sus
Par Groupes de DM
670000025 : HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG
Période : M12*

Obs	Groupes de DM	Nb Groupes de DM année n-1	Nb Groupes de DM année n	Evolution nb de Groupes de DM	Montant Groupes de DM année n-1	Montant Groupes de DM année n	Evolution dépenses
1	Défibrillateur cardiaque implantable	181,0	219,0	21,0 %	2 129 700 €	2 738 640 €	28,6 %
2	Implants vasculaires	2 510,0	3 123,0	24,4 %	1 930 029 €	2 184 654 €	13,2 %
3	Stimulateurs cardiaques	403,0	406,0	0,7 %	1 292 779 €	1 292 128 €	0,7 %
4	Implants articulaires de genou	1 962,0	1 911,0	-2,6 %	1 156 274 €	1 140 898 €	-1,3 %
5	Implants articulaires de hanche	4 809,0	4 846,0	0,8 %	1 021 840 €	1 072 265 €	4,9 %
6	Implants du rachis	5 616,0	6 284,0	11,9 %	894 133 €	1 035 505 €	15,8 %
7	Systèmes d'implants cochléaires et d'implants du tronc cérébral.	23,0	57,0	147,8 %	237 236 €	631 809 €	166,3 %
8	Sondes de stimulation cardiaque implantable	658,0	779,0	18,4 %	367 100 €	445 770 €	21,4 %
9	Dispositifs d'assistance circulatoire mécanique (DACM) dits "coeur artificiels"	5,0	4,0	-20,0 %	396 081 €	354 480 €	-10,5 %
10	Implants urogénitaux	236,0	356,0	50,8 %	198 818 €	297 765 €	49,8 %
11	Sondes de défibrillation cardiaque	135,0	190,0	40,7 %	202 500 €	285 000 €	40,7 %

*Evolution des consommations 2009/2010 des Codes LPP de la liste en sus
Par Codes LPP
670000025 : HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG
Période : M12*

Obs	Codes LPP	Nb Codes LPP année n-1	Nb Codes LPP année n	Evolution nb de Codes LPP	Montant Codes LPP année n-1	Montant Codes LPP année n	Evolution dépenses
1	RACHIS, IMPLANT ANCRAGE, VIS PEDICULAIRE NON CERVICALE	2 679,0	3 454,0	28,9 %	465 619 €	610 200 €	31,1 %
2	STIMULATEUR CARDIAQUE DOUBLE CHAMBRE, TYPE DDDR	134,0	139,0	3,7 %	426 949 €	442 880 €	3,7 %
3	GENOU, IMPLANT FEMORAL, BICONDYLIEN, CIMENTE	326,0	337,0	2,7 %	425 463 €	437 526 €	2,8 %
4	IMPLANT ENDOVASCULAIRE DIT STENT, AORTIQUE, RENAL, ILIAQUE OU FEMORAL	354,0	517,0	46,0 %	281 783 €	412 996 €	46,6 %
5	DEFIBRILLATEUR CARDIAQUE STIM. BI-VENTRICULAIRE, ST-JUDE, PROMOTE ACCEL	2,0	24,0	1 100,0 %	29 700 €	356 400 €	1 100,0 %
6	SONDES STIM ATRIALE OU VENTRICULAIRE DROITE HORS VDD, BIPOLAIRES	567,0	651,0	14,8 %	306 180 €	351 540 €	14,8 %
7	HANCHE, TIGE STANDARD, COL INCLUS, DROITE, MODULAIRE, CIMENTEE	455,0	467,0	2,6 %	297 085 €	307 828 €	3,6 %
8	DEFIBRILLATEUR CARDIAQUE STIM. BI-VENTRICULAIRE, MEDTRONIC, CONCERTO II CRT-D	4,0	20,0	400,0 %	59 400 €	297 000 €	400,0 %
9	STIMULATEUR CARDIAQUE DOUBLE CHAMBRE FREQ.ASSERV., SORIN, REPLY DR	113,0	87,0	-23,0 %	388 269 €	294 199 €	-24,2 %
10	DEFIBRILLATEUR CARDIAQUE SIMPLE CHAMBRE FREQ.ASSERV., MEDTRONIC, VIRTUOSO II VR	8,0	27,0	237,5 %	86 400 €	291 600 €	237,5 %

ANNEXE IV

ÉCHÉANCIER DES ACTIONS LOCALES : CONCLUSION DE PLANS D' ACTIONS (art. L. 162-22-7-2 du CSS)

Ciblage

Second semestre 2011 : suivi infra-annuel des taux d'évolution des établissements de santé.

31 décembre 2011 : ciblage des établissements et remontée à la DSS/DGOS des établissements ciblés avant le 31 janvier 2012.

31 mars 2012 : ciblage définitif sur la base des taux d'évolution sur l'année entière 2011.

Contrôles

De janvier à avril 2012 : contrôle des établissements ciblés.

Plans d'actions

30 avril 2012 : notification par l'agence régionale de santé (ARS) à l'établissement de santé de sa décision de conclure un plan d'actions.

15 mai 2012 : date limite pour l'établissement pour faire connaître ses observations à l'ARS et au médecin-conseil régional du régime général de l'assurance maladie quant à sa décision de conclure un plan d'actions.

30 mai 2012 : date limite pour l'ARS de notification à l'établissement de sa décision de poursuivre la démarche de conclusion du plan d'actions.

15 juin 2012 : date limite pour l'envoi par l'établissement d'un projet de plan d'actions à l'ARS et au médecin-conseil régional du régime général de l'assurance maladie.

30 juin 2012 : date limite pour la conclusion du plan d'actions.

Bilan des actions locales

15 juillet 2012 : remontée à la DSS/DGOS du bilan définitif de la campagne.

ANNEXE V

TABLEAUX DE SUIVI DES ACTIONS LOCALES POUR LA MAÎTRISE DES PRODUITS
DE SANTÉ DES LISTES EN SUS

FEUILLE II

ARS de _____

Tableau III

Nombre d'établissements "cible" faisant l'objet d'un suivi (ayant fait l'objet d'un suivi) par l'ARS dans le cadre de l'article L. 162-22-7-2 du CSS

tableau III a): établissements avec taux de croissance > 3 % , sur les 9 premiers mois de l'année et devant faire l'objet d'un suivi préventif au titre des dépenses 2011 envoi du 31/01/2012	tableau III b): établissements avec taux de croissance > 3% sur toute l'année 2011 et ayant fait l'objet à l'issue du suivi préventif au titre des dépenses 2011, d'un ciblage pour contrôle envoi du 15/07/2012	tableau IIIc): établissements avec taux de croissance > 3% et ayant fait l'objet d'un contrôle au titre des dépenses 2011 envoi du 15/07/2012
---	--	---

Catégorie d'établissement	2011	2011	2011
CHU			
EPIC (ex PSPH)			
CLCC			
CH			
PrivéMCO			
Structure HAD privée autonome			
Structure dialyse privée autonome			
Total	0	0	0

Tableau IV

Pour chaque établissements ayant fait l'objet d'un contrôle (= établissement renseigné au tableau IV c)

espace à remplir par les ARS

Etablissement 1	(nom de l'établissement)		
Code FINESS	(XXXXXXXXXX)		
catégorie d'établissement	CHU		
	montant de dépenses, en € accordées par l'assurance maladie au titre des produits de santé de la liste en sus Source E-PMSI,	dont DMI €	dont médicaments €
Dépenses accordées 2010 année pleine	0		
Dépenses accordées 2011 (année pleine)	0		
% d'évolution année pleine 2011/ année pleine 2010	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
Nombre de dossiers "patients" contrôlés sur pièces ou sur places (méd + DMI)			

Spécialités pharmaceutiques pour lesquelles il a été constaté le non respect des référentiels et recommandations	
type d'anomalie constatée	
montant d'indus à récupérer	

DMI pour lesquels il a été constaté le non respect des référentiels et recommandations	
type d'anomalie constatée	
montant d'indus à récupérer	

Plan d'actions en 2012 ? (oui, non, autre), expliciter en marge, svp	
--	--

ANNEXE V bis

AIDE AU REMPLISSAGE DES FEUILLES DE CALCUL

Feuille I : tableau II

Nombre total d'établissements de santé relevant de l'ARS.

À remplir pour l'envoi du 31 janvier 2012 et du 15 juillet 2012.

Nombre total d'établissements (entité juridique) ayant signé un contrat de bon usage (CBU).

Feuille II : tableau III (a) et tableau III (b)

Nombre d'établissements « cible » faisant l'objet d'un suivi par l'ARS dans le cadre de l'article L. 162-22-7-2 du CSS.

Pour l'envoi du 31 janvier 2012 (tableau III [a]), ce tableau cible les établissements dont la croissance au titre des dépenses des listes en sus est supérieur à 3 % sur la base des premières données disponibles. Il permettra d'être une première base pour les échanges entre les établissements et les ARS dans le cadre de la signature en 2012 d'un plan d'actions.

Pour l'envoi du 15 juillet 2012 (tableaux III [b], III [c]), sont ciblés les établissements dont la croissance au titre des dépenses des listes en sus est supérieure à 3 % sur la base des données définitives 2011.

Le tableau III (b) concerne l'ensemble des établissements ayant fait l'objet d'un suivi préventif, il s'agit d'établissements pour lesquels la croissance au titre des dépenses des listes en sus a été supérieure à 3 % et pour lesquels vous avez engagé une démarche (demande d'informations, contrôles...).

Le tableau III (c) concerne les établissements contrôlés par vos soins.

NB. – Pour chaque région, les contrôles porteront sur au moins 80 % des établissements ciblés, dont le nombre est indiqué dans le tableau III (b).

Feuille II : tableau IV

Établissement faisant l'objet d'un contrôle.

À remplir pour l'envoi du 15 juillet 2012.

Ce tableau est un focus sur les établissements dont l'évolution des dépenses des listes en sus est supérieure à 3 % et qui ont fait l'objet d'un contrôle.

Le montant des dépenses à renseigner est toujours celui accordé par l'assurance maladie. L'appréciation du taux annuel de croissance se fait à périmètre constant d'une année sur l'autre :

- structures hospitalières équivalentes : regroupement création ; suppression de service ;
- activité hospitalière équivalente : nombre de patients hospitalisés, nombre de séjours d'hospitalisation.

Bilan des actions locales 2011-2012 : suivi qualitatif et synthèse des actions locales (données qualitatives/exemple de thématique) (envoi du 15 juillet 2012)

Descriptif des initiatives locales/retour d'expérience :

Animations en région : réunions de sensibilisation, réunions d'étapes...

Formalisation de la démarche : élaboration de processus types permettant d'identifier et de cibler les établissements, guide de conduite des contrôles, gestion de la relation avec les établissements, outils spécifiques développés en matière de suivi de qualité des prescriptions (et qui pourraient être partagés).

Mise en œuvre opérationnelle des actions locales :

Maîtrise médicalisée : nature des contrôles opérés ou projetés : contrôle sur pièces (à partir des informations de prescription fournies/déclarées par les ES...), contrôle sur place (sur le dossier patient au sein de l'établissement de santé).

Mode de collaboration avec l'assurance maladie : réunion, action concertée, contrôle conjoint...

Attentes exprimées de la part des acteurs locaux :

Difficultés rencontrées : appropriation du dispositif de la régulation, ciblage, contrôle...

Demande de clarification du dispositif, sur quel point plus particulièrement...

Souhait d'outils complémentaires.

Évaluation (provisoire) du plan d'actions conclu en 2011 (voir tableau de synthèse V ter).

EXEMPLE DE REMPLISSAGE FEUILLE 2 : TABLEAU IV	
Établissement 1 (nom de l'établissement)	XXXXXXXXXX
Code FINESS	XXXXXXXXXX
Catégorie d'établissement	EPIC

EXEMPLE DE REMPLISSAGE FEUILLE 2 : TABLEAU IV

	Montant des dépenses en euros accordées par l'assurance maladie au titre des produits de santé de la liste en sus (source E-PMSI)	Dont DMI €	Dont médicaments €
Dépenses accordées 2010 année pleine	400	200	200
Dépenses accordées 2011 (données réelles)	620	310	310
Pourcentage d'évolution année pleine 2011/année pleine 2010	55 %	55 %	55 %
Nombre de dossiers patients contrôlés sur pièces ou sur place	20		
Spécialités pharmaceutiques pour lesquelles il a été constaté le non-respect des référentiels et recommandations	Erbitux, Vectibix		
Type d'anomalie constatée	Absence de justification des situations hors référentiels		
Montant d'indus à récupérer			
DMI pour lesquels il a été constaté le non-respect des référentiels et recommandations	Stents		
Type d'anomalie constatée	Prescription hors LPP		
Montant d'indus récupérés	10 000 €		
Plan d'actions en 2012 ? (oui, non), expliciter en marge, svp (*)	Oui		
(*) Nécessité de mettre en place un suivi des prescriptions hors référentiels.			

ANNEXE V ter

(Retour 15 juillet 2012)

ÉVALUATION DU PLAN D' ACTIONS CONCLU LE XXXX 2011 ENTRE L'ARS DE XXX, LE MÉDECIN-CONSEIL RÉGIONAL DU RÉGIME GÉNÉRAL DE L'ASSURANCE MALADIE (NOM DE L'ORGANISME XXXX) ET L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ XXXXX

PRINCIPAUX ÉLÉMENTS ayant motivé la conclusion d'un plan d'actions (exemple en italique)	PRINCIPAUX OBJECTIFS fixés dans le plan d'actions	TYPE D' ACTIONS À CONDUIRE	NIVEAU D' ATTEINTE par l'établissement de santé/appréciation de l'ARS
Croissance des dépenses des listes en sus de 10 %	Réduction de la croissance pour parvenir à un taux d'évolution conforme au taux prévisionnel d'évolution pour 2011, fixé à 3 %.	Diffuser aux professionnels les RBU. Favoriser l'appropriation des RBU.	
Mésusage des produits de la liste en sus.	Amélioration des pratiques hospitalières en termes de prescription des médicaments et produits et prestations des listes en sus.	Analyser périodiquement, infra-annuellement, l'évolution des consommations des médicaments et dispositifs médicaux hors GHS suivies en code UCD et code LPP par patient et par service/unité fonctionnelle ou pôle, le cas échéant/discipline médico-thérapeutique. Garantir l'argumentaire scientifique dans le dossier patient de toutes les prescriptions hors AMM hors PTT. Assurer le suivi des caractéristiques des prescriptions des médicaments hors GHS : AMM, PTT et hors référentiels, à défaut et par exception. Communiquer à l'OMEDIT l'état des prescriptions des produits de la liste en sus spécifiant leur position au regard des RBU. Dans le cas de prescriptions hors RBU, transmettre l'argumentaire des prescriptions en faisant référence aux travaux des sociétés savantes ou aux publications internationales à comité de lecture.	

1. Baisse éventuellement envisagée du taux de prise en charge par l'assurance maladie. Si oui, préciser le niveau de la baisse :
2. Commentaire libre sur la qualité d'exécution du plan d'actions/appréciation globale de l'atteinte des objectifs du plan. Reconduction envisagée ?