

DGOS

Direction générale
de l'offre de soins

Résultats de l'enquête
de mise en œuvre
des CBU 2009
Perspective d'évolution

Hopipharm Nantes

27 mai 2011

Paule Kujas

DGOS PF2

Résultats de
l'enquête contrat
de bon usage
2007-2008-2009

Présentation de l'enquête

- 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 par les DGARS dans le cadre des contrats de bon usage

- Questionnaire envoyé sous format excel aux ARS :

Données quantitatives

Données qualitatives

Objectifs de l'enquête

- Analyser les difficultés rencontrées par les ETS sanctionnés
- Objectiver les améliorations dans le domaine de la sécurité et de la qualité des soins
- Identifier les engagements les plus difficiles à atteindre
- Connaître les modalités de cotation et de classement par les ARH des ETS au regard des rapports d'étape annuel
- Connaître les propositions des OMEDIT afin de faire évoluer le décret relatif au contrat de bon usage pour prendre en compte les nouvelles dispositions en matière de politique d'amélioration de la qualité des soins et de bon usage des médicaments.

Résultats - Signature des CBU

- 26 ARS interrogées - 26 réponses réceptionnées
- Les établissements de santé de Guyane n'étaient pas encore concernés par le contrat de bon usage.
- **1373 établissements de santé** ont signé un CBU

Catégorie d'établissement de santé	Nombre de contrats CBU signés en 2007	Nombre de contrats CBU signés en 2008	Nombre de contrats CBU signés en 2009
Etablissement ex-DG (hors HAD et dialyse)	625	628	621
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

Résultats - Remboursement des médicaments et prestations remboursés en sus des GHS

- 93 % des ETS ayant signé un CBU ont bénéficié d'un remboursement intégral pour les spécialités pharmaceutiques et les produits et prestations mentionnés à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale

Catégorie d'établissement de santé	Nombre d'établissements de santé avec un taux de remboursement à 100 % en 2007	Nombre d'établissements de santé avec un taux de remboursement à 100 % en 2008	Nombre d'établissements de santé avec un taux de remboursement à 100 % en 2009
Etablissement ex-DG (hors HAD et dialyse)	579	583	552
Etablissement ex-OQN (hors HAD et dialyse)	592	547	551
Structure HAD	55	56	84
Structure de dialyse	80	88	94
Total	1306	1274	1281

- 19 ARH ont été amenées à appliquer une réduction du taux de remboursement des produits de la liste en sus

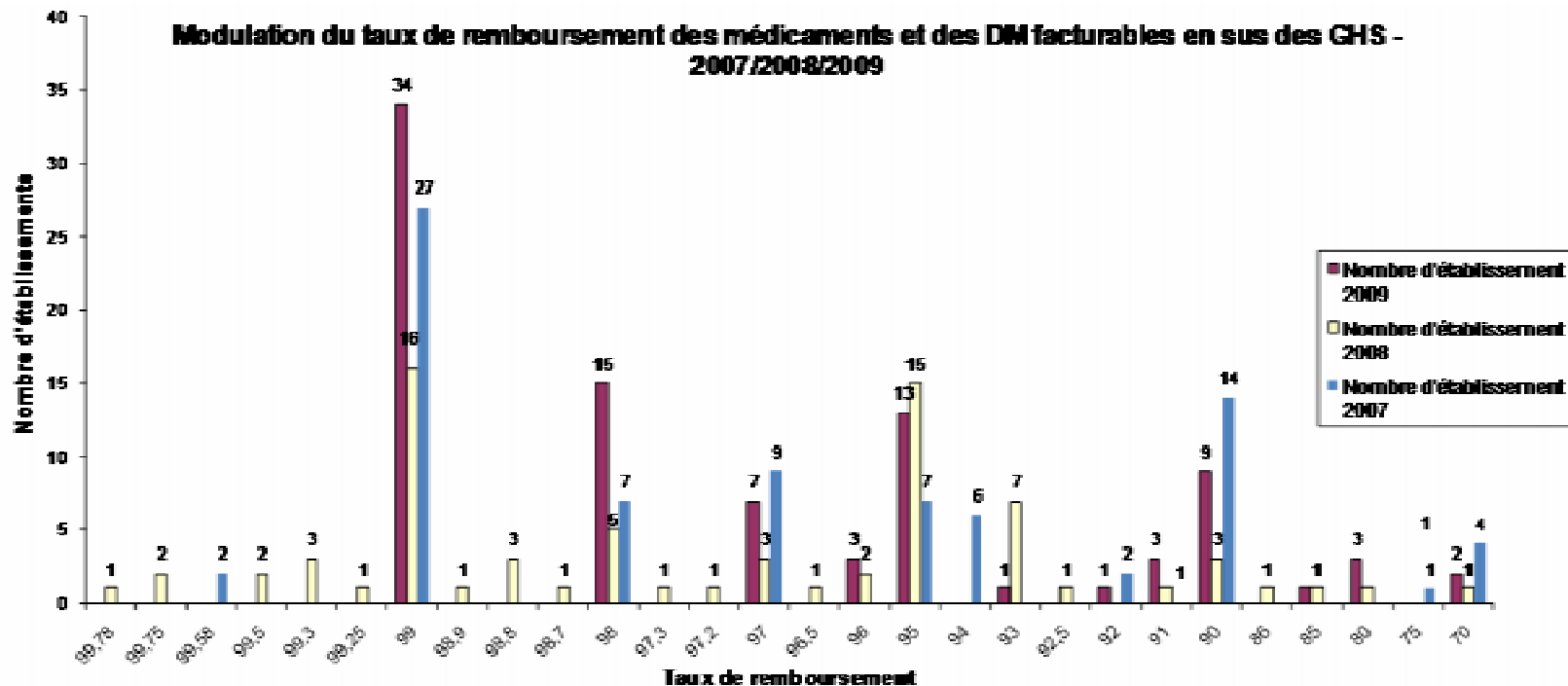
Résultats - Remboursement des médicaments et prestations remboursés en sus des GHS

Présentation détaillée par type d'établissement

Catégorie d'établissement de santé	Nombre d'établissement de santé avec réduction du taux de remboursement 2007	Pourcentage par catégorie d'établissement avec réduction du taux de remboursement 2008	Nombre d'établissement de santé avec réduction du taux de remboursement 2009
Etablissement ex-DG (hors HAD et dialyse)	7% 45	7% 45	11% 69
Etablissement ex-OQN (hors HAD et dialyse)	5% 32	5% 28	4% 21
Structure HAD	2%	2%	1%
Structure de dialyse	1%	1%	1%
Total	6%	5,5 %	7%

Résultats - Modulation du taux de remboursement

- Taux de remboursement variables selon les régions
- Chaque ARS propose sa propre méthode de cotation (scoring) pour l'évaluation des objectifs fixés



Résultats — Perte financière par type d'établissement

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 2008 cette perte représentait **1 296 000 €** contre **1 789 000 €** en 2007

Type d'établissement	2007	2008	2009
Ex DG		804 596€	1 871 331€
Ex OQN		491 040€	499 935€
HAD		0	484€
Dialyse		0	10 61€
Total		1 789 000 €	1 296 000€

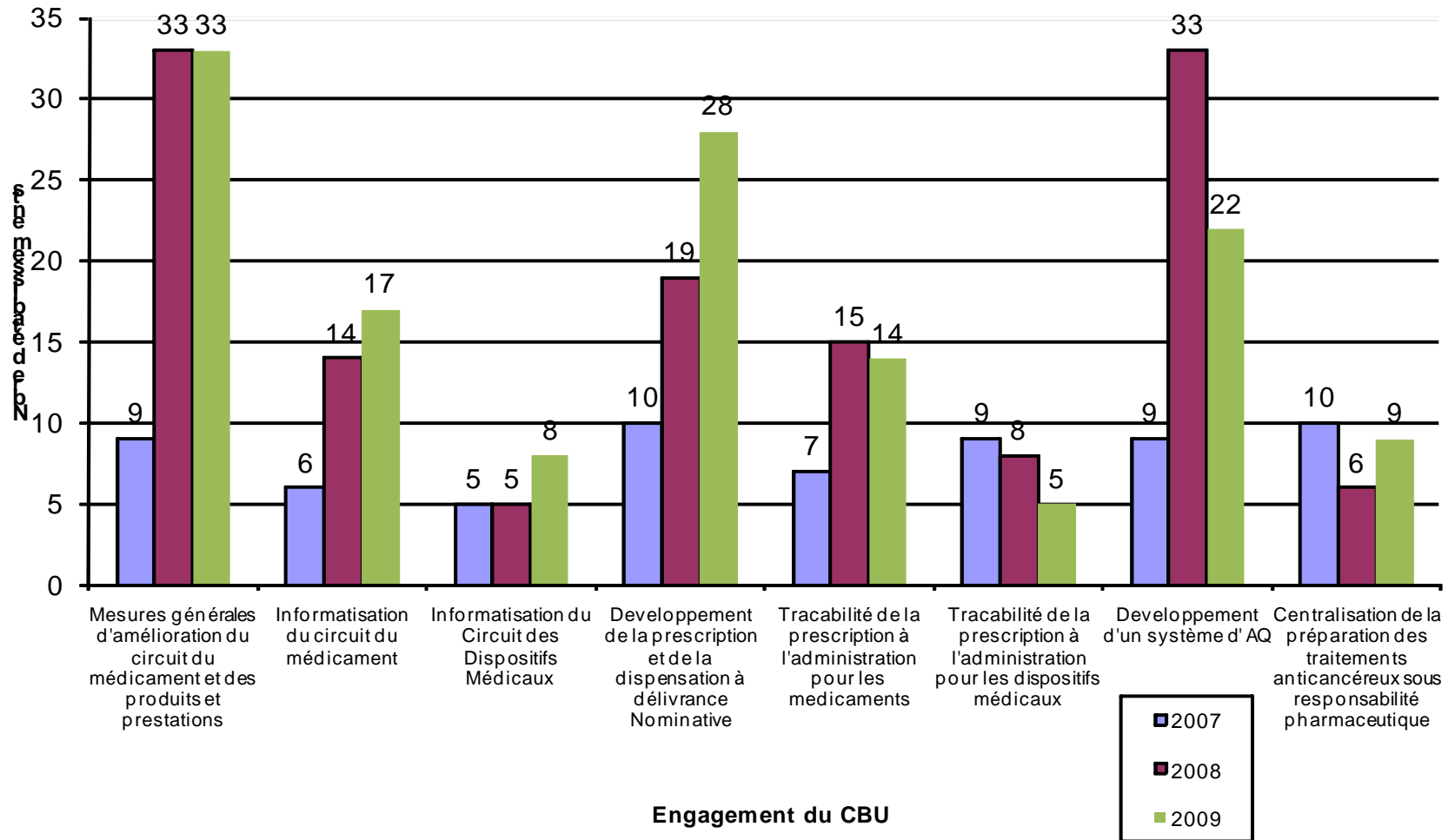
Aucune ARH n'a appliqué de taux différencié pour certaines spécialités et / ou certains produits et prestations conformément à l'article D.162-15 du décret du 24 août 2005, en 2008 seulement 1 ARH avait appliqué 1 taux différencié, le montant de cette perte financière s'élevait à 295 €

Résultats - Adaptation des CBU aux structures d'HAD et de dialyse

- 16 régions ont adapté le contrat de bon usage aux structures d'HAD, et 7 pour les structures de dialyse.
- Des établissements d'HAD et des structures de dialyse n'ont pas signé de contrat de bon usage en 2009 car ils étaient nouvellement créés. Les contrats seront signés en 2010.

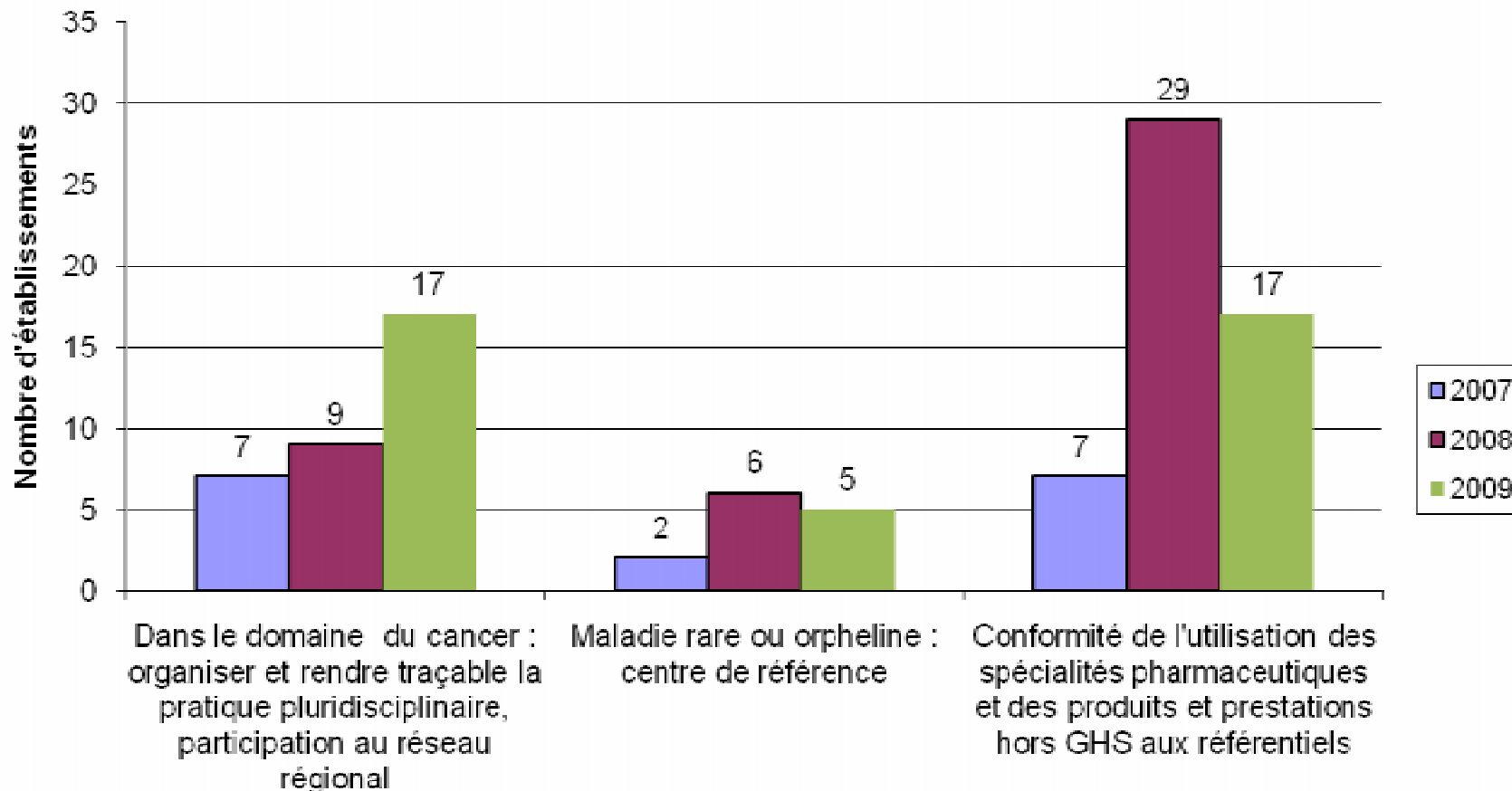
Résultats - Motivation des sanctions appliquées

Motivation des sanctions appliquées 2007 - 2008-2009 - Chapitre I



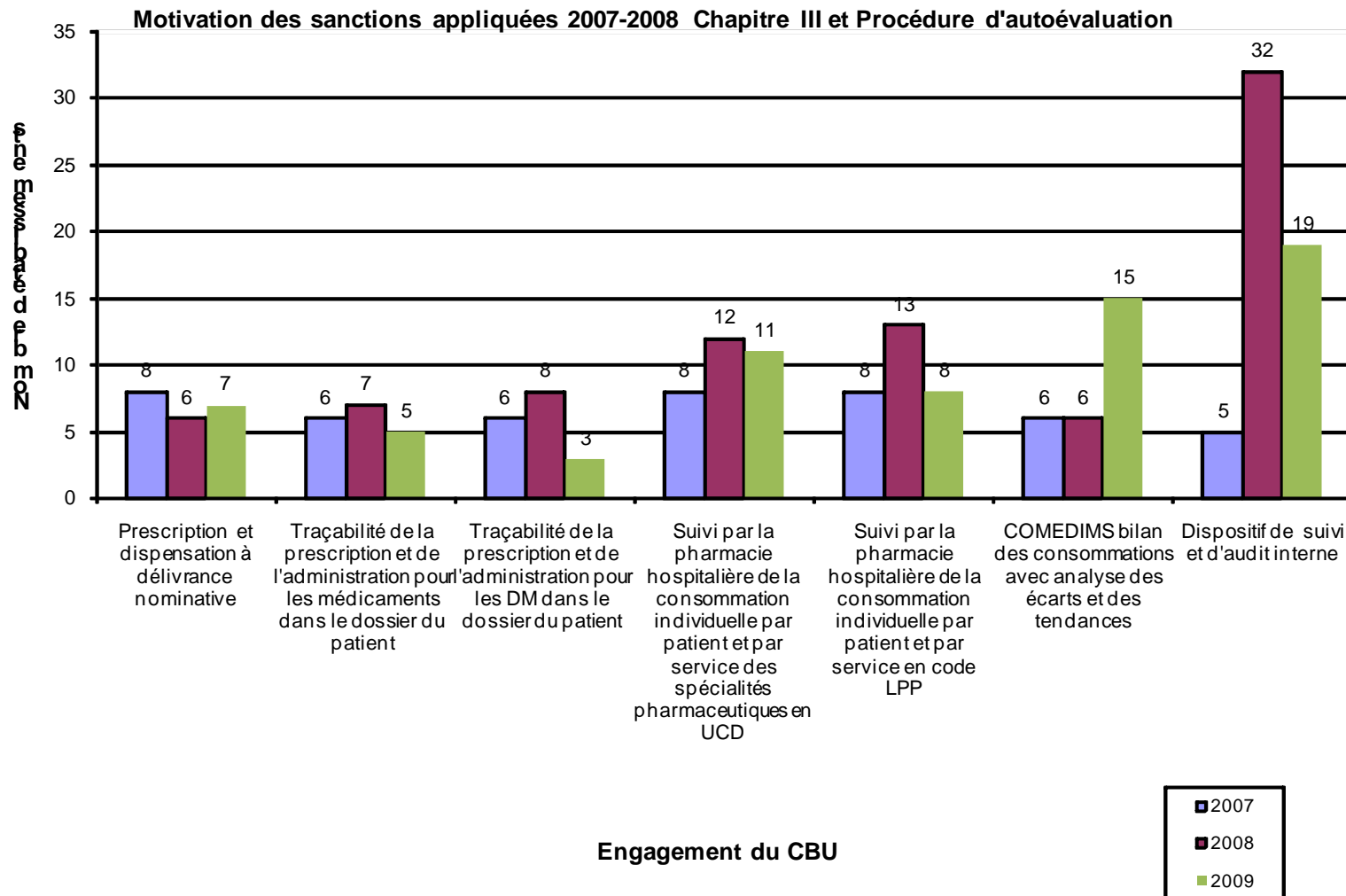
Résultats - Motivation des sanctions appliquées

Motivation des sanctions appliquées 2007-2008 - chapitre II



Engagement du CBU

Résultats - Motivation des sanctions appliquées



Résultats - Synthèse

- Amélioration des établissements
 - Domaine de l'AQ :
 - Développement d'un système d'AQ;
 - Mise en place de dispositif de suivi et d'audit interne ;
 - Suivi et utilisation des médicaments et des DMI facturés en sus des GHS :
 - Conformité de l'utilisation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations hors GHS hors référentiels ;
 - Suivi par la PUI de la consommation individuelle par patient et par service des spécialités par code UCD et des DM par code LPP ;
 - Traçabilité de la prescription à l'administration des DM

Résultats - Synthèse

- Critères qui ont engendré le plus sanctions :
 - Mesures générales d'améliorations du circuit du médicament et des DM stériles :
 - Comedims fonctionnels : mise en place d'une politique du médicament et des DM, livret du médicament ;
 - Informatisation ;
 - Développement de la prescription et de la dispensation à délivrance nominative ;
 - Domaine du cancer :
 - Centralisation sous responsabilité pharmaceutique de la fabrication des médicaments anticancéreux ;
 - Organiser et rendre traçable la pratique pluridisciplinaire

Contrôles des ETS par l'assurance maladie

- En 2008
 - 10 régions ont déclaré avoir eu des contrôles dont les modalités n'ont pas été demandées dans cette enquête ;
 - Pour 3 régions, l'assurance maladie a procédé à la récupération d'indus pour un montant total de **75 717 €** pour 3 ETS.
- En 2009
 - 6 régions déclarent avoir eu des contrôles ;
 - 38 établissements ont été contrôlés
 - L'assurance maladie a procédé à une récupération d'indus d'un montant de **43 774 €**

Résultats - modalités de classement des ETS au regard des rapports d'étape annuels (REA)

- 18 régions procèdent à un classement des ES dans leur région
- 15 régions ont un scoring chiffré contre 13 en 2008
- 8 régions avec un classement par lettre contre 3 en 2008
- 5 régions avec un classement mixte contre 1 en 2008

Résultats - modalités de classement des ETS au regard des rapports d'étape annuels (REA)

- Classement chiffré
 - Utilisation d'un classement sur 100 points ou rapporté à un % pour la majorité des régions
 - Note maximale allant de 120-20 avec un score moyen régional allant de **14,7** pour la région dont le score maximal est de 20 et **73,5** pour la région dont le score maximal est de 120
 - En 2008, la note maximale variait de 103 à 19 avec un score moyen régional allant de **13,5** pour la région dont le score maximal était de 19, et de **97,95** pour la région dont le score maximal était de 103;
 - Les structures d'HAD et de Dialyse ont un score chiffré mais adapté si le contrat le permettait

Conclusion - Propositions

- Nombre d'établissements sanctionnés en 2009 supérieur à 2008
- Le montant financier des sanctions a augmenté : **2 192 K€ en 2009 vs 1 296 K€ en 2008**
- Le nombre de sanctions est plus important en particulier pour les établissements ex DG: certains établissements ont été sanctionnés sur plusieurs engagements souscrits au CBU
- Difficulté pour atteindre certains objectifs particulièrement sur :
 - Mesures générales d'améliorations du circuit du médicament et des DM stériles ;
 - Dans le domaine du cancer.
- Difficulté de benchmarking entre les régions malgré le socle commun d'indicateurs et de critères

Conclusion - Propositions

- Nécessité de faire évoluer le décret relatif au CBU
 - Tirer tous les enseignements des rapports d'étape
 - Accompagner les régions avec des outils d'évaluation harmonisés
 - Harmoniser les périodes de recueil et d'évaluation : CBU – GDR-HAS et articulation entre le programme GDR et le CBU
 - Intégrer les indicateurs de la HAS dans le rapport d'étape annuel
 - Nouvelle gouvernance des établissements de santé en matière de qualité et de sécurité des soins – mise en œuvre d'un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi :
 - Publication de l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge thérapeutique du patient ;
 - Cohérence des actions et chainage des contrats (CPOM) : état – ARS, ARS - ES

Perspectives d'évolution

Proposition Décret CBU (1)

- Evolution de forme :
 - Renvoi du contrat type national sous forme d'un arrêté du Ministre en charge de la santé ;
 - Renvoi du rapport d'étape annuel sous forme d'un arrêté du Ministre en charge de la santé ;
 - Alignement de la période des contrats pour toutes les régions : 3-4-5 ans ? Les durées des CPOM sont de 5 ans ;
 - Suppression du rapport d'étape annuel de fin de contrat : 1 rapport final unique

Propositions décret CBU (2)

- Sur le fond du contrat :
 - Passage dans le corps du décret de l'article relatif à la conformité des prescriptions ;
 - Définition d'un socle commun d'indicateurs nationaux dans le rapport d'étape annuel.

Rapport d'étape annuel CPOM

Article L. 6114-2 CSP :

- Les contrats mentionnés à l'article L. 6114-1 déterminent les orientations stratégiques des établissements de santé ou des titulaires de l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1 ...

Article L.6114-3 du CSP :

- Les contrats définissent des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins et comportent les engagements d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui font suite à la procédure de certification

CPOM

Présentation des principes directeurs d'élaboration du guide méthodologique des CPOM ARS/Etablissements de santé

Enjeux des nouveaux CPOM

- Le nouveau CPOM doit être l'outil :
 - Du dialogue entre l'ARS et les établissements,
 - De la déclinaison des PRS dans les territoires,
 - De la promotion de la performance.

Objectifs poursuivis

- La DGOS souhaite accompagner les ARS dans l'élaboration des CPOM en concevant un guide méthodologique d'aide à la contractualisation
- La méthodologie proposée doit conduire à l'élaboration de CPOM simples, ouverts aux initiatives des acteurs et aisément évaluables

Projet d'élaboration du guide méthodologique - CPOM

- L'objectif de ce projet est de rédiger un guide méthodologique d'aide à l'élaboration des CPOM à destination des ARS : ce guide devra répondre à trois enjeux fondamentaux :
- **Assurer l'opérationnalité des contrats**
 - Réaliser des contrats plus resserrés comportant des axes stratégiques et des objectifs et indicateurs en nombre limité. Ces nouveaux CPOM plus stratégiques permettront une meilleure lecture du rôle de l'établissement sur le territoire et une lisibilité pour tous les acteurs.
- **Favoriser une meilleure articulation entre tous les dispositifs contractuels**
 - Meilleure lisibilité du rôle et de la fonction de chaque dispositif : Contrat Performance, CREF, CBUM...
 - Lien entre les CPOM Etat/ARS et les CPOM ARS/Etablissements de santé devra également être abordé afin de renforcer leur cohérence.
- **Penser l'articulation entre le guide SROS et le guide méthodologique des CPOM**
 - Eviter la redondance, ainsi qu'avec tous les autres guides publiés aujourd'hui (guide d'allocation des aides à la contractualisation, guide des MIG...).

Le rapport d'étape annuel

- Construit par analogie avec les CPOM
- Fiche de cadrage avec une méthodologie d'élaboration
- 3 parties :
 - Socle national avec des indicateurs de suivi
 - Socle national sans indicateurs de suivi nationaux
 - Socle régional

Conclusion- propositions

- Arrêté en charge du Ministre de la Santé pour le contrat type national et le rapport d'étape annuel
- Durée fixe pour le contrat
- Rapport d'étape en 3 parties :
 - Socle national avec des indicateurs de suivi
 - Socle national sans indicateurs de suivi nationaux
 - Socle régional
- Un seul et même document d'évaluation pour la dernière année du contrat

Conclusion- propositions

- Accompagnement des établissements avec des outils communs et des indicateurs
- Evaluation resserrée des contrats
- Cohérence avec les actions relatives à la gestion du risque pour une mobilisation des différents leviers concourant à une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Conclusion- propositions

- Accompagnement des établissements avec des outils communs et des indicateurs
- Evaluation resserrée des contrats
- Cohérence avec les actions relatives à la gestion du risque pour une mobilisation des différents leviers concourant à une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins