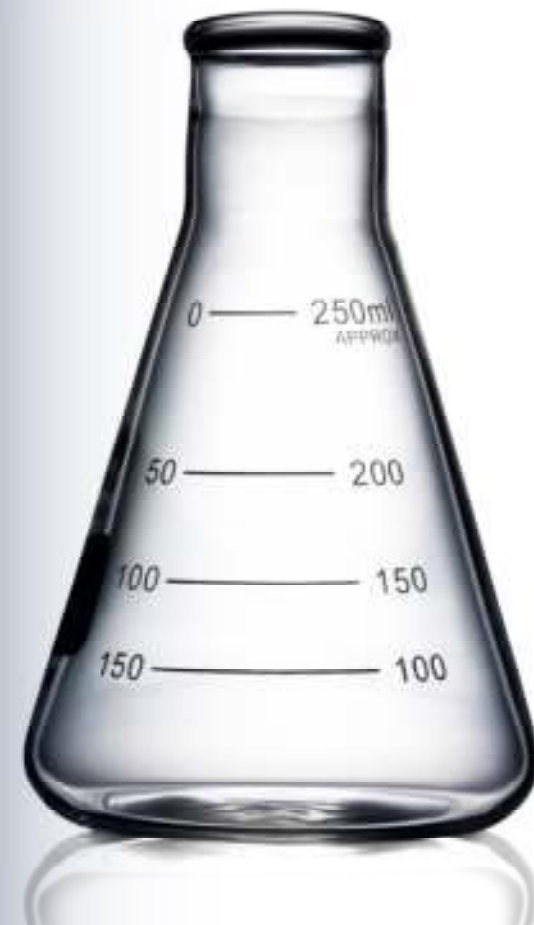


abbvie

CONTRÔLE DES DÉPENSES DE SANTÉ : LES ENJEUX RÉGIONAUX ET CONSÉQUENCES POUR LES ÉTABLISSEMENTS



DÉPENSES LIÉES AUX SPÉCIALITÉS INSCRITES SUR LA LISTE HORS T2A

Hors T2A

4,5 Mrds € en 2014
Évolution fixée en 2015 à + 3,5 % (Liste en sus)
et + 5,7% (Dispositifs Médicaux Implantables)

PHEV

6,5 Mrds € en 2014
Évolution fixée en 2016 à + 4 %

Transport

4 Mrds € en 2013
Évolution fixée en 2015 à + 3 %



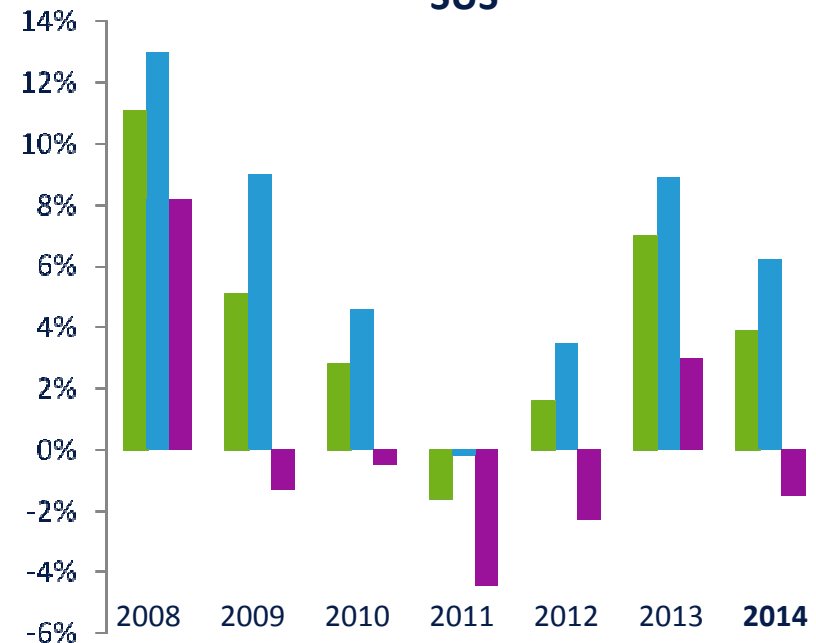
DÉPENSES HORS T2A : UN TAUX D'ÉVOLUTION AU-DESSUS DES OBJECTIFS EN 2013

DÉPENSES DE SANTÉ

Après avoir connu un ralentissement de sa croissance, le budget de la liste en sus a significativement augmenté en 2013 et 2014 suite à de nombreuses extensions d'indications et de nouvelles inscriptions de médicaments onéreux.

Année	Total des dépenses hors T2A (Milliard €)	Objectif fixé	Taux réalisé
2008	3,8		11,1 %
2009	4	10 %	5,1 %
2010	4,1	8 %	2,8 %
2011	4	3 %	-1,6 %
2012	4,1	2 % MO 1,5 % DMI	-0,3 % MO 5,1 % DMI
2013	4,4	2 % MO 2,5 % DMI	7,3 % MO 6,6 % DMI
2014	4,5	1,5 % MO 6 % DMI	3,6 % MO 4,4 % DMI
2015		3,5 % MO 5,7 % DMI	

ÉVOLUTION DES COÛTS DE LA LISTE EN SUS



- Évolution totale liste en sus tous ETS
- Évolution totale liste en sus ETS publics
- Évolution totale liste en sus ETS privés

Source : *Projet de loi de financement de la Sécurité Sociale 2016 – Annexe 1 – Programmes de qualité et d'efficience*
http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport-pqe_maladie.pdf
 Circulaire du 9 avril



ILLUSTRATION DES MESURES DE REGULATION AVEC LE GHS 28Z17Z : CHIMIOTHÉRAPIE POUR AFFECTION NON Tumorale, EN SÉANCES

DÉPENSES DE SANTÉ

Dans le contexte d'un contrôle plus accru des dépenses, l'article 63 de la LFSS 2015 a pour objectif de modérer le recours à la liste en sus pour certains GHS qui en sont très consommateurs.

Tarif du GHS 28Z17Z*	Jusqu'au 29 février 2016	À partir du 1 ^{er} mars 2016	
Dans le public	389,30 €	366,13€	326,13€**
Dans le privé	241,26 €	216,99€	176,99€**

*Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séance.

** Le tarif du GHS est minoré d'un montant forfaitaire de 40€, lorsqu'au moins une spécialité pharmaceutique de la liste en sus est facturée au cours de cette prestation.

Alors que les tarifs des séjours ont baissé de l'ordre de 1,5% à 2,5% en 2016 selon les sources, ce GHS a été fortement pénalisé avec une baisse de 5,95% dans le public et 10,06% dans le privé

Le coût moyen du séjour du GHS 28Z17Z (ENCC 2013) = 2058€ [1781-2335] dont 1628,90€ de spécialités pharmaceutiques facturables en sus soit **429,10€**

Avec un écart moyen de plus de 100€ par séjour, il est difficile de dégager une rentabilité sur ce séjour pour les établissements publics

DÉPENSES LIÉES AUX PRESCRIPTIONS HOSPITALIÈRES DE MÉDICAMENTS EXÉCUTÉES EN VILLE (PHEV)

Hors T2A

4,5 Mrds € en 2014
Évolution fixée en 2015 à + 5,5 % (liste en 2011)
et + 5,7 % (Dispositifs Médicaux Implantables)

PHEV

6,5 Mrds € en 2014
Évolution fixée en 2016 à + 4%

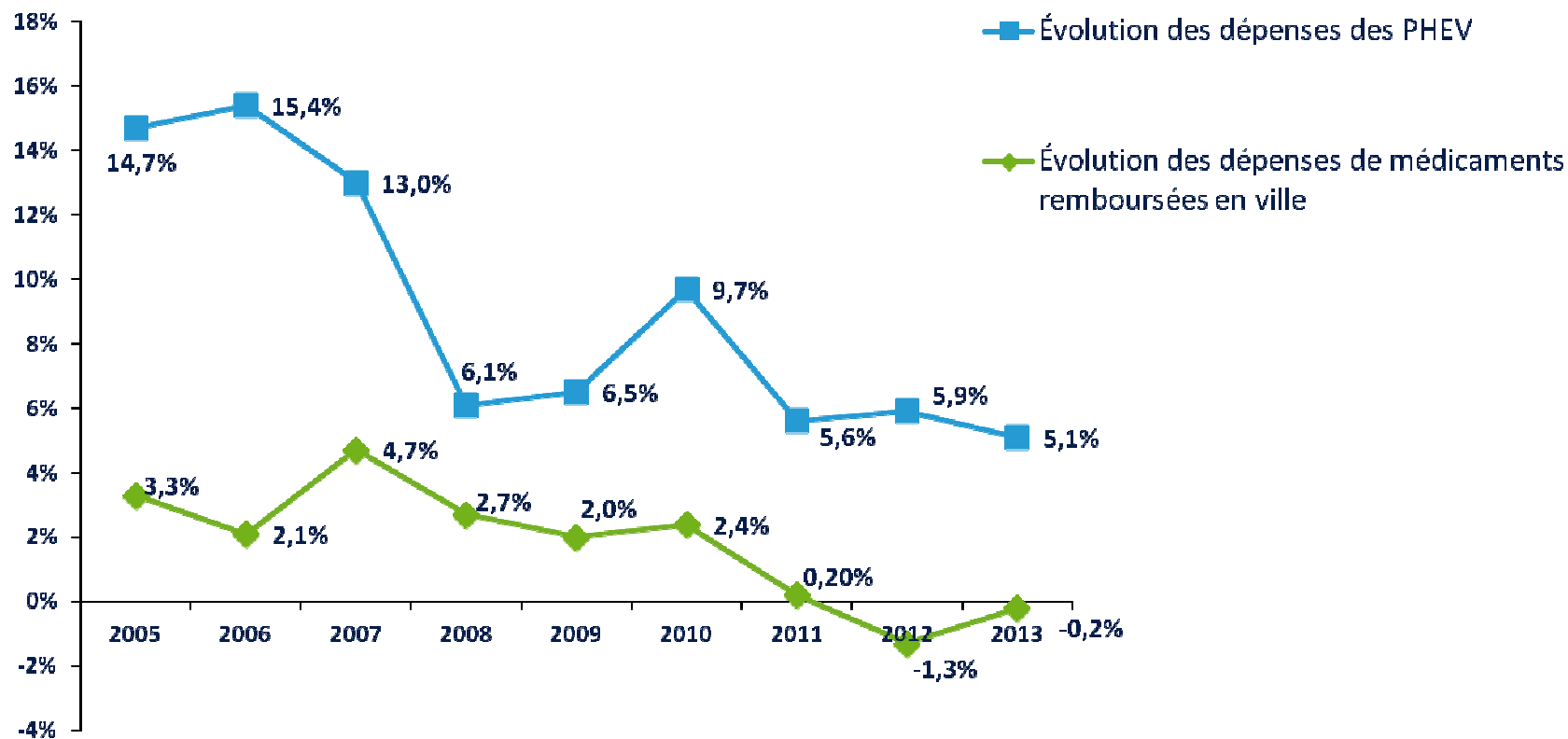
Transport

4 Mrds € en 2013
Évolution fixée en 2015 à + 3%



DÉPENSES DE SANTÉ

PHEV : UNE CROISSANCE QUI RESTE SUPÉRIEURE À L'ÉVOLUTION DE L'ENSEMBLE DES MÉDICAMENTS REMBOURSÉS EN VILLE



Source : *Projet de loi de financement de la Sécurité Sociale 2013 – Annexe 1 – Programmes de qualité et d'efficience*
Projet de loi de financement de la Sécurité Sociale 2015 – Annexe 1 – Programmes de qualité et d'efficience
Circulaire du 15 décembre 2014



LES CRITÈRES PRIS EN COMPTE DANS LE DISPOSITIF DE RÉGULATION

DÉPENSES DE SANTÉ

L'objectif de prescription dans le répertoire des génériques entre en 2015 dans le dispositif afin de limiter l'« effet source » hospitalier sur des molécules « me-too » non génériquées.



Taux d'évolution des dépenses PHEV pour 2016 = 4 %

Les prescriptions de consultation externe, de **sortie d'hospitalisation** dispensées par les pharmacies de **ville**



Les prescriptions de médicaments **retrocédés** dispensées par la PUI de l'établissement

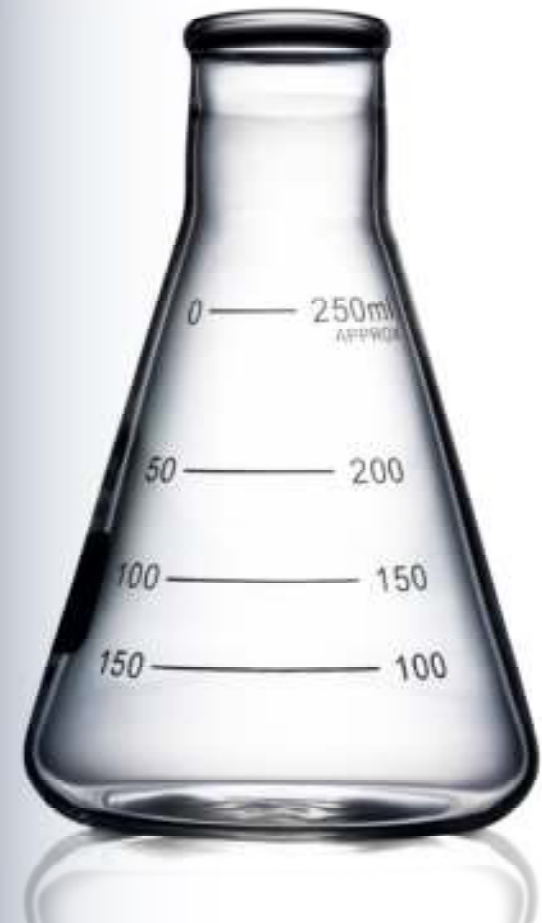


Objectif spécifique sur la part du répertoire des génériques dans le marché total

Objectif prévisionnel de 44 % sur l'année 2016

abbvie

**Efficiencia de tratamientos
en el dominio de
la hepatitis C y rol del
farmacéutico en los RCP**





LE PHARMACIEN HOSPITALIER: UN ACTEUR CLE AU SEIN DES RCP⁽¹⁾

DÉPENSES DE SANTÉ

Toute demande de mise en place de RCP doit être faite à l'ARS dont dépend l'établissement, celle-ci décide ou non de leur mise en place.

Permettant la **prise en charge/remboursement** de nouveaux anti-viraux, cette mesure s'accompagne cependant d'un durcissement des conditions d'organisation de la RCP :

Ancienne composition des RCP (décembre 2014)	Nouvelle composition des RCP (avril 2015)
<p><u>Dans la mesure du possible :</u></p> <ul style="list-style-type: none">•1 HGE•1 Virologue (ou interniste)•1 PDS en charge de l'ETP•1 Pharmacien•1 travailleur social•1 ARC	<p><u>Au minimum :</u></p> <ul style="list-style-type: none">•1 HGE•1 Microbiologiste (ou interniste)*•1 Pharmacien•1 PDS en charge de l'ETP <p><u>Dans la mesure du possible :</u></p> <ul style="list-style-type: none">•1 travailleur social•1 ARC <p>*Remplace le virologue</p>

- Le pharmacien a toujours été inclus dans les RCP en Hépatite C
- **Seul membre permanent à pouvoir endosser un rôle médico-économique et orienter la prescription vers le choix le plus efficient**

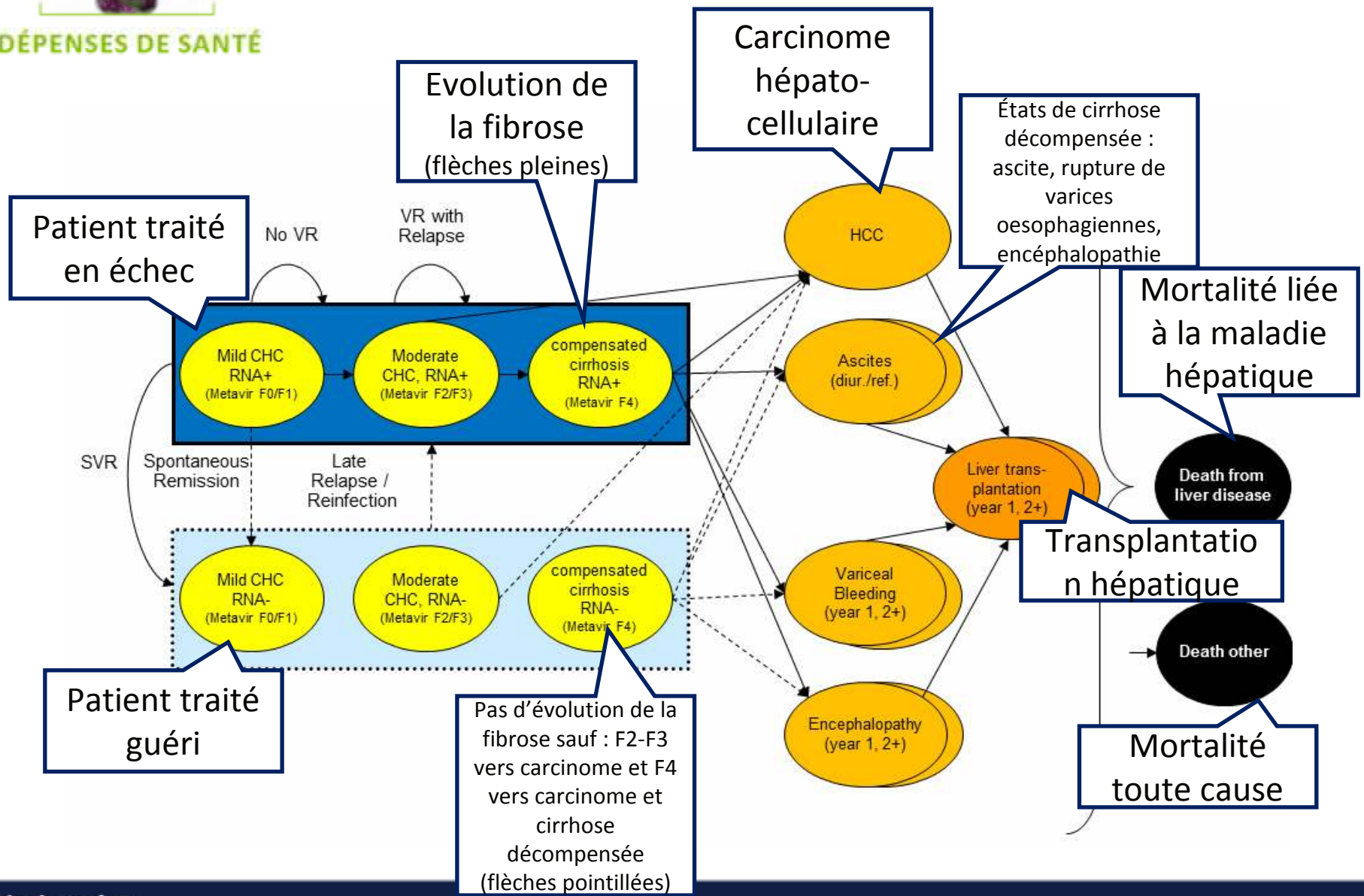
ARS : Agence Régionale de Santé

1.Lettre d'instruction relative à l'organisation, de la prise en charge de l'hépatite C par les nouveaux anti-viraux d'action directe (NAAD), 30 avril 2015.



DÉPENSES DE SANTÉ

EXEMPLE DE MODELE D'EFFICACITE EN HEPATITE C CHRONIQUE



abbvie