



GOVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction de la sécurité sociale

Sous-direction du financement
du système de soins
Mission coordination et gestion
du risque maladie

Personne chargée du dossier :

Magali VOROS

Tél. : 01 81 51 67 41

Mél. : magali.voros@sante.gouv.fr

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction de la performance
des acteurs de l'offre de soins
Bureau qualité et sécurité des soins

Personne chargée du dossier :

Anne VITOUX

Tél. : 01.40.56. 55.21

Mél. : anne.vitoux@sante.gouv.fr

Le ministre des solidarités et de la santé

Le ministre délégué auprès du ministère de l'économie,
des finances et de la relance, chargé des comptes
publics

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des
agences régionales de santé

INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DSS/MCGR/DGOS/2021/170 du 27 juillet 2021 relative au contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) : modalités du suivi des contrats actuels, de la phase transitoire en 2021 et de la mise en œuvre des nouveaux CAQES en 2022.

Date d'application : immédiate

NOR : SSAS2123422J

Classement thématique : établissements de santé

Validée par le CNP le 23 juillet 2021 - Visa CNP 2021-98

Résumé : cette instruction précise le cadrage national du CAQES tout en laissant une marge importante d'adaptations à l'initiative des régions. Ce texte vise notamment :

- à proposer des pistes d'adaptations aux évaluations des CAQES actuels au regard de la crise sanitaire ;
- à donner des éléments de précisions sur l'expérimentation des nouveaux indicateurs nationaux durant la phase transitoire en 2021 ainsi que sur la mise en œuvre du nouveau CAQES prévue pour le début du mois d'avril 2022.

Mention Outre-mer : ces dispositions s'appliquent en Guadeloupe, Guyane, Martinique, à La Réunion, Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle Calédonie, de Wallis-et-Futuna et de Saint-Pierre-et-Miquelon.

Mots-clés : établissements de santé, contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins, pertinence des soins.

Textes de référence :

- Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 ;
- Code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-30-2, L. 162-30-3 et L. 162-30-4 ;
- Code de la santé publique, notamment ses articles L. 6113-7 et L. 6113-8 ;
- Décret n° 2017-584 du 20 avril 2017 fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins ;
- Arrêté du 27 avril 2017 relatif au contrat type d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins mentionné à l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale ;
- Arrêté du 31 décembre 2020 modifiant l'arrêté du 12 décembre 2018 fixant les référentiels de pertinence, de qualité, de sécurité des soins ou de seuils, exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie mentionnés à l'article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale ;
- Instruction interministérielle N° DSS/1A/CNAMTS/2017/234 du 26 juillet 2017 relative à la mise en œuvre du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins ;
- Instruction interministérielle n° DSS/MCGRM/DGOS/PF2/CNAM/DHOSPI/2020/17 du 24 janvier 2020 relative aux modalités de suivi des CAQES durant la phase transitoire de 2020.

Circulaire / instruction abrogée : néant.

Circulaire / instruction modifiée : néant.

Annexes :

Annexe 1 : Modalités d'évaluation des indicateurs nationaux en 2021 - recommandations nationales sur l'évaluation des indicateurs du volet socle des contrats 2020 et 2021.

Annexe 2 : Rappel du calendrier 2021 indicatif.

Annexe 3 : Fiches descriptives des 4 nouveaux indicateurs nationaux.

Diffusion : les agences régionales de santé et le réseau de l'assurance maladie en région sont destinataires de cette instruction.

Le cadre législatif du CAQES, créé par la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) de 2016, a été modifié par l'article 64 de la LFSS 2020 afin de rendre le dispositif plus lisible pour les acteurs du terrain et plus efficace.

L'instruction du 24 janvier 2020 relative aux modalités de suivi des CAQES durant la phase transitoire de 2020 avait présenté les premiers contours du nouveau CAQES avec deux leviers (levier incitatif et levier de mise sous surveillance) ainsi que les modalités de la phase transitoire.

En raison de la crise sanitaire, l'entrée en vigueur du nouveau CAQES a été dans un premier temps repoussée au 1^{er} janvier 2022. Au regard de la prolongation de la crise sanitaire, un nouveau décalage de trois mois a été décidé. L'entrée en vigueur des nouveaux CAQES est donc prévue pour le début du mois d'avril 2022.

Dans ce contexte, tout en laissant une très importante marge d'adaptation des contrats à l'initiative des régions, la présente instruction a pour objectif de préciser le cadrage national concernant :

- Les évaluations des CAQES actuels (contrats 2020 et 2021) ;
- Les modalités de la phase transitoire (durant l'année 2021) ;
- La préparation de la mise en œuvre des nouveaux CAQES.

I. Evaluation des CAQES actuels

Les dispositions législatives de la LFSS pour 2021 n'impactent pas les contrats actuels, qui prendront tous fin au 31 décembre 2021. Jusqu'à cette date, les engagements pris avec les établissements se poursuivent donc et doivent être évalués en tenant compte, le cas échéant, du contexte sanitaire COVID 19.

Les CAQES en cours en 2020 et 2021 font l'objet d'une évaluation respectivement en 2021 et 2022, sur la base de l'arrêté du 31 décembre 2020 modifiant l'arrêté du 12 décembre 2018 fixant les référentiels de pertinence, de qualité, de sécurité des soins ou de seuils, exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie mentionnés à l'article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale. Ces évaluations permettront d'avoir un suivi sur quatre ans des indicateurs définis en 2018.

Un moratoire de deux ans sur les sanctions en cas de non atteinte des résultats a été prononcé en 2017. Celui-ci est prolongé pour les contrats en cours en 2020 et 2021. L'évaluation de ces contrats ne fera donc pas l'objet de sanctions en cas de non atteinte des résultats.

- L'évaluation en 2021 des CAQES de l'année 2020

De manière générale, il conviendrait de neutraliser les indicateurs à taux d'évolution non évaluables en l'état.

S'agissant de l'évaluation des indicateurs obligatoires, les recommandations nationales retenues figurant en annexe 1 sont portées à **titre d'indication**.

S'agissant des indicateurs régionaux, une concertation doit être menée entre les agences régionales de santé (ARS) et le réseau de l'assurance maladie sur les neutralisations et aménagements nécessaires pour les indicateurs régionaux les plus impactés par la crise sanitaire. Ces évolutions pourront ensuite être présentées et concertées avec les organisations représentatives des établissements en régions.

Dans la mesure où l'aménagement a été acté par les fédérations, il ne sera pas nécessaire de formaliser un avenant pour chaque CAQES.

- L'évaluation en 2022 des CAQES de l'année 2021

Suivant l'évolution de la situation sanitaire, les règles adoptées pour l'année 2021 seront globalement reconduites sur l'année 2022, avec des variations sur certains indicateurs. Ainsi les recommandations prévues à ce stade sont présentées en annexe 1.

A noter que l'indicateur « Taux de prescriptions incluant le numéro du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) du prescripteur et le numéro du fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) de l'établissement » est précisé en 2021 et devient « Taux de prescriptions incluant le numéro RPPS du prescripteur et le numéro FINESS **géographique** de l'établissement ».

L'intéressement régional est financé sur le fonds d'intervention régional (FIR) et il doit être utilisé pour mobiliser les établissements sur l'atteinte de leurs objectifs en matière de pertinence et d'efficience.

II. Rappel des modalités de la phase transitoire

L'année 2021 constitue une période transitoire afin de préparer le déploiement du nouveau CAQES.

Pour le levier incitatif, il s'agit :

- de tester avec des établissements de santé volontaires et ciblés quatre indicateurs nationaux qui pourraient faire l'objet d'une contractualisation en 2022 : taux de recours 1) aux ambulances par rapport au transport assis, 2) aux prescriptions des inhibiteurs de la pompe à protons, 3) aux prescriptions de perfusions à domicile et 4) aux examens pré-anesthésiques pour des actes de chirurgie mineure ;
- de sélectionner et identifier les autres indicateurs, nationaux et régionaux, qui doivent faire l'objet d'une contractualisation en 2022, dans la limite de 15 au total ;
- de créer les outils de suivi et de reporting nécessaires à la contractualisation et au déploiement des contrats en 2022.

La présente instruction détaille les modalités de la phase transitoire concernant **le levier incitatif**.

- Ciblage des établissements

En anticipation des nouveaux CAQES entrant en vigueur en 2022, il a été proposé à des établissements volontaires de tester dès 2021, quatre nouveaux indicateurs, correspondant aux priorités nationales en matière de gestion du risque. Ces indicateurs vous ont été présentés par l'instruction du 24 janvier 2020 relative aux modalités de suivi des CAQES durant la phase transitoire de 2020.

Cette procédure simplifiée a été prévue via la publication de l'arrêté du 31 décembre 2020 afin de faciliter les démarches. Celui-ci précise les thématiques prioritaires au niveau national, les indicateurs retenus, les modalités de calcul de l'intéressement ainsi que la liste des établissements engagés dans la démarche (annexe de l'arrêté du 31 décembre 2020 modifiant l'arrêté du 12 décembre 2018 fixant les référentiels de pertinence, de qualité, de sécurité des soins).

La signature d'un avenant au CAQES en cours n'est donc pas nécessaire.

254 établissements se sont portés volontaires. Les établissements se sont engagés sur un ou plusieurs indicateurs :

- L'indicateur IPP (inhibiteurs de la pompe à protons) concerne 37 % des établissements volontaires ;
- L'indicateur PERFADOM (perfusion à domicile) concerne 47 % des établissements ;
- L'indicateur « examens pré-anesthésiques » concerne 47 % des établissements ;
- L'indicateur « transports » concerne 52 % des établissements.

Ces établissements sont répartis sur 15 régions de France. Trois régions seront absentes de l'expérimentation : la Corse, la Guyane et Mayotte.

- Evaluation de l'expérimentation en 2022

L'évaluation en 2022 pourra se faire sur la base des résultats 2021 **comparés, selon les indicateurs, aux données 2019**.

Le déploiement de ces indicateurs fera l'objet d'un suivi régulier au niveau national et les premiers résultats seront diffusés en septembre 2021. Néanmoins, l'intéressement sera attribué au regard de l'évaluation en année pleine.

Enfin, s'agissant d'une phase de test sur quatre indicateurs seulement, il n'est pas prévu en 2021 de mettre en place d'intéressement plancher, malgré les gains potentiellement limités pour certains établissements.

Le FIR sera abondé pour 2022 pour permettre aux ARS de déléguer ces intéressements en 2022 sur la base des résultats constatés en 2021.

Pour rappel, cet intéressement dit national, pour les quatre premiers indicateurs qui seront testés en 2021, offre la possibilité à des établissements volontaires de récupérer 20 à 30 % des économies générées par leurs actions.

Durant cette expérimentation, pour permettre au niveau régional de s'accorder sur les montants à déléguer en 2022 dans ce cadre, la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) transmettra à titre indicatif deux informations :

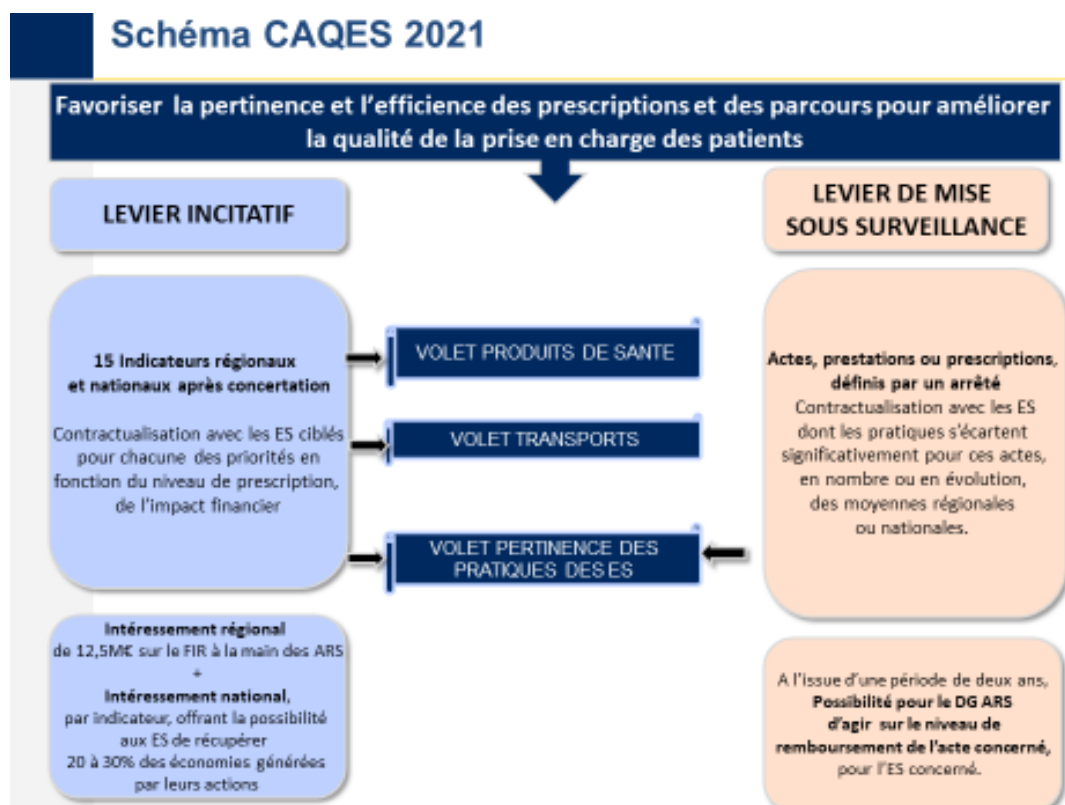
- Les montants qui devraient être délégués si seul le **FINESS géographique** était pris en compte ;
- Les montants avec prise en compte des dépenses imputées à l'entité juridique durant la phase transitoire pour certains établissements.

Le montant à déléguer est déterminé au niveau régional sur la base de ces informations exhaustives.

En conséquence, certains établissements ayant souhaité s'engager également dans l'expérimentation bénéficieront le cas échéant des deux types d'intéressement en 2022 (national et régional). En cas de redondance ou de complémentarité entre des indicateurs du CAQES actuel et des indicateurs nationaux expérimentés en 2021, l'ARS et les caisses peuvent adapter le montant de l'intéressement global pour éviter de sur-rémunérer l'atteinte de certains objectifs.

III. Anticiper la mise en œuvre des nouveaux CAQES

- Présentation du nouveau dispositif



Dorénavant, le nouveau CAQES est composé de trois volets :

- a) Le 1^{er} volet « produits de santé » (bon usage des médicaments, des produits et prestations) ;
- b) Le 2^{ème} volet « organisation des soins » (amélioration de l'organisation des soins portant notamment sur les transports).
Ce volet pourra couvrir d'autres thématiques que celle des transports, dans le périmètre de l'organisation des soins.
- c) Le 3^{ème} volet « promotion de la pertinence des actes, prescriptions et prestations ».

Ce troisième volet peut éventuellement comporter une partie dédiée au dispositif de mise sous surveillance pour les actes en sur-recours. Ce dispositif est détaillé en partie II.

➤ Levier incitatif

Afin de simplifier la démarche, il sera, en 2022, obligatoire de contractualiser uniquement pour les **établissements ciblés au regard de leurs résultats observés sur les indicateurs définis, et non plus pour l'ensemble des établissements**. Le pré-ciblage pour les indicateurs nationaux s'effectuera sur la base des données 2019, en fonction des écarts constatés à des seuils exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie.

Le pré-ciblage national permet de déterminer les montants prévisionnels des intéressements par région dans le FIR.

Le ciblage étant juridiquement nécessaire pour les contractualisations avec les établissements, la liste de ces établissements pré-ciblés peut être revue, le cas échéant, par le directeur général de l'ARS (DGARS) en concertation avec la Direction de la coordination de la gestion du risque (DCGDR) afin de pouvoir y inclure de nouveaux établissements.

En cas d'ajout de nouveaux établissements, cela impliquera mécaniquement pour l'ARS une diminution du montant de l'intéressement par établissement.

Par ailleurs, suivant l'évolution de la situation des établissements de sa région, l'ARS peut choisir la fréquence de révision de la liste des établissements ciblés (tous les 1, 2, 3, 4 ou 5 ans), la durée maximale des contrats étant de 5 ans. A cette occasion, il sera également possible, si l'ARS le souhaite, de faire sortir les établissements ayant atteint leurs objectifs avant le terme de leur contrat, sous réserve de leur accord, ainsi que les établissements ayant fermé ou fusionné avec un autre établissement.

A noter, s'agissant des indicateurs nationaux, quelle que soit la fréquence de révision de la liste décidée par la région, la transmission des données du pré-ciblage national sera assurée annuellement.

En cas de refus par l'établissement ciblé de conclure un CAQES, le DG de l'ARS pourra prononcer, comme c'est déjà le cas actuellement, après avoir recueilli les observations de l'établissement, une sanction financière correspondant à 1 % du montant reçu de l'Assurance maladie lors de l'exercice précédent.

La signature pour une durée indéterminée est abandonnée et remplacée par une contractualisation pour une durée maximale de 5 ans (**durée préconisée de 3 à 5 ans** conformément aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), temps nécessaire pour permettre aux établissements sanitaires (ES) de modifier leurs pratiques. Cette durée peut être uniforme pour une région.

Le dispositif d'intéressement du CAQES est composé de deux parties : intéressement dit national (mais pouvant être modulé par la région, comme indiqué ci-dessus) calculé sur les indicateurs déterminés au niveau national, avec un reversement de 20 % à 30 % des économies générées selon l'indicateur, et intéressement dit régional calculé sur les indicateurs déterminés au niveau régional (et donc, dans ce dernier cas, pas nécessairement assis sur une économie réalisée). **Dans les deux cas, les intéressements seront délégués par l'intermédiaire du FIR.**

➤ Levier de mise sous surveillance

Afin de maîtriser le « sur-recours », les ARS auront la possibilité de fixer, pour un établissement en situation de sur-recours sur certains actes, prestations et prescriptions, un volume cible d'activité. A l'issue d'une période d'observation, si cet établissement demeure significativement au-delà des taux de recours nationaux, le DG de l'ARS pourra, après une procédure contradictoire et pour le volume d'actes excédant le volume maximum fixé, minorer les tarifs nationaux des actes, prestations et

prescriptions considérés. Conformément aux dispositions législatifs et réglementaires, la liste des actes, prestations et prescriptions concernées fera l'objet d'un arrêté dédié. Ces actes, prescriptions et prestations seront distincts de la liste des 15 indicateurs nationaux et régionaux concernés par le levier incitatif. **Les modalités de mise en œuvre de ce levier seront détaillées dans une instruction ultérieure.**

Pilotage et suivi des nouveaux contrats au niveau des régions et des établissements

Il est préconisé, par ailleurs, par le ministère et la CNAM, la désignation des référents thématiques pour chaque volet du contrat, au sein des établissements de santé, chargés d'apporter aux professionnels exerçant au sein de l'établissement une vision globale du dispositif.

- Levier incitatif : ciblage des établissements

Le ciblage, l'évaluation et de calcul des intéressements se feront à partir des seuls FINESS géographiques.

- Pré-ciblage national

La liste des thématiques des indicateurs nationaux pour le pré-ciblage national est la suivante :

- a) 5 indicateurs pour le volet « produits de santé » :
 - Prescription des IPP ;
 - Prescription des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA-II) et associations (fiche en annexe 3) ;
 - Prescription d'ézétimibe et associations (fiche en annexe 3) ;
 - Prescriptions de Perfadom ;
 - Prescription de pansements (fiche en annexe 3).
- b) 1 indicateur pour le volet « organisation des soins, dont transport » :
 - Recours aux ambulances par rapport au transport assis.
- c) 2 indicateurs pour le volet « promotion de la pertinence des actes, prescriptions et prestations » :
 - Examens pré-anesthésiques (EPA) ;
 - Réhospitalisation après un épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque (fiche en annexe 3).

Les données de pré-ciblage sont fournies par la CNAM et le ministère aux ARS et DCGDR dans le courant du mois de juillet 2021, pour l'ensemble des indicateurs nationaux (cf. le calendrier 2021-2022 en **annexe 2**).

- Ciblage régional

S'agissant des indicateurs nationaux :

Sur la base du pré-ciblage national, il est conseillé de définir, si possible, **dès l'été 2021** un ciblage régional sur des principes et critères choisis conjointement entre les ARS et l'Assurance maladie en région dans le respect des principes suivants :

- Impossibilité d'exclure un indicateur national du ciblage (nécessité d'avoir au moins un établissement ciblé) ;
- Possibilité de compléter un indicateur national avec un indicateur régional plus adapté aux besoins régionaux ;
- Possibilité de retirer exceptionnellement certains établissements du pré-ciblage national en commun accord avec l'ARS et l'organisme local d'Assurance maladie.

S'agissant des indicateurs régionaux :

Les régions sont responsables du ciblage pour les indicateurs régionaux. Les règles de ciblage régional seront les mêmes que celles du ciblage national : chaque région devra déterminer au niveau régional jusqu'à **7 indicateurs régionaux génériques, et effectuer le ciblage sur l'ensemble des établissements pour ces indicateurs afin de déterminer ceux éligibles au CAQES**. Elles peuvent définir ces indicateurs régionaux suivant un cadre plus élargi que celui du PAPRAPS. Elles peuvent également choisir des indicateurs régionaux parmi les anciens indicateurs nationaux. Toutefois, ces indicateurs doivent être cohérents avec le plan d'action pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS).

La gestion des indicateurs régionaux relevant de la responsabilité des régions, il leur sera possible d'opter pour une montée en charge progressive dans la production de leurs indicateurs (jusqu'à atteindre 7 indicateurs régionaux maximum) et donc d'effectuer un ciblage annuel au fur et à mesure de cette montée en charge afin d'intégrer les nouveaux indicateurs dans le dispositif.

A noter que les modalités de calcul, pour un indicateur générique régional, peuvent varier en fonction de la nature de l'activité réalisée au sein de l'établissement (ex : hospitalisation à domicile [HAD], médecine, chirurgie et obstétrique [MCO], etc).

In fine, le périmètre du CAQES devra faire l'objet d'un échange avec les établissements avant d'arrêter la liste régionale.

S'agissant du ciblage, en général

Si un établissement n'est ciblé pour aucun indicateur national (ou s'il est retiré du pré-ciblage national), mais qu'il est ciblé pour un ou plusieurs indicateurs régionaux, il est **possible de contractualiser avec cet établissement sur la base des seuls indicateurs régionaux**.

En fonction de la nature de l'activité réalisée au sein de l'établissement (ex : HAD), le ciblage pour des indicateurs nationaux et régionaux peut être adapté.

Les négociations avec les établissements réalisées au cours du second semestre 2021 ont pour objectif :

- de présenter les résultats du pré-ciblage national et l'approche du ciblage régional ;
- d'engager un dialogue sur les thématiques et leur priorisation.

Une marge de négociation est laissée aux établissements par rapport aux thématiques sur lesquelles ils sont ciblés individuellement. Il s'agira essentiellement de présenter aux établissements le résultat du pré-ciblage national ainsi que la manière dont le ciblage régional est envisagé. Un dialogue devra être alors engagé avec les établissements concernés sur les thématiques: le nombre de thématiques, le niveau des objectifs et leur calendrier.

L'ARS peut fixer une durée de contractualisation uniforme sur son territoire avec les différents établissements et réviser la liste des établissements ciblés suivant la fréquence de son choix.

Cette négociation peut prendre plusieurs formes :

- L'ARS et l'Assurance maladie peuvent organiser un échange avec l'ensemble des établissements ciblés ;

Ou

- L'ARS et l'Assurance maladie peuvent proposer des entretiens avec les seuls établissements qui solliciteraient un échange.

Sur cette période de ciblage, les établissements peuvent envoyer des observations écrites qui seront examinées par les autres parties. Un établissement qui ne souhaiterait pas s'engager dans la signature du CAQES, peut être retiré d'un commun accord par l'ARS et la DCGDR ou a contrario faire l'objet de la procédure de sanction financière définie supra (présentation du nouveau dispositif).

A l'issue de ce processus, la liste définitive des établissements ciblés est validée conjointement par l'ARS et la DCGDR et arrêtée par le DGARS, et les contrats adressés aux établissements pour signature **au plus tard fin janvier 2022**.

- La contractualisation.
- Politique de contractualisation

L'architecture du contrat doit s'inscrire dans une démarche pragmatique pour l'ensemble des parties, et garantir une cohérence globale entre tous les indicateurs et les thèmes. Un contrat devra comprendre **de un à quinze indicateurs**, qu'ils soient nationaux ou régionaux. Les indicateurs régionaux doivent être cohérents avec le PAPRAPS.

Les règles de ciblage régionales décrites en supra entraînent les conséquences suivantes :

- seuls **7 indicateurs régionaux maximum** peuvent être retenus pour chaque ES contractant, même si ce dernier n'est ciblé pour aucun ou quelques indicateurs nationaux ;
- il ne sera pas possible de créer des indicateurs spécifiques aux ES que les régions veulent sélectionner.

Exemples de situations possibles suivant les résultats des cibrages :

- *Etablissement 1 : contractualisation sur 8 indicateurs nationaux et 7 indicateurs régionaux ;*
- *Etablissement 2 : contractualisation sur 1 indicateur national et 7 indicateurs régionaux ;*
- *Etablissement 3 : contractualisation sur 1 indicateur national ;*
- *Etablissement 4 : contractualisation sur 1 indicateur régional.*

Sous réserve du calendrier des négociations, de la disponibilité des indicateurs, de la capacité à faire des régions (en fonction de la situation sanitaire et dans le respect de l'équité de traitement des établissements de santé, la contractualisation s'opère :

- au niveau du FINESS juridique pour les établissements publics de santé ;
- au niveau du FINESS géographique pour les établissements de santé privés ;
- prioritairement au niveau du FINESS géographique pour les établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH). Dans l'hypothèse où elle se ferait au niveau juridique, elle ne pourrait pas porter sur des sites hors de la région.

Lorsque l'établissement de santé signataire du CAQES fait également l'objet du CPOM prévu à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique, ce point doit également être bien précisé dans le CAQES. Les parties prenantes doivent veiller à la bonne articulation de ces deux contrats complémentaires.

La mise en place des contractualisations à distance, au moyen des signatures électroniques, est possible et relève de la responsabilité de chaque ARS, en fonction notamment des outils mis à disposition par vos services juridiques.

- Calendrier de contractualisation

La contractualisation avec les établissements devra être engagée au cours du second semestre 2021. En effet, les CAQES actuels conclus avec des établissements qui ne seront pas identifiés en vertu de ce nouveau cadre juridique deviendront **caduques à compter du 31 décembre 2021**.

Le calendrier de contractualisation se divise en deux périodes :

- Période de réflexion : Chaque établissement dispose d'un délai réglementaire de **trois semaines** après réception de la première proposition de contrat pour y répondre. Soit il accepte de contractualiser soit il refuse en formulant des observations écrites ;
- Finalisation de la procédure : en cas d'observations formulés par l'établissement sur la proposition de contrat, cette période réglementaire de **deux semaines**, pour chaque établissement concerné, permettra la stabilisation du contrat qui pourra être contractualisé. Si au terme de cette procédure, l'établissement refuse de contractualiser, il fera l'objet de la sanction financière définie supra (présentation du nouveau dispositif).

Tous les contrats devront être signés avant le **31 mars 2022**.

Vu au titre du CNP par le secrétaire général adjoint
des ministères chargés des affaires sociales

signé

Jean-Martin DELORME

Pour les ministres et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,

signé

Franck VON LENNEP

Pour le ministre et par délégation :
La directrice générale de l'offre des soins,

signé

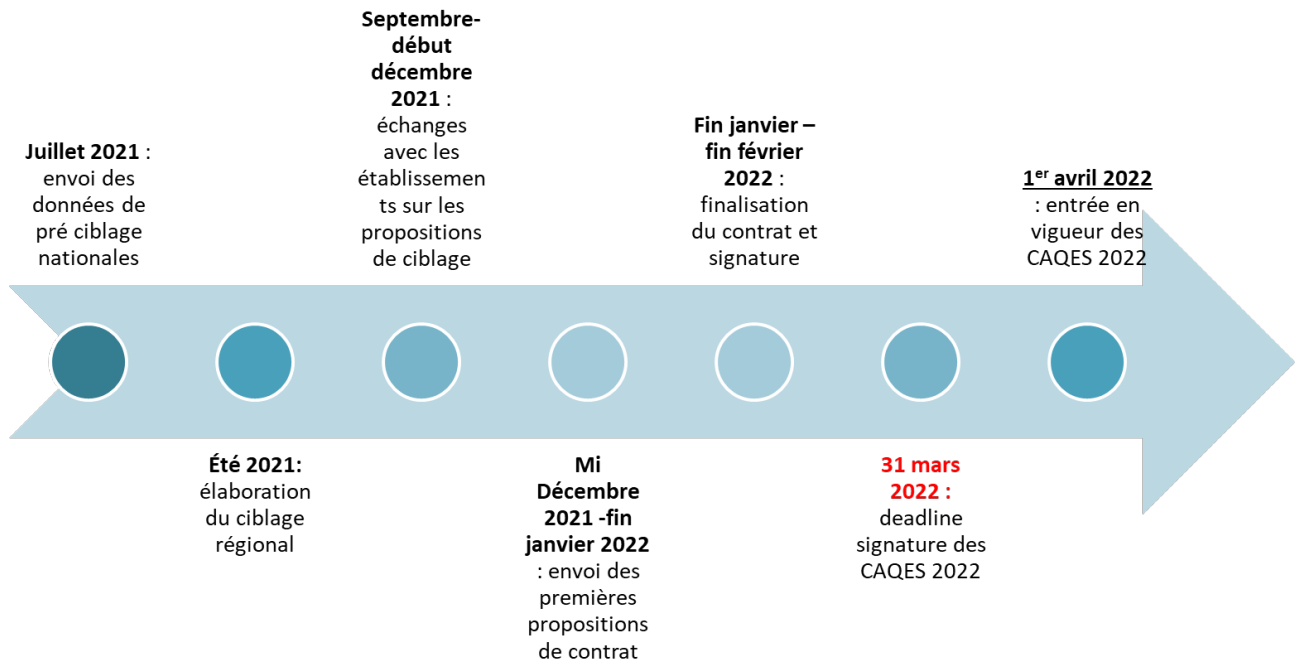
Katia JULIENNE

Annexe 1 : modalités d'évaluation des indicateurs nationaux en 2021 : recommandations nationales sur l'évaluation des indicateurs du volet socle des contrats 2020 et 2021

Thématique	Indicateurs	Proposition nationale pour l'évaluation du contrat 2020 (en 2021)	Proposition nationale pour l'évaluation du contrat 2021 (en 2022)
LAP	1- Taux de prescriptions de sortie informatisées y compris consultations externes : nombre de prescriptions de sortie informatisées / nombre total de lignes de prescriptions de sortie	Maintien de l'évaluation	Maintien de l'évaluation
LAP	2- Taux d'équipement en logiciels d'aide à la prescription dont la version opérationnelle dans le service est certifiée (en nombre de services équipés) : nombre de lits utilisant un LAP certifié/ nombre total de lits de l'établissement. - Nombre d'unités de soins utilisant un LAP certifié / nombre total d'unités de soins de l'établissement	Pas d'évaluation	Maintien de l'évaluation
RPPS-FINESS	Taux de prescriptions incluant le numéro RPPS du prescripteur et le numéro FINESS de l'établissement : - nombre d'ordonnances de sortie délivrées précisant le numéro FINESS et RPPS / nombre total d'ordonnances de sortie - nombre d'ordonnances intra-hospitalières précisant le numéro RPPS / nombre total d'ordonnances intra-hospitalières	Maintien de l'évaluation	Maintien de l'évaluation
Informatisation et traçabilité de la prise en charge (médicaments et DM)	Traçabilité des médicaments : -Nombre de lits informatisés de la prescription jusqu'à la traçabilité de l'administration/nombre de lits total Traçabilité des DMI : - nombre d'unités de DMI dont l'implantation est informatiquement tracée/ nombre total d'unités de DMI implantées - Déploiement de la classification CLADIMED [®] : nbre d'unités de DMI stockées enregistrées selon la classification CLADIMED dans l'établissement / nombre d'unités de DMI stockées dans l'établissement	Maintien de l'évaluation	Maintien de l'évaluation (suppression de l'indicateur CLADIMED)
Développement des pratiques pluridisciplinaires et en réseau			
Déploiement de pharmacie clinique-conciliation médicamenteuse	Déploiement de la conciliation médicamenteuse chez les patients priorités sur la base d'une analyse des risques Nombre de patients priorités et bénéficiant d'une conciliation médicamenteuse d'entrée et/ou de sortie / Nombre de patients priorités hospitalisés	Pas d'évaluation	Maintien de l'évaluation
Vigilance et bon usage des ATB	Nombre de traitements par ATB prescrits pour une durée de plus de 7 jours non justifié / nombre total de traitements par ATB prescrits pour une durée de plus de 7 jours.	Pas d'évaluation	Maintien de l'évaluation

Engagements relatifs aux prescriptions de médicaments dans le répertoire générique et biosimilaires			
Prescriptions			
Génériques	Taux de prescription dans le répertoire des génériques pour les PHEV : nombre de boîtes (en excluant le paracétamol du calcul) dans le répertoire des génériques en PHEV / nombre total de boîtes prescrites en PHEV	Maintien de l'évaluation	Maintien de l'évaluation
Biosimilaires (prescriptions)	*Taux de prescription des biosimilaires : Nombre d'UCD de médicaments biosimilaires prescrites par les praticiens de l'établissement / Nombre d'UCD prescrites de médicaments biologiques appartenant à la liste de référence des groupes biologiques similaires, pour les prescriptions intra hospitalières Ce taux est calculé séparément pour les médicaments des classes suivantes : EPO, anti TNF, insuline glargine, G-CSF	Pas d'évaluation	Pas d'évaluation
Biosimilaires (prescriptions)	*Taux de prescription des biosimilaires : Nombre de boîtes de médicaments biosimilaires prescrites par les praticiens de l'établissement / Nombre de boîtes prescrites de médicaments biologiques appartenant à la liste de référence des groupes biologiques similaires, pour les PHEV Ce taux est calculé séparément pour les médicaments des classes suivantes : EPO, anti TNF, insuline glargine, G-CSF	Maintien de l'évaluation	Maintien de l'évaluation
Achats			
Génériques	Nombre d'UCD délivrées appartenant au répertoire des génériques / nombre d'UCD totales délivrées aux services de l'établissement de santé	Maintien de l'évaluation	Maintien de l'évaluation
Biosimilaires	Nombre d'UCD délivrées de médicaments biosimilaires / nombre d'UCD de médicaments biologiques appartenant à la liste de référence des groupes biologiques similaires délivrées aux services de l'établissement de santé	Maintien de l'évaluation	Maintien de l'évaluation
PHEV	Taux d'évolution des dépenses de médicaments et produits et prestations prescrits en établissements de santé et remboursés sur l'enveloppe de soin de ville : montant des dépenses remboursées de l'année évaluée / montant des dépenses remboursées de l'année précédant celle de l'évaluation - hors rétrocession et hépatite C	Pas d'évaluation	Maintien de l'évaluation (année de comparaison par rapport à 2019)
Engagements relatifs à la liste en sus			
Suivi des dépenses des médicaments et DMI de la liste en sus	1) Taux d'évolution des dépenses de médicaments inscrits sur la liste en sus : montant des dépenses de médicaments de la liste en sus remboursées l'année évaluée / montant des dépenses de médicaments liste en sus remboursées l'année précédant celle de l'évaluation	Pas d'évaluation	Maintien de l'évaluation (année de comparaison par rapport à 2019)
Suivi des dépenses des médicaments et DMI de la liste en sus	2) Taux d'évolution des dépenses de produits et prestations inscrits sur la liste en sus : montant des dépenses de produits et prestations liste en sus remboursées de l'année évaluée / montant des dépenses de produits et prestations de la liste en sus remboursées l'année précédant celle de l'évaluation	Pas d'évaluation	Maintien de l'évaluation (année de comparaison par rapport à 2019)
Suivi des dépenses des médicaments et DMI de la liste en sus	3) Taux de prescriptions hors référentiels (RTU, AMM) pour les médicaments et produits et prestations de la liste en sus : nombre d'initiation de traitement (patients) hors référentiel / nombre d'initiation de traitement (patients) total	Maintien de l'évaluation	Maintien de l'évaluation

Annexe 2 : rappel du calendrier 2021 indicatif



Ce calendrier est indicatif et est bien entendu soumis aux contraintes pesant sur la charge de travail des ARS et des établissements.

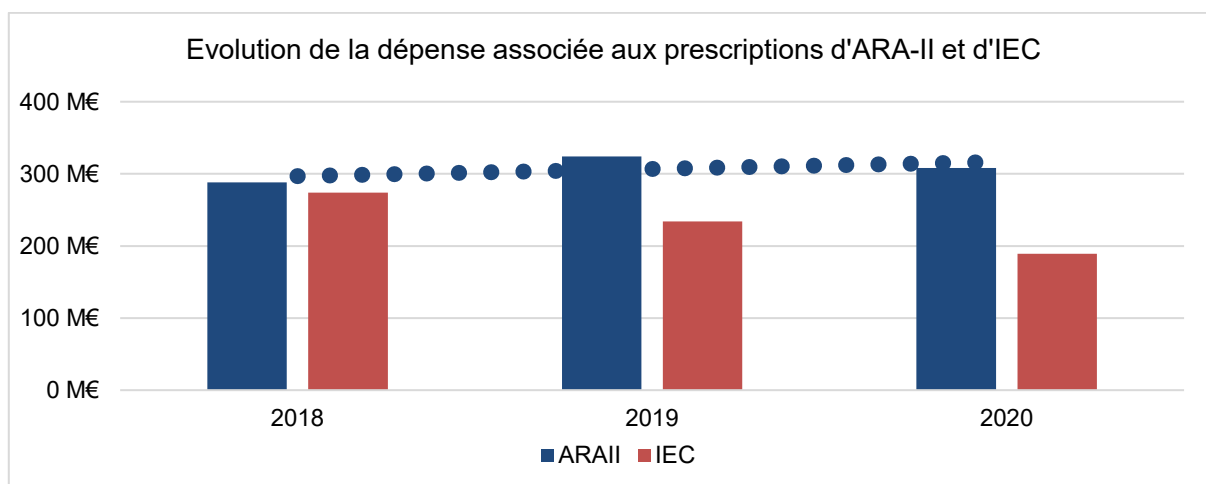
Annexe 3 : fiches descriptives des 4 nouveaux indicateurs nationaux

A noter que les fiches des 4 autres indicateurs nationaux, déjà expérimentés en 2021, ont été transmises via l'instruction interministérielle n° DSS/MCGRM/DGOS/PF2/CNAM/ DHOSPI/2020/17 du 24 janvier 2020 relative aux modalités de suivi des CAQES durant la phase transitoire de 2020.

Indicateur prescription des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA-II) et associations

1. Contexte

L'indicateur porte sur la prescription des antihypertenseurs inhibiteurs du système rénine-angiotensine : inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) et antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA-II). Ces médicaments sont utilisés seuls ou en association notamment dans la prise en charge de l'hypertension artérielle et l'insuffisance cardiaque. Dans la prise en charge de ces pathologies, les récentes données cliniques ne permettent pas de différencier ces deux classes de médicaments, en particulier s'agissant de morbi-mortalité^{1 2}. Pour autant, et lorsque ces prescriptions sont envisagées, il est recommandé de prescrire plutôt un IEC qu'un ARA-II en première intention et de réserver ainsi les ARA-II aux patients intolérants ou présentant une contre-indication aux IEC³.



Sur la période 2018-2020, il est constaté que la répartition des volumes de prescriptions (en UCD) est à peu près identique entre IEC (et associations) et ARA-II (et associations) alors que les IEC doivent être utilisés en première intention. Néanmoins, avec l'arrivée de nouvelles associations particulièrement onéreuses, la dépense d'ARA-II a augmentée et représente en 2020 près de 62 % de la dépense sur cette classe thérapeutique (contre 50 % en 2018). Cela s'explique principalement par une différence de prix entre ces deux classes thérapeutiques en particulier s'agissant des associations.

Ces prescriptions sont également initiées à l'hôpital puis renouvelées en ville, ainsi une action ciblant les prescriptions hospitalières réalisées en ville (PHEV) est envisagée pour favoriser la prescription en première intention des IEC (et associations) et prioriser le recours aux ARA-II (et associations) aux patients intolérants ou présentant une contre-indication aux IEC.

¹ ACC/AHA (American College of Cardiology/ American Heart Association), Key Data Elements and Definitions for Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Data Standards, 2021.

² ESC/ESH (European Society of Cardiology/ European Society of Hypertension), Guidelines for the management of arterial hypertension, 2018.

³ HAS (Haute Autorité de santé), Traiter l'hypertension artérielle essentielle non compliquée - Comment choisir entre IEC et ARA II ?, 2010.

2. Objectif

L'objectif est d'encourager la prescription des IEC et associations en première intention et de réserver la prescription des ARA-II et associations aux situations d'échecs et/ou d'intolérances aux IEC. Une action mettant en place des indicateurs cibles pour les prescripteurs est pertinente, et a déjà été retenue en Belgique⁴.

Ainsi, deux indicateurs relatifs à ces PHEV seront implémentés dans le CAQES avec :

- un indicateur couplé à une incitation financière, pour les prescripteurs, à l'atteinte de la cible, afin de réserver la prescription des ARA-II (et associations) aux situations d'échecs et/ou d'intolérances aux IEC ;
- un indicateur informatif sans incitation financière qui permettra aux établissements de suivre la répartition des prescriptions entre IEC (et associations) et ARA II (et associations).

3. Construction de l'indicateur avec incitation financière

Chaque année N, et pour chaque établissement de santé identifié par son numéro FINESS géographique dans le système national des données de santé (SNDS), nous comparerons l'évolution, entre les années N et N-1, des dépenses remboursées en ville (corrigées de l'effet prix) liées aux prescriptions d'ARA-II et d'IEC (et associations) émanant de l'établissement de santé. La réalisation d'économies entre ces deux années, sur les ordonnances exécutées en ville d'ARA-II et d'IEC (et associations) sur un établissement donné, permettra à cet établissement de santé d'être rémunéré à hauteur de 30 % de la dépense économisée par l'assurance maladie obligatoire. Pour le calcul de l'indicateur, les modifications de prix seront prises en compte. Par ailleurs, le volume total de prescriptions sera suivi d'une année sur l'autre et pourra en cas de variation importante être utilisé pour corriger la rémunération.

a) Calcul et mise en œuvre de la rémunération incitative

La réalisation d'économies entre l'année N-1 et N sur les prescriptions exécutées en ville d'ARA-II et d'IEC (et associations) pour un établissement donné permettra à cet établissement de santé d'être rémunéré à hauteur de 30 % des économies générées (dépenses évitées) par l'assurance maladie obligatoire.

Indicateur couplé à une incitation financière (année N) = [(dépense remboursée PHEV d'ARA-II et d'IEC (et associations) issue des prescriptions de l'établissement en année N) - (dépense remboursée PHEV d'ARA-II et d'IEC (et associations) issue des prescriptions de l'établissement en année N-1)] x 0,3

b) Exemple de rémunération d'un établissement hospitalier

En année N-1, un établissement a prescrit des ARA-II et d'IEC (et associations) qui ont entraîné une dépense en ville de 1 000 000 €. En année N, ce même établissement a diminué la dépense issue de ses prescriptions de ville à hauteur de 900 000 €. Il sera donc reversé à l'établissement une incitation de 30 000 € sur une économie réalisée de 100 000 € pour l'assurance maladie. Cette économie devra pour partie (au moins 50 %) être reversée aux services ayant contribué à l'amélioration de la dépense. Pour le suivi de cet indicateur, l'établissement recevra une à deux extractions au cours de l'année N pour permettre un suivi des dépenses.

⁴ INAMI (Institut national d'assurance maladie-invalidité), Recommandations pour mieux prescrire les médicaments en première ligne, 2015.

4. Construction de l'indicateur informatif

Cet indicateur couplé à un intéressement sera également associé à un autre indicateur qui sera transmis aux établissements afin d'améliorer la compréhension de la problématique et de faciliter la mise en œuvre d'actions de pertinence sur le terrain. Cet indicateur portant sur le taux relatif de prescription d'ARA-II et associations par rapport à la prescription d'IEC et associations, restera incitatif et ne contribuera pas au calcul des économies générées.

Indicateur informatif (année N) = [Volume d'ARA-II et associations prescrits en UCD en année N] / [Volume d'ARA-II et associations prescrits en UCD en année N + Volume d'IEC et associations prescrits en UCD en année N]

5. Ciblage des établissements

Le ciblage des établissements de santé repose sur deux critères constatés en 2019 : un taux de prescription d'ARA-II élevé par rapport aux IEC (ARA-II / IEC \geq 40 %) et un niveau de dépense minimale (\geq 20 000 euros) :

1	Critère : taux de prescription d'ARA-II élevé en UCD Seuil : \geq 40% Objectif : réserver les ARA-II après échec / intolérance aux IEC	2909 ES
2	Critère : niveau de prescription d'ARA-II en dépense Seuil : \geq 20 000 euros Objectif : obtenir in fine un intéressement attractif	192 ES

Compte tenu de ces éléments, le ciblage pourra porter sur 192 établissements représentant près de 18 millions d'euros de dépenses liées aux ARA-II et IEC.

Indicateur prescription d'ézétimibe et associations

1. Contexte

L'indicateur porte sur la prescription d'ézétimibe et des associations à base de statine et ezétimibe. L'ézétimibe est un inhibiteur de l'absorption intestinale du cholestérol utilisé dans la prise en charge de l'hypercholestérolémie. En bithérapie, associé à une statine, il permet d'optimiser cette prise en charge thérapeutique. Cependant, l'utilisation de statines en monothérapie reste à privilégier en première intention notamment au regard des études disponibles qui ont démontré un bénéfice en morbi-mortalité, sur la prévention des événements cardiovasculaires et décès toutes causes. Il n'y a donc pas lieu de prescrire l'ézétimibe avant d'avoir éprouvé l'efficacité et la tolérance d'une statine en monothérapie et si besoin à la plus forte dose autorisée⁵.

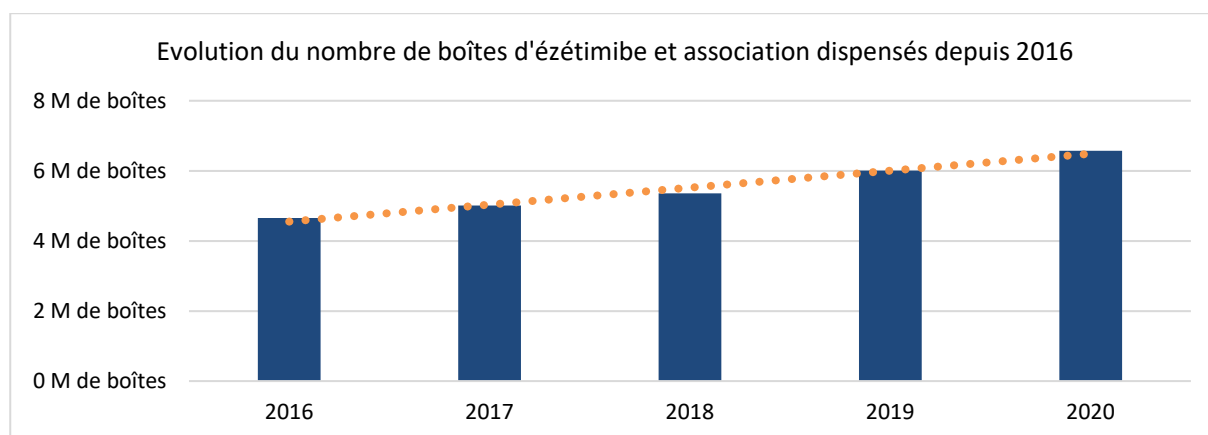


Figure 1 Evolution du nombre de boîtes d'ézétimibe et association dispensés depuis 2016 (Données Medic'AM - PHEV et ville)

Depuis 2016, le volume de prescriptions d'ézétimibe et associations est en hausse de 41 % (en boîtes dispensées). Selon le rapport charges et produits de la CNAM, cette augmentation du volume de prescription est également associée à un important mésusage qui représente jusqu'à 63 % des prescriptions⁶. L'analyse des bases de données de l'assurance maladie montre effectivement que de nombreux patients bénéficient de ces traitements en première intention alors qu'une monothérapie avec une statine est recommandée.

Ces prescriptions sont également initiées à l'hôpital puis renouvelées en ville, ainsi une action ciblant les prescriptions hospitalières réalisées en ville (PHEV) est envisagée pour accompagner les prescripteurs hospitaliers et limiter le recours à l'ézétimibe dès lors que la prescription d'une statine n'a pas été éprouvée en première intention.

2. Objectif

L'objectif est de réserver la prescription d'ézétimibe en seconde intention après avoir testé l'efficacité et la tolérance d'une statine en monothérapie et si besoin à la plus forte dose autorisée. Une action similaire est déjà mise en œuvre dans le cadre de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) en médecine de ville (médecins généralistes et spécialistes) ; aussi une action ciblant les prescripteurs hospitaliers est à la fois pertinente et cohérente pour compléter le dispositif de sensibilisation à ce mésusage.

Ainsi, deux indicateurs relatifs à ces PHEV seront implémentés dans le CAQES avec :

- un indicateur couplé à une incitation financière, pour les prescripteurs, à l'atteinte de la cible, afin de réserver la prescription d'ézétimibe (et associations) aux situations d'échecs et/ou d'intolérances aux statines ;

⁵ HAS, Quelle place pour l'ézétimibe dans l'hypercholestérolémie ?, 2006.

⁶ CNAM, Rapport charges et produits, 2021.

- un indicateur informatif sans incitation financière qui permettra aux établissements de suivre la répartition des prescriptions entre statines et ézétimibe (et associations).

3. Construction de l'indicateur avec incitation financière

Chaque année N, et pour chaque établissement de santé identifié par son numéro FINESS dans le SNDS, nous comparerons l'évolution, entre les années N et N-1, des dépenses remboursées en ville (corrigées de l'effet prix) liées aux prescriptions d'ézétimibe et associations émanant de l'établissement de santé. La réalisation d'économies entre ces deux années, sur les ordonnances exécutées en ville d'ézétimibe et associations sur un établissement donné, permettra à cet établissement de santé d'être rémunéré à hauteur de 30 % de la dépense économisée par l'assurance maladie obligatoire. Pour le calcul de l'indicateur, les modifications de prix seront prises en compte. Par ailleurs, le volume total de prescriptions sera suivi d'une année sur l'autre et pourra en cas de variation importante être utilisé pour corriger la rémunération.

c) Calcul et mise en œuvre de la rémunération incitative

La réalisation d'économies entre l'année N-1 et N sur les prescriptions exécutées en ville d'ézétimibe et associations pour un établissement donné permettra à cet établissement de santé d'être rémunéré à hauteur de 30 % des économies générées (dépenses évitées) par l'assurance maladie obligatoire.

Indicateur couplé à une incitation financière (année N) = [(dépense remboursée PHEV d'ézétimibe et associations issue des prescriptions de l'établissement en année N) - (dépense remboursée PHEV d'ézétimibe et associations issue des prescriptions de l'établissement en année N-1)] x 0,3

d) Exemple de rémunération d'un établissement hospitalier

En année N-1, un établissement a prescrit de l'ézétimibe et associations qui ont entraîné une dépense en ville de 1 000 000 €. En année N, ce même établissement a diminué la dépense issue de ses prescriptions de ville à hauteur de 900 000 €. Il sera donc reversé à l'établissement une incitation de 30 000 € sur une économie réalisée de 100 000 € pour l'assurance maladie. Cette économie devra pour partie (au moins 50 %) être reversée aux services ayant contribué à l'amélioration de la dépense. Pour le suivi de cet indicateur, l'établissement recevra une à deux extractions au cours de l'année N pour permettre un suivi des dépenses.

4. Construction de l'indicateur informatif

Cet indicateur couplé à un intéressement sera également associé à un autre indicateur qui sera transmis aux établissements afin d'améliorer la compréhension de la problématique et de faciliter la mise en œuvre d'actions de pertinence sur le terrain. Cet indicateur portant sur le taux relatif de prescription d'ézétimibe et associations par rapport à la prescription de statines, restera incitatif et ne contribuera pas au calcul des économies générées.

Indicateur informatif (année N) = [Volume d'ézétimibe et associations prescrits en UCD en année N] / [Volume d'ézétimibe et associations prescrits en UCD en année N + Volume de statines prescrits en UCD en année N]

5. Ciblage des établissements

Le ciblage des établissements de santé repose sur deux critères constatés en 2019 : un taux de prescription d'ézétimibe élevé par rapport aux statines (ézétimibe / statines $\geq 9\%$) et un niveau de dépense minimale ($\geq 20\,000\text{ €}$) :

1	Critère : taux de prescription d'ézétimibe élevé en UCD Seuil : $\geq 9\%$ Objectif : cibler les prescripteurs ayant une marge de progression	1768 ES
2	Critère : niveau de prescription d'ézétimibe en dépense Seuil : $\geq 20\,000$ euros Objectif : obtenir in fine un intéressement attractif	125 ES

Compte tenu de ces éléments, le ciblage pourra porter sur 125 établissements représentant près de 7 millions d'euros de dépenses associée à ces prescriptions.

1. Contexte

La dépense publique relative aux dispositifs médicaux directement ou indirectement financée par l'Assurance maladie progresse d'environ 4 % par an depuis 2015, soit nettement plus rapidement que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Elle peut être évaluée à environ 15 Md€ en 2018, répartis à parts quasi-égales entre ville et hôpital.

Malgré un léger ralentissement de la dépense, cette croissance reste nettement supérieure à celle des autres dépenses de santé. Les moyens et actions mis en œuvre pour réguler ce secteur (ajustements tarifaires, refonte de la nomenclature, actions de maîtrise médicalisée) et atteindre les objectifs rehaussés d'économies demeurent insuffisamment efficaces. Dès lors, une programmation pluriannuelle de la dépense et une plus grande pertinence des prescriptions apparaissent nécessaires⁷.

Sur 7,5 Md€ de dépenses de dispositifs médicaux remboursés en ville en 2018, 10 % correspondent à des pansements.

Cette augmentation des dépenses en ville (+4.4 % de 2016 à 2019⁸) est soutenue par plusieurs facteurs :

- le vieillissement de la population (la dépense croît avec l'âge) ;
- la hausse de la prévalence de certaines pathologies dont les pathologies chroniques (diabète) et l'amélioration de leur traitement ;
- le virage ambulatoire (retours à domicile plus précoces, programmes de retour à domicile [PRADO],...) ;

et spécifiquement pour les pansements :

- la diversité des pathologies et situations cliniques concernées, la variabilité de la prise en charge thérapeutique complexifiant une « juste » prescription ;
- un marché fortement innovant avec des produits onéreux ;
- la diversité de références, tailles, formes, et noms ambigus ;
- la complexité de la nomenclature LPP (liste des produits et prestations) et en conséquence d'une prescription correcte.

La prescription doit donc être quantitative et qualitative. L'enjeu est économique et sécuritaire.

Les établissements de santé sont à l'origine d'une part importante des prescriptions des dispositifs médicaux délivrés en ville dont les pansements complexes.

L'instruction n° DSS/MCGR/DGOS/PF2/CNAMTS/DHOSPI/2017/262 du 31 août 2017 relative à la priorité de gestion du risque pour les prescriptions hospitalières exécutées en ville de médicaments et LPP rangeait le poste pansements au cinquième rang des dépenses PHEV- LPP.

Le mésusage (en particulier dans les pansements absorbants), la méconnaissance des produits (multitudes de références, noms de pansements parfois trompeurs (noms proches mais de classes différentes), tailles, formes et conditionnements différents), la difficulté de l'évaluation du stade des plaies, la mauvaise observation des protocoles ou le faible recours à ces protocoles, ou aux référents plaie et cicatrisation, la nécessité de procéder à des réévaluations, sont autant de facteurs ne permettant pas une prescription totalement efficiente au sortir de l'hôpital.

⁷ Cour des comptes, Sécurité sociale octobre 2020.

⁸ Pour le régime général incluant les SLM.

Diverses aides à la prescription ont été développées : HAS, assurance maladie (PRADO), Société française et francophone des plaies et cicatrisations, travaux des OMeDITS (observatoires des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques) et travaux des établissements de santé.

- La précision et la complétude de la prescription : nom, taille, quantité, absence de redondance (pansements de la même classe), la nature du support de prescription, des informations à destination du pharmacien d'officine, constituent des éléments contributeurs déterminants d'une prescription efficiente.

Sages-femmes, pédicures podologues, infirmiers sont autorisés à prescrire certains de ces dispositifs. Une coordination, un relais hôpital-ville est nécessaire pour assurer la continuité des soins et ajuster/adapter les prestations prescrites aux besoins du patient en fonction de l'évolution des plaies et techniques utilisées par l'infirmier.

2. Objectif

L'objectif est, dans le respect de la sécurité et de la qualité des soins, de diminuer les dépenses du poste pansements des PHEV en améliorant la pertinence et l'efficacité de la prescription hospitalière :

- en incitant les établissements à établir les prescriptions en adéquation avec les référentiels de bon usage (choix de la classe, absence de redondance sauf cas particuliers) et les dispositions réglementaires de prise en charge (la prise en charge des différentes catégories de pansements est soumise au respect des indications médicales et pour les pansements primaires au principe de non association entre eux) ;
- en établissant des prescriptions qualitatives précises, complètes (nom, taille, quantité, rythmicité du changement), adaptées en durée (en prévision d'une réévaluation), contribuant ainsi à leurs bonnes dispensation et exécution.

3. Construction de l'indicateur avec incitation financière

Périmètre des données

Les pansements sont inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale au :

« **Titre I.** - *Dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie, aliments diététiques et articles pour pansements, Chapitre 3.* - *Articles pour pansements, matériels de contention, Section 1.* - *Articles pour pansements.* ».

La nomenclature LPP donne la définition des plaies et précise les indications médicales de prise en charge. Les constats relatifs aux dépenses remboursées en 2018⁹ sur le poste pansements (toutes origines de prescriptions confondues, ville, hôpital) objectivent des parts relatives en structure de :

- **45 %** pour les pansements hydrocellulaires, 1^{er} poste de dépenses ;
- 14 % pour les compresses, 2^{ème} poste de dépenses ;
- 7 % pour les sets de pansements, 3^{ème} poste de dépenses ;
- puis les pansements en fibres de carboxyméthylcellulose (CMC), 6 %, les alginates 5 %.

Indicateur

Chaque année n et pour chaque établissement de santé identifié par son numéro FINESS dans le SNDS, nous comparerons l'évolution du montant moyen par patient, entre les années n-1 et n, liées aux prescriptions de pansements émanant de l'établissement pour l'ensemble des pansements de la section 1 du chapitre 3 du titre I de la LPPR.

La réalisation d'économies entre ces deux années, sur les prescriptions de pansements exécutées en ville pour un établissement donné, permettra à cet établissement de santé d'être rémunéré à hauteur de 30 % de la dépense économisée par l'Assurance maladie obligatoire.

Pour le calcul de l'indicateur, les modifications de tarifs et de nomenclatures seront prises en compte.

⁹ Charges et produits pour 2020, données tous régimes issues du DCIR (données de consommation inter-régimes).

4. Evaluation et intéressement

La cible à atteindre pour les établissements : retour au montant moyen par patient par catégorie d'établissement - exclusion des cas très atypiques.

Année de référence pour le montant moyen par patient par catégorie d'ES : année N-1 :

- Calcul et mise en œuvre de la rémunération incitative.

La réalisation d'économies entre l'année n-1 et n sur les prescriptions de pansements exécutées en ville pour un établissement donné permettra à cet établissement de santé d'être rémunéré à hauteur de 30 % des économies générées (dépenses évitées) par l'Assurance maladie obligatoire.

Indicateur couplé à une incitation financière (année N) = [(montant moyen par patient issu des prescriptions de l'établissement en année n) - (montant moyen par patient issu des prescriptions de l'établissement en année n-1)]*nombre de patient de l'année N *0,3

5. Ciblage

Seront ciblés les établissements (finess géographique) ayant un montant moyen par patient supérieur à **+40 % par rapport au montant moyen de leur catégorie d'établissement.**

Parmi cette première sélection, un second filtre sera opéré afin de cibler les établissements ayant un nombre de patients sur l'année N **supérieur à 100 patients.**

- Résultat : environ 190 ES ciblés (publics et privés) pour les CAQES 2022 – soit environ 31M€ en montant remboursé.

1. Contexte

L'insuffisance cardiaque est une pathologie chronique qui nécessite une prise en charge pluridisciplinaire sur le long cours, associant en fonction du stade des mesures hygiéno-diététiques adaptées, un traitement médicamenteux adapté à la capacité d'éjection du ventricule gauche et un suivi régulier, partagé entre le cardiologue et le médecin traitant.

L'insuffisance cardiaque peut évoluer de manière aiguë sous forme de décompensation, complication grave, potentiellement létale, nécessitant une hospitalisation et des soins urgents.

En France, en 2017, 140 milliards d'euros ont été remboursés par le régime général pour la prise en charge de près de 57,6 millions de personnes ; l'insuffisance cardiaque représente 2,3 milliards d'euros de ces dépenses¹⁰.

Ces dépenses augmentent en lien avec le vieillissement de la population et du nombre de personnes concernées par les pathologies chroniques. L'insuffisance cardiaque représente la moitié des séjours d'hospitalisation potentiellement évitables.

La HAS a mené des travaux sur le parcours de soins insuffisance cardiaque faisant référence¹¹. Le service de retour à domicile des patients hospitalisés PRADO a été initié par l'Assurance maladie en 2014 pour le volet insuffisance cardiaque pour anticiper les besoins du patient liés à son retour à domicile et fluidifier le parcours hôpital-ville.

Dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé, des travaux ont été menés sur le parcours pertinence insuffisance cardiaque. Il a été constaté que près du tiers des patients hospitalisés ont été réhospitalisés dans l'année suivante dont la moitié dans les 3 mois suivant la sortie du premier séjour.

Les résultats soulignent la nécessité de renforcer la coordination entre la ville et l'hôpital. Ainsi une action CAQES ciblant les réhospitalisations des patients pour décompensation d'insuffisance cardiaque est présentée. En participant à la transition entre l'hôpital et le domicile, elle constituera un levier complémentaire au levier ambulatoire pour améliorer le parcours insuffisance cardiaque.

2. Objectif

Améliorer la prise en charge coordonnée des patients insuffisants cardiaques ayant été hospitalisés. Chaque année n et pour chaque établissement de santé identifié par son numéro FINESS géographique dans le SNDS, nous comparerons l'évolution, entre les années n et n-1, des dépenses liées aux réhospitalisations non programmées des patients ayant été déjà hospitalisés pour insuffisance cardiaque dans l'établissement de santé.

La diminution du nombre de réhospitalisations générera des économies sur les séjours qui permettront de financer un intéressement à hauteur de 30 % maximum sur les économies réalisées.

3. Présentation de l'indicateur

Périmètre des données

- Etablissements MCO ;
- Etablissements publics et privés.

Source : SNDS / PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) : patients inter-régime France entière - année 2019.

Séjour de référence = premier séjour médical dans l'année pour insuffisance cardiaque aiguë (séjour index).

¹⁰ Rapport Charges et produits 2020.

¹¹ HAS, Guide du parcours de soins insuffisance cardiaque, 2014.

Sélection des séjours avec les critères suivants :

- Patients de plus de 40 ans ;
- Diagnostic principal I50, I11.0, I13.0 ou I13.2 et exclusion des groupes homogènes de malades (GHM) chirurgicaux ou médicotechniques en K, sauf pour la sélection de GHM 05C14, 05C19 et 05K10 ;
OU
- Diagnostic associé significatif I50, I11.0, I13.0 ou I13.2 et séjour en GHM 04M02 à GHM 04M08 et GHM 04M20.

Exclusion des hospitalisations de jour et des décès.

Construction de l'indicateur

Construction d'un indicateur quantitatif assorti d'indicateurs de moyens.

Le taux de réhospitalisation à 3 mois pour insuffisance cardiaque (IC) est retenu. Le choix des 3 mois correspond à une logique de mise en place du parcours de soins avec le respect des recommandations HAS qui doit être initié lors du séjour hospitalier.

$Tx = \frac{\text{Nombre de patients ayant été réhospitalisés pour IC dans les 3 mois suivant la sortie du séjour de référence}}{\text{nombre de patients ayant eu une hospitalisation pour IC}}$

Ce taux de réhospitalisation à 3 mois permettra de mesurer l'engagement de l'ES pour améliorer le parcours avec des relais ambulatoires.

Il sera assorti d'indicateurs de moyens qui peuvent être :

- Document de sortie ;
- Consultation médecin traitant dans les 8 jours suivant le retour à domicile ;
- Consultation cardiologue dans les 2 mois suivant le retour à domicile ;
- Dispositif PRADO IC mis en œuvre dans l'établissement ;
- Actions territoriales : organisation de rencontre avec les libéraux, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) afin de mettre en place un parcours optimisé ville/ hôpital ;
- Référent pour la ville ;
- Et autres éléments intégrables en région.

4. Ciblage

Il concerne les établissements ayant une activité de médecine cardiologique avec suivi de patients IC. Les critères de sélection des établissements retenus sont :

Nombre de séjours > Q1 et Tx de réhospitalisation > Q3

Et

Nombre de séjours > Q2 et Tx de réhospitalisation > Q2

Et

Nombre de ré hospitalisations > 10

5. Intéressement

Une diminution des séjours grâce à un parcours insuffisance cardiaque amélioré est attendue.

La réalisation d'économies entre l'année n-1 et n sur le montant des réhospitalisations dans un établissement donné permettra à cet établissement de santé d'être rémunéré à hauteur de 30 % maximum des économies générées (dépenses évitées).

Cet intéressement pourra être minoré par la région si les modalités de parcours ne sont pas satisfaisantes (en d'autres termes, si un socle de base (défini conjointement entre l'établissement, l'Assurance maladie et l'ARS) concernant les indicateurs de moyens n'est pas atteint).

Indicateur couplé à une incitation financière (année N) = [(dépense issue des réhospitalisations de l'établissement en année n) - (dépense issue des réhospitalisations de l'établissement en année n-1)]*30%