SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE L'ACTION
ET DES COMPTES PUBLICS

Direction de la sécurité sociale

Sous-direction du financement
du système de soins

Mission de la coordination
et gestion des risques

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

CAISSE NATIONALE
D'ASSURANCE MALADIE
DES TRAVAILLEURS SALARIÉS

Direction déléguée à la gestion
et à l'organisation des soins

Direction de l'offre de soins

Département de l'hospitalisation
(DHOSPI)

Instruction interministérielle n° SS/MCGRM/DGOS/PF2/CNAM/DHOSPI/2020/17 du 24 janvier 2020 relative aux modalités de suivi des CAQES durant la phase transitoire de 2020

NOR : *SSAS2002592J*

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP le 24 janvier 2020. – Visa CNP 2020-06.

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

Résumé : cette instruction précise les modalités de transition applicables aux CAQES en cours en 2020, notamment la prolongation du moratoire sur les sanctions, leur évaluation, ainsi que la mise en œuvre de l'intéressement et présente les indicateurs de suivi des quatre thèmes identifiés au niveau national qui seront testés dès 2020.

Mention outre-mer :

Texte applicable en :
- Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion ;
- Saint-Martin, Saint-Barthélemy ;
- Mayotte.

Texte non applicable en Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna et Saint-Pierre-et-Miquelon.

Mots clés : établissements de santé – contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins.

Références :

Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 ;

Code de la santé publique, notamment ses articles L. 6113-7 et L. 6113-8 ;

Code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-30-2, L. 162-30-3 et L. 162-30-4 ;

Décret n° 2017-584 du 20 avril 2017 fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins ;

Arrêté du 27 avril 2017 relatif au contrat type d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins mentionné à l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale ;

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'efficience des soins.

Annexes :

Annexe 1. – Indicateur prescription hospitalière exécutée en ville (PHEV) d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP).

Annexe 2. – Indicateur prescription hospitalière exécutée en ville (PHEV) de systèmes de perfusion à domicile (PERFADOM).

Annexe 3. – Indicateur examens pré-anesthésiques.

Annexe 4. – Indicateur prescription hospitalière exécutée en ville (PHEV) de transports.

La ministre des solidarités et de la santé, le ministre de l'action et des comptes publics et le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé ; Mesdames et Messieurs les directeurs coordonnateurs régionaux de la gestion du risque ; Mesdames et Messieurs les directeurs des organismes locaux d'assurance maladie ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements de santé ; Mesdames et Messieurs les coordonnateurs des observatoires du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (pour application).

Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES), contrat tripartite signé entre les établissements de santé, les ARS et l'assurance maladie, a été créé par la LFSS pour 2016. Il vise à compléter le CPOM en reprenant dans un contrat unique les objectifs de régulation des dépenses et d'amélioration des pratiques qui faisaient l'objet auparavant de multiples contrats (CAQOS produits de santé et transports, contrat de bon usage des médicaments, contrat de pertinence et contrat d'amélioration des pratiques).

Depuis le 1er janvier 2018, plus de 2000 contrats ont été signés. Toutefois, le nombre d'indicateurs comme le peu de temps laissé à la personnalisation et à la négociation des contrats n'ont pas favorisé l'adhésion souhaitée des équipes hospitalières.

Par ailleurs la montée en charge d'autres dispositifs[1], ainsi que les engagements ministériels pris le 20 novembre 2019, dans le cadre du plan « Investir pour l'hôpital » qui fait de la pertinence l'un des leviers prioritaire de régulation de notre système de santé, invitent à revoir le périmètre de ces contrats.

À l'issue de deux enquêtes qualitatives réalisées auprès des établissements du réseau assurance maladie et des agences régionales de santé, d'une phase de concertation menées avec les acteurs, il est proposé de recentrer le contrat sur un nombre limité de priorités d'amélioration de l'efficience et de la pertinence des soins.

I. – RAPPEL DES ÉVOLUTIONS LÉGISLATIVES QUI VISENT À RENFORCER LE LEVIER INCITATIF ET À DOTER LES ARS D'UN NOUVEAU LEVIER VISANT À LUTTER CONTRE LES SITUATIONS DE SUR-RECOURS

L'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a modifié les dispositions législatives s'appliquant au CAQES. Le nouveau contrat s'articulera à terme autour de deux leviers :

– un levier incitatif, avec la définition de quinze priorités au travers d'indicateurs régionaux et nationaux centrés sur l'amélioration de la pertinence et l'efficience des soins. Les établissements qui devront contractualiser seront notamment ciblés en fonction de leur niveau de prescription et de l'impact financier des économies attendues. Le dispositif d'intéressement associé à ce contrat sera renforcé. L'intéressement régional, déjà délégué à hauteur de 12,5 M€, sera complété par un intéressement national défini par indicateur, offrant la possibilité aux établissements de récupérer 20 à 30 % des économies générées par leurs actions.

  Une attention particulière sera portée à la non redondance des actes ciblés aux niveaux national et régional ;

– un levier de prévention du sur-recours, avec la création d'un outil de « mise sous surveillance » à la main des DG d'ARS. Pour environ une quinzaine d'actes, prestations ou prescriptions définis par un arrêté national, un volet supplémentaire pourra être signé entre les ARS

[1] Des changements législatifs sont intervenus sur les transports (article 80) et le financement à la qualité (IFAQ) avec une montée en charge du montant financier alloué. Les expérimentations réalisées dans le cadre de l'article 51 représentent également un levier de développement de dispositifs d'intéressement plus ciblés pour mobiliser les équipes hospitalières sur la maîtrise des coûts des prescriptions exécutées en ville (pour les médicaments biosimilaires).

et les établissements dont les pratiques s'écartent significativement, en nombre ou en évolution, des moyennes régionales ou nationales. Ce nouveau levier permettra en dernière intention et à l'issue d'une période de deux ans, d'agir sur le niveau de remboursement de l'acte concerné. La nature des données, les méthodes utilisées, et les modalités de déclinaison au niveau régional seront définies par décret.

La LFSS a prévu une entrée en vigueur à la date du 1er janvier 2021. Néanmoins une disposition transitoire prévoit que « les CAQES signés à la date de la publication de la présente loi par les établissements qui, au 1er janvier 2021, ne sont pas ciblés conformément aux nouvelles dispositions, cessent de produire leurs effets à cette date ».

L'année 2020 constitue donc une année transitoire qui doit nous permettre de préparer l'application de ces nouvelles dispositions.

Pour le volet incitatif, il s'agit :

– de tester quatre indicateurs nationaux qui pourraient faire l'objet d'une contractualisation en 2021. Ces indicateurs, qui font l'objet d'une présentation ci-après, sont relatifs au recours aux ambulances par rapport au transport assis, aux prescriptions des inhibiteurs de pompes à protons, aux prescriptions de perfusions à domicile, et 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 2021 ;
– de créer les outils de suivi et de reporting nécessaires à la contractualisation et au déploiement des contrats en 2021. Une nouvelle instruction sera diffusée en avril 2020 précisant les modalités de clôture des CAQES actuellement en cours, et le cadre des nouveaux CAQES 2021 en déclinaison de la stratégie ministérielle en matière de pertinence.

Pour le volet de prévention du sur-recours, il s'agira de :

– de définir par arrêté la liste des actes qui pourront faire l'objet de cette mesure ;
– de définir par décret les modalités d'élaboration du plan régional, la nature des données, les méthodes utilisées.

Les modalités de cette phase transitoire ont fait l'objet d'une présentation aux fédérations au niveau national.

La présente instruction a donc pour objet de préciser les modalités de suivi des CAQES en cours et de déploiement de nouveaux indicateurs en 2020, année transitoire, avant la mise en œuvre des nouveaux CAQES au 1er janvier 2021.

II. – LE SUIVI DES CAQES EN COURS (2018, 2019, 2020)

La poursuite des engagements pris avec les établissements

Les dispositions législatives de la LFSS 2020 n'impactent pas les contrats conclus en 2019 pour l'année 2020. Les engagements pris, en région, avec les établissements se poursuivent.

La nécessité d'évaluer les contrats 2018, 2019 et 2020

Les CAQES 2018 ont fait l'objet d'une première évaluation au printemps 2019, il sera nécessaire de la compléter avec des éléments plus qualitatifs concernant les résultats obtenus et l'intéressement versé.

Les CAQES 2019 et 2020 feront également l'objet d'une évaluation respectivement en 2020 et 2021, sur la base de 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 en effet d'avoir un suivi sur trois ans des indicateurs définis en 2018 et 2019, et de définir de nouvelles priorités régionales.

L'évaluation des CAQES 2019 est également primordiale pour réaliser le ciblage prévu par l'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 et définir les établissements qui feront l'objet d'un contrat en 2021.

La prolongation du moratoire en attendant la mise en œuvre des nouvelles dispositions

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 2019 et 2020 afin de permettre la mise en œuvre des dispositions relatives au « nouveau CAQES ».

L'évaluation de ces contrats ne fera donc pas l'objet de sanctions en cas de non atteinte des résultats en 2020 pour les CAQES 2019, ni en 2021 pour les CAQES 2020.

La sanctuarisation de l'intéressement régional et la possibilité de tester pour les quatre premiers indicateurs l'intéressement national

L'intéressement régional a été délégué aux agences régionales de santé en 2019 pour un montant de 12,5 M€. Il est désormais en base et il doit être utilisé pour mobiliser les établissements sur l'atteinte de leurs objectifs en matière de pertinence et d'efficience.

L'intéressement national, pour les quatre premiers indicateurs qui seront testés en 2020, offrant la possibilité aux établissements volontaires de récupérer 20 à 30 % des économies générées par leurs actions sera délégué en 2021 sur les résultats constatés en 2020.

Certains établissements ayant signé un contrat en 2020 auront donc la possibilité d'émarger sur les deux types d'intéressements en 2021. En cas de doublons sur certains indicateurs, les ARS veilleront à adapter l'intéressement régional pour éviter de sur-rémunérer l'atteinte de certains objectifs.

III. – LES QUATRE INDICATEURS QUI POURRONT FAIRE L'OBJET D'UN INTÉRESSEMENT NATIONAL

A. – Présentation des indicateurs

En anticipation des nouveaux CAQES en 2021, il est proposé de tester en 2020 avec les établissements ciblés et volontaires quatre indicateurs, correspondant aux priorités nationales en matière de gestion du risque.

Vous trouverez en annexe la présentation détaillée de ces indicateurs (fiche indicateur, présentation power point). Un outil d'aide au ciblage des établissements vous est également transmis en parallèle à cette présente instruction.

Indicateurs prioritaires au niveau national

Prescription hospitalière exécutée en ville (PHEV) d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)

Les IPP sont souvent surprescrits et rarement déprescrits. Les études montrent que ces traitements peuvent être initiés de façon non cliniquement justifiée au décours d'une hospitalisation[2]. Leur utilisation se prolongeant ainsi en ville à long terme et sans réévaluation de l'indication médicale. Ce mésusage varie de 40 % à plus de 80 % selon les populations étudiées et les critères retenus. Outre son caractère inapproprié, cette utilisation massive est problématique en raison du risque de survenue d'effets indésirables.

De nombreux réferentiels existent pour améliorer la pertinence de ces prescriptions et pour mettre en œuvre des actions de déprescription de ces médicaments. Les OMéDITs produisent et actualisent régulièrement des outils sur le bon usage des IPP et les acteurs hospitaliers sont familiers de ces référentiels qu'ils utilisent quotidiennement.

Ces éléments de constat expliquent le choix de déployer dès 2020 un premier indicateur sur les IPP. L'objectif de cet indicateur est d'inciter l'hôpital à évaluer, au cours et à l'issue du séjour hospitalier, la pertinence des prescriptions d'IPP ainsi qu'à inciter les établissements à mettre en œuvre des actions visant à réduire le mésusage d'IPP.

Il est défini de la façon suivante :

Indicateur = (Dépense remboursée PHEV IPP issue des prescriptions de l'établissement en année *N*) – (Dépense remboursée PHEV issue des prescriptions de l'établissement en année *N* – 1)

L'intéressement s'élève à 20 % de la moindre dépense. Les établissements ciblés présentent un niveau de prescription significativement élevé.

Cet indicateur couplé à un intéressement sera également associé à d'autres indicateurs connexes de bonne pratique qui seront fournis aux établissements afin d'améliorer la compréhension de la problématique et de faciliter la mise en œuvre d'actions de pertinence sur le terrain. Ces indicateurs connexes resteront indicatifs et ne contribueront pas au calcul des économies générées.

[2] ANSM, Utilisation des IPP : étude observationnelle (2018).

Prescription hospitalière exécutée en ville (PHEV) de systèmes de perfusion à domicile (PERFADOM)

La prescription de PERFADOM a très nettement augmenté et la dépense associée a progressé de près de 10 % par an depuis 2015. Il existe trois grandes modalités de perfusion prises en charge dans la nomenclature LPP relative à la perfusion à domicile (PERFADOM) : (i) par gravité ; (ii) par diffuseur ; (iii) par systèmes actifs électriques (SAE) et les coûts associés à chacun de ces trois modes de perfusion sont très variables. Aussi, à efficacité et sécurité égales, il est vertueux de choisir le traitement le moins onéreux, c'est-à-dire la perfusion par gravité.

Sur ce sujet également, les OMéDITS produisent des documents sur le bon usage et il existe un référentiel établi par la Haute Autorité de santé publié en 2010.

L'objectif est de mobiliser les établissements de santé pour les inciter à réinterroger leurs pratiques et à favoriser les prescriptions les plus efficientes au regard des situations médicales des patients concernés.

L'indicateur est défini de la façon suivante :

Indicateur = (Dépense remboursée PHEV PERFADOM (diffuseur + SAE) issue des prescriptions de l'établissement en année *N*) – (Dépense remboursée PHEV PERFADOM (diffuseur + SAE) issue des prescriptions de l'établissement en année *N* – 1)]

L'intéressement s'élève à 20 % de l'indicateur.

Les établissements ciblés présentent un niveau de prescription significativement élevé pour la prescription de perfusion par diffuseur ou par système actif électrique.

Cet indicateur couplé à un intéressement sera également associé à d'autres indicateurs connexes de bonne pratique qui seront fournis aux établissements afin d'améliorer la compréhension de la problématique et de faciliter la mise en œuvre d'actions de pertinence sur le terrain. Ces indicateurs connexes resteront indicatifs et ne contribueront pas au calcul des économies générées.

Examens pré-anesthésiques

La Société française d'anesthésie réanimation (SFAR) a élaboré des recommandations définissant les situations où les examens pré anesthésiques sont non pertinents, c'est-à-dire inutiles et non nécessaires à la bonne prise en charge du patient.

L'objectif de cet indicateur est donc d'inciter l'hôpital à améliorer la pertinence de la prescription des examens pré anesthésiques conformément aux recommandations de la SFAR.

L'indicateur composite recouvre les quatre indicateurs définis par la SFAR en lien avec la CNAM pour les situations de chirurgie mineure pour lesquelles les examens suivants sont jugés inutiles.

Indicateur 1 :	Taux de recours au bilan d'hémostase chez l'enfant, avant amygdalectomie et adénoïdectomie
Indicateur 2 :	Taux de recours au bilan d'hémostase chez l'adulte
Indicateur 3 :	Taux de recours au groupe sanguin
Indicateur 4 :	Taux de recours au ionogramme sanguin

Pour les établissements ayant plus de 1 000 examens pré-anesthésiques par an et un taux de geste évitable supérieur à 0 %, l'indicateur correspond à la part des séjours avec les prescriptions jugées inutiles sur l'ensemble des séjours entrant dans les critères de sélection.

L'intéressement est calculé, par indicateur, de la manière suivante : 30 % * Nombre de séjours évités * montant remboursable des actes * 60 % (taux de prise en charge des actes).

Sur la base de l'ensemble de ces éléments, 827 établissements peuvent être ciblés.

Prescription hospitalière exécutée en ville (PHEV) de transports

Conformément à la réforme des transports hospitaliers, l'objectif ici visé est la baisse du montant remboursé de transports en ambulance.

L'indicateur de suivi est donc défini de la façon suivante :

Indicateur = Part de l'ambulance sur le total des transports prescrits et remboursés (Ambulance + Taxi + VSL).

L'économie réalisée correspond au moindre montant remboursé au titre du transport en ambulance (évolution de l'indicateur, multipliée par le coût du transport d'ambulance).

L'intéressement s'élève à 20 % de l'économie réalisée.

Le ciblage des 350 établissements concernés a été réalisé en tenant compte des deux critères suivants sur les données du 1er semestre 2019 : une part supérieure ou égale à 20 % de l'ambulance sur le total des transports prescrits et remboursés (Ambulance + Taxi + VSL), et un montant remboursé de transport en ambulance supérieur ou égal à 200 000 €.

B. – Les conditions de déploiement des indicateurs

Un ciblage a été réalisé pour ces quatre premiers indicateurs. Ce ciblage pourra être affiné le cas échéant au niveau régional, en fonction de l'évolution d'activité des établissements, des négociations en cours ou de tout autre élément de contexte. S'agissant d'une phase transitoire, les établissements ciblés peuvent s'inscrire dans la démarche sur la base du volontariat. Il est également possible d'inscrire des établissements volontaires qui ne sont pas ciblés sur un ou plusieurs indicateurs.

Afin de faciliter les démarches, une procédure simplifiée est prévue pour contractualiser sur ces quatre indicateurs. La signature d'un avenant au CAQES en cours ne sera donc pas nécessaire.

Ainsi, nous vous remercions de nous indiquer avant le 29 février 2020 les établissements souhaitant s'engager dans la démarche.

Bien que le ciblage soit réalisé au niveau du FINESS géographique sur la base de l'outil « profil » – qui vous sera transmis parallèlement – afin de mieux cibler les actions de pertinence à mettre en œuvre, la contractualisation des contrats continue de se faire au niveau juridique (pour les établissements publics) ou géographique (pour les établissements privés). L'intéressement sera versé à l'entité juridique (ou géographique pour les établissements privés) qui pourra le redéployer vers les sites et les services qui ont produit les efforts les plus importants.

Les DCGDR et les ARS devront transmettre la liste commune des établissements (numéros finess juridiques et géographiques) et des indicateurs retenus aux adresses suivantes : caqes.cnam@assurance-maladie.fr et DSS-MCGR@sante.gouv.fr.

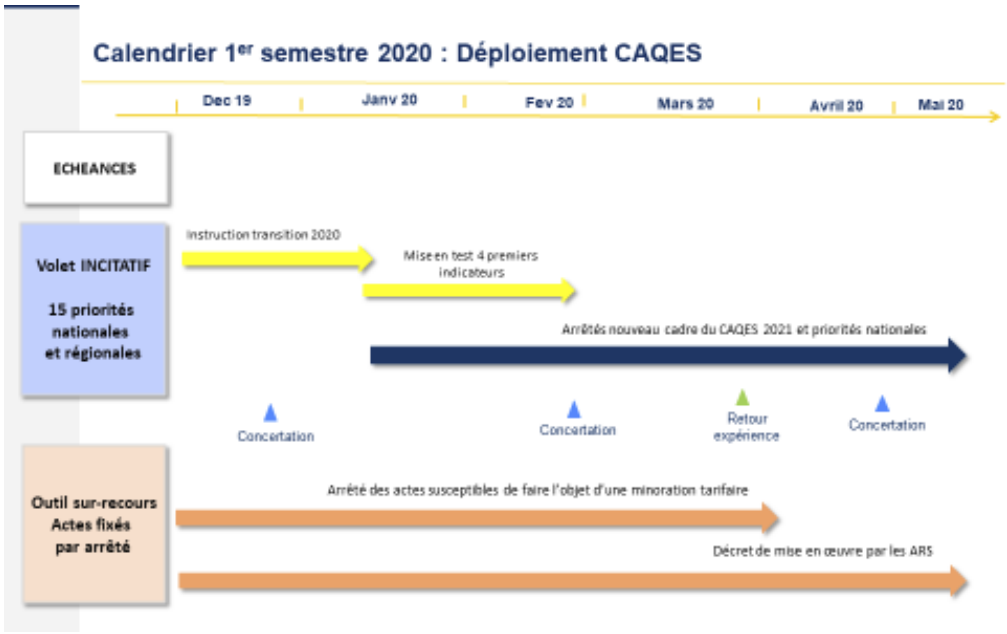
Afin d'acter la contractualisation et de procéder au paiement de l'intéressement, un arrêté référentiel précisera les thématiques prioritaires au niveau national, les indicateurs retenus, les modalités de calcul de l'intéressement ainsi que la liste des établissements engagés dans la démarche.

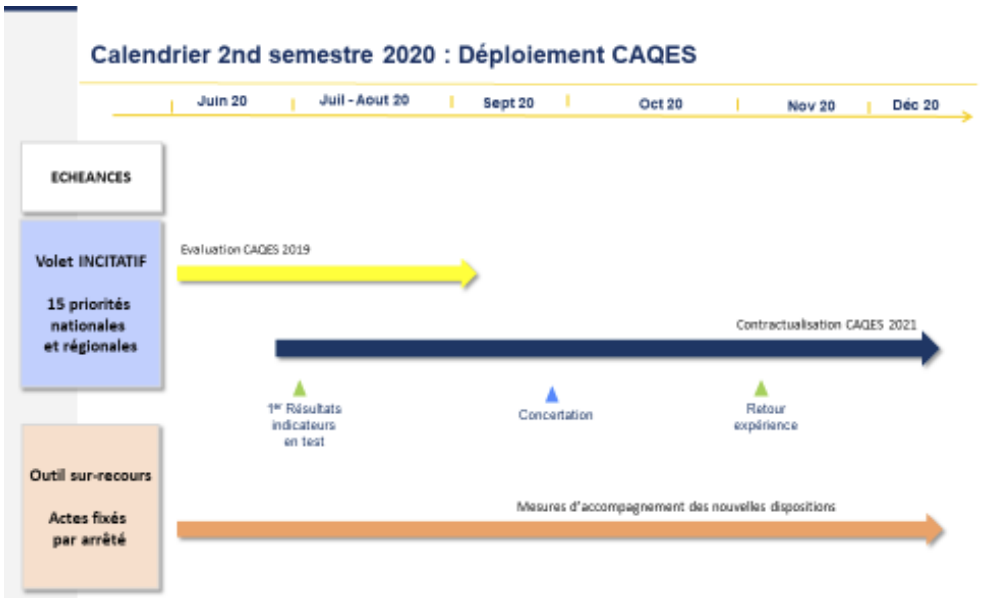
Le déploiement de ces indicateurs fera l'objet d'un suivi régulier et les premiers résultats seront diffusés en septembre 2020.

Enfin, s'agissant d'une phase de test sur quatre indicateurs seulement, il n'est pas prévu en 2020 de mettre en place d'intéressement plancher, malgré les gains limités pour certains établissements. Cette possibilité fera toutefois l'objet d'un examen attentif pour la contractualisation des CAQES 2021.

IV. – LA POURSUITE DE LA CONCERTATION AVEC LES ACTEURS

Les schémas présentés ci-dessous visent à préciser les étapes à venir.





La phase transitoire et la préparation du déploiement des nouveaux CAQES feront l'objet d'un suivi au moyen d'un groupe technique associant la DSS, la CNAM, la DGOS, les ARS et les DCGDR et d'un comité de concertation associant les fédérations.

Le groupe technique veillera notamment à la bonne articulation des priorités nationales et de l'outil de mise sous surveillance avec les actions engagées au niveau régional.

Une première réunion de travail est prévue en février et les échanges se poursuivront sur toute l'année 2020.

Pour le(s) ministre(s) et par délégation :
La directrice de la sécurité sociale,
M. Lignot-Leloup

La directrice générale de l'offre de soins,
K. Julienne

Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie,
N. Revel

Vu au titre du CNP par la secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales :
S. Fourcade

Direction de la sécurité sociale

ANNEXE 1

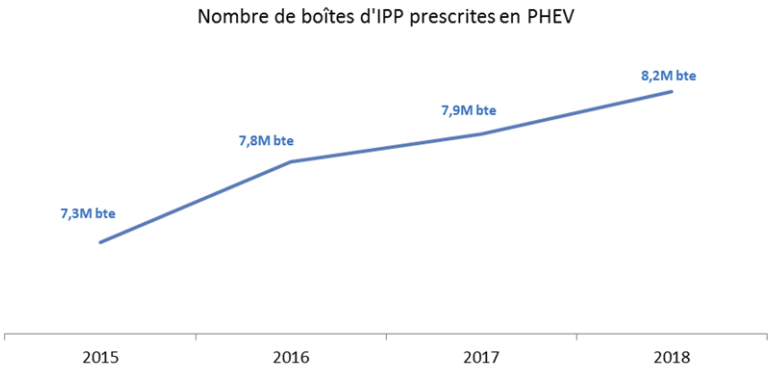
INDICATEUR CAQES : INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS

1. Contexte

Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) sont des médicaments largement consommés par les français (près d'un quart de la population française utilise un IPP délivré en ville sur prescription médicale). Les indications pourtant précises et limitées des IPP[1] ne sont donc pas respectées puisqu'il existe une large proportion de prescription des IPP hors AMM documentées en France. En effet, 60 % des prescriptions des IPP est faite hors AMM.

Outre le risque sanitaire élevé inhérent aux prescriptions non conformes (effets indésirables à long terme, tels que de nombreuses infections digestives et respiratoires, des fractures, etc.), l'impact économique de ce mésusage pèse lourdement sur les dépenses d'assurance maladie puisqu'il représente plus de 200 M€ par an.

Les prescriptions des IPP sont largement initiées à l'hôpital et renouvelées en ville. L'augmentation de la consommation des IPP en France est en partie liée à l'augmentation des prescriptions hospitalières réalisées en ville (PHEV) comme le montre le graphique ci-dessous :



Ainsi une action ciblant les prescriptions hospitalières réalisées en ville (PHEV) est envisagée.

2. Objectif

Le constat de ce mésusage, déjà fait à plusieurs reprises, a motivé de nombreuses actions depuis 10 ans (*e.g.* recommandations de bon usage de la HAS), mais aucune n'a encore permis de réduire ces prescriptions inadaptées.

Une action mettant en place des indicateurs cibles pour les prescripteurs serait la plus pertinente, et a déjà été retenue par nos voisins étrangers (Belgique, Royaume-Uni etc.).

Ainsi, des indicateurs relatifs aux PHEV d'IPP seront implémentés dans le CAQES.

Deux indicateurs seront implémentés dans le CAQES :

– un indicateur couplé à une incitation financière, pour les prescripteurs, à l'atteinte de la cible, afin d'optimiser les chances de réduire les prescriptions hors AMM des IPP ;
– un indicateur informatif de qualité des soins, sans incitation financière qui permettra aux établissements de suivre leurs prescriptions concomitantes d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et d'IPP (cas particulier de hors AMM).

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'IPP émanant de l'établissement de santé.

[1] Traitement du reflux gastro-œsophagien (RGO) et de l'œsophagite par RGO. Prévention et traitement des lésions gastroduodénales dues aux anti-inflammatoires non stéroïdiens chez les patients à risque (âge supérieur à 65 ans ou ayant des antécédents d'ulcère gastroduodénal, ou traités par antiagrégant plaquettaire, anticoagulant, ou corticoïde). Éradication d'*Helicobacter pylori*. Traitement des ulcères gastroduodénaux.

La réalisation d'économies entre ces deux années, sur les ordonnances exécutées en ville d'IPP sur un établissement donné, permettra à cet établissement de santé d'être rémunéré à hauteur de 20 % 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'IPP pour un établissement donné permettra à cet établissement de santé d'être rémunéré à hauteur de 20 % des économies générées (dépenses évitées) par l'assurance maladie obligatoire.

Rémunération *n* = [(dépense remboursée PHEV IPP issue des prescriptions de l'établissement en année *n*) – (dépense remboursée PHEV IPP issue des prescriptions de l'établissement en année *n* – 1)]*0,2

b) Exemple de rémunération d'un établissement hospitalier

En 2019, un établissement a prescrit des IPP qui ont entraîné une dépense en ville de 3 491 305 €. En 2020, ce même établissement a diminué la dépense issue de ses prescriptions de ville d'IPP à 3 248 240 €.

Il sera donc reversé à l'établissement une incitation de 48 613 € sur une économie réalisée de 243 065 € 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 ventilation des dépenses selon la spécialité médicale de ces prescripteurs au titre de l'année 2019, ainsi qu'une à deux extractions au cours de l'année 2020 pour permettre un suivi des dépenses.

4. **Construction de l'indicateur de bonne pratique**

Cet indicateur couplé à un intéressement sera également associé à d'autres indicateurs connexes de bonne pratique qui seront fournis aux établissement afin d'améliorer la compréhension de la problématique et de faciliter la mise en œuvre d'actions de pertinence sur le terrain. Ces indicateurs connexes resteront indicatifs et ne contribueront pas au calcul des économies générées.

Concernant les traitements concomitants AINS + IPP : une étude observationnelle montre que 80 % des prescriptions d'IPP n'étaient pas justifiées, le patient ne présentant pas de risque de développer des lésions gastroduodénales.

Un second indicateur ciblera donc spécifiquement l'utilisation hors AMM suivante : « prescription d'IPP pour prévenir ou traiter des lésions gastroduodénales dues aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) chez les patients sans risque (âge inférieur à 65 ans ou n'ayant pas d'antécédents d'ulcère gastroduodénal, ou n'étant pas traités par antiagrégant plaquettaire, anticoagulant, ou corticoïde) ».

La cible de cet indicateur sera son évolution décroissante, sans fixation de seuil cible.

Indicateur BP [année *n*] = [Volume IPP prescrits concomitamment à des AINS pour des adultes âgés de moins de 65 an en année *n*] – [Volume IPP prescrits concomitamment à des AINS pour des adultes âgés de moins de 65 ans en année *n*] < 0.

5. **Ciblage des établissements**

Le ciblage des établissements est effectué en fonction du niveau de prescription des IPP. Ainsi, le seuil de prescription de 8 500 boites par établissement a été retenu afin de viser prioritairement les plus gros prescripteurs.

Compte tenu de ces éléments, le ciblage pourra porter sur 180 établissements représentant 27 millions d'euros de dépenses liées aux IPP en 2018.

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DE L'ACTION ET DES COMPTES PUBLICS

CAQES : Présentation de l'indicateur sur la prescription hospitalière exécutée en ville (PHEV) d'IPP

Direction de la sécurité sociale

Un enjeu sur la pertinence des PHEV d'IPP

- **Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) sont souvent surprescrits et rarement déprescrits** : près d'un quart de la population française a recours à un IPP délivré en ville sur prescription médicale ;

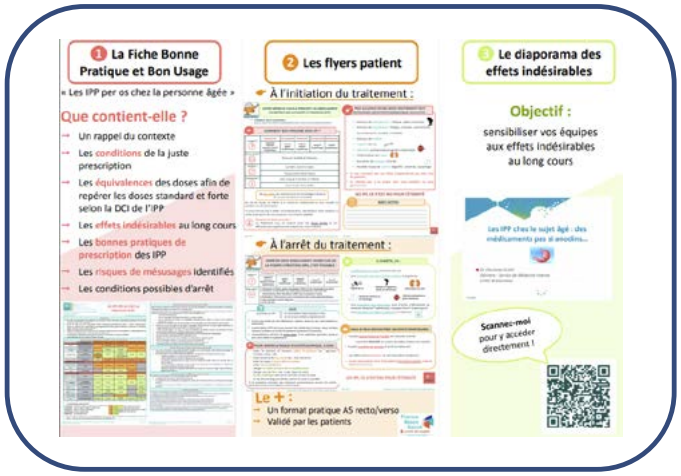
- **Ces traitements sont fréquemment débutés de façon non cliniquement justifiées durant une hospitalisation et leur utilisation se prolonge à long terme sans indication médicale appropriée :** dans les études le mésusage des IPP varie de 40 % à plus de 80 % selon les populations étudiées et les critères retenus ;

- Outre son caractère inapproprié, **cette utilisation massive est problématique en raison du risque de survenue d'effets indésirables**.

ANSM, Étude observationnelle à partir des données du SNDS (2015)
OMéDIT / CRPV Centre Val de Loire, Quels médicaments déprescrire en priorité chez le sujet âgé ? (2017)

Objectif : sensibiliser l'hôpital sur la pertinence des prescriptions d'IPP (1)

- **Inciter l'hôpital à évaluer, au cours et à l'issu du séjour hospitalier, la pertinence des prescriptions d'IPP en :**
  - Mobilisant l'ensemble des acteurs
  - S'appuyant sur des dispositifs (conciliation médicamenteuse, éducation thérapeutique, e-learning) et des outils existants (fiches d'informations, recommandations sur le bon usage, alertes sur les logiciels de prescription)



Les outils des OMéDITS (Région Centre) : http://www.omedit-centre.fr/portail/accueil,568,847.html?&args=Y29tcF9pZD00NTcmYWN0aW9uPWRldGFpbCZpZD04NzYmfA%3D%3D

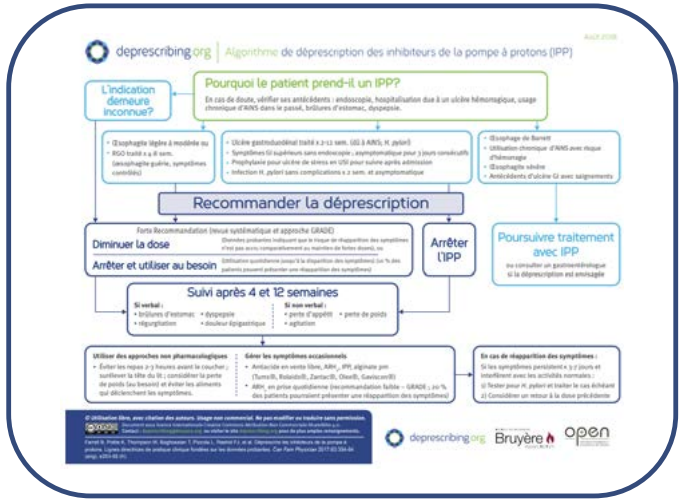
Objectif : sensibiliser l'hôpital sur la pertinence des prescriptions d'IPP (2)

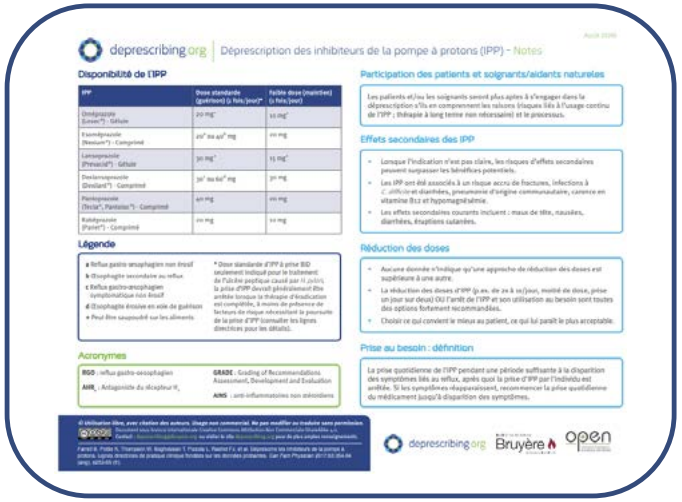
- **Inciter l'hôpital à évaluer, au cours et à l'issu du séjour hospitalier, la pertinence des prescriptions d'IPP en :**
  - Instaurant un indicateur couplé à un intéressement lié aux PHEV
    - **Indicateur** = (Dépense remboursée PHEV IPP issue des prescriptions de l'établissement en année N) – (Dépense remboursée PHEV issue des prescriptions de l'établissement en année N-1)
    - **Intéressement** = 20 % x indicateur

Exemple :
- Pour l'année 2019 (année N-1) et pour un établissement donné, la PHEV d'IPP est associée à une dépense de 968 845 €;
- Pour l'année 2020 (année N) et pour ce même établissement, la PHEV d'IPP est associée à une dépense de 896 182 € (-7,5 %).
- Il sera donc reversé à l'établissement une incitation de 14 533 € sur une économie réalisée de 72 663 € pour l'assurance maladie.

L'exemple de la déprescription d'IPP au Canada

- **La campagne « Choose Wisely »** (*choisir avec soin*) propose des outils pour améliorer la pertinence des prescriptions d'IPP : https://choisiravecsoin.org/perspective/trousse-outils-adieu-aux-ipp/





L'exemple de la déprescription d'IPP au Canada

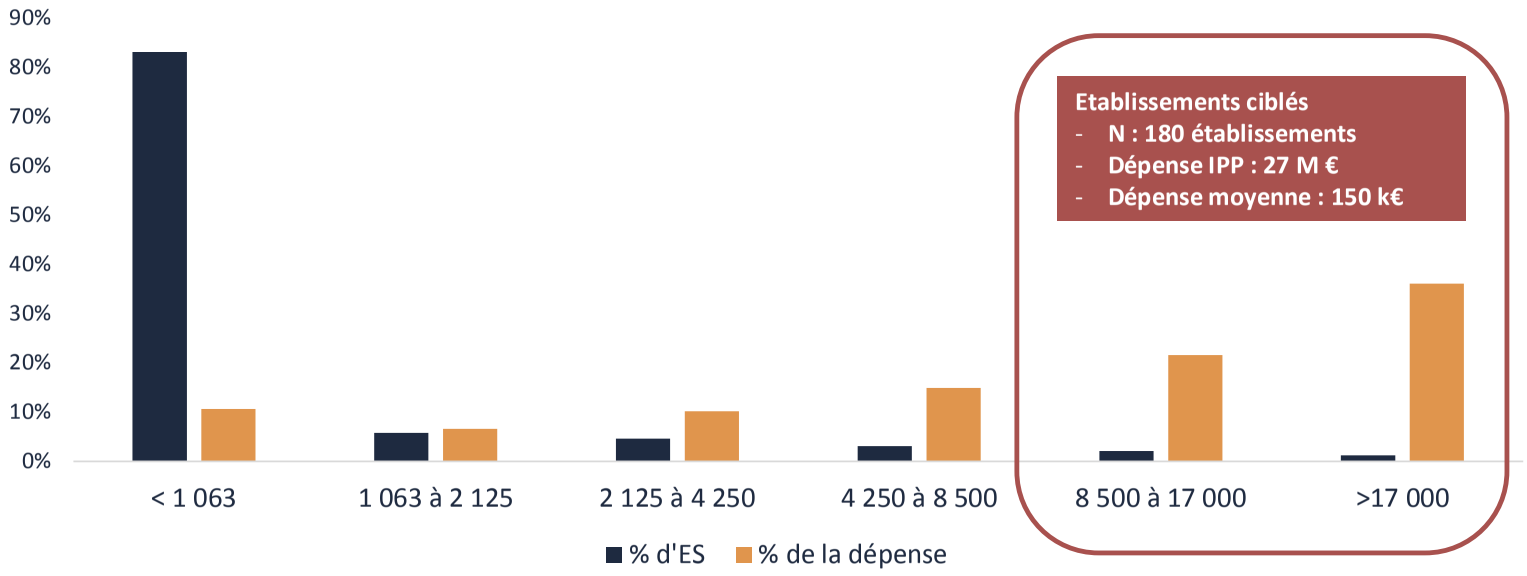
- **Ces outils, qui permettent la réévaluation et l'arrêt de ces traitements, reposent sur :**
  - L'obtention d'un consensus parmi les professionnels de santé ;
  - La mobilisation et la participation de l'ensemble des acteurs ;
  - L'identification des patients éligibles à l'aide du dossier médical électronique (ex : mention « envisagez la déprescription des IPP » dans tous les dossiers des patients actifs qui ont dans leur liste de médicaments actuels un IPP prescrit depuis plus de 12 mois) ;
  - L'implémentation d'un algorithme clinique de déprescription avec conseils de suivi des patients.

Grâce à cette stratégie, à l'hôpital Toronto Western, 43 patients sur 46 qui prenaient des IPP (93 %) ont eu une réévaluation de leur ordonnance et 11 (26 %) ont ainsi pu cesser leur prise d'IPP.

Méthodologie pour le ciblage des établissements

- **Le ciblage des ES a été réalisé en fonction du niveau de prescription d'IPP**
- **Le seuil de 8 500 boîtes / an d'IPP prescrites par ES a été déterminé pour focaliser la démarche sur les principaux prescripteurs d'IPP**

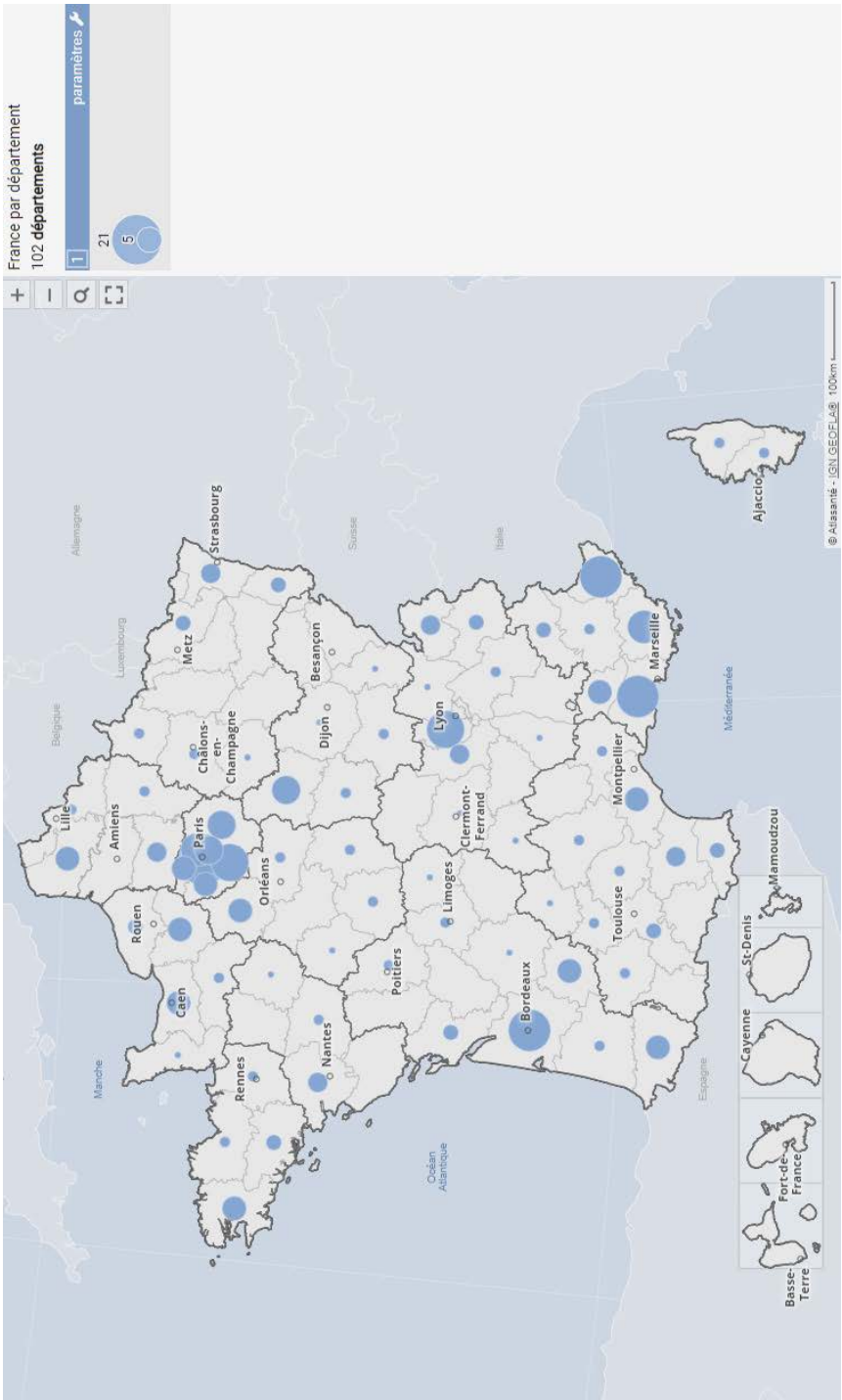
Répartition des établissements de santé (%) et de la dépense (%) en fonction du niveau de prescription (boîtes d'IPP PHEV)



Présentation des établissements ciblés (1)

	N	%
Centre Hospitalier (CH)	**82**	**46%**
Centre Hospitalier Régional (CHR)	**78**	**43%**
Etablissement de soins pluridisciplinaires	11	6%
Centre hospitalier spécialisé de lutte contre le cancer (CLCC)	4	2%
Hôpital militaire	3	2%
Autres structures de soins relevant de l'autorité technique du service de sante des armées	1	1%
Etablissement de soins chirurgicaux	1	1%

Présentation des établissements ciblés (2)



9

Modélisation

Cible IPP PHEV	Economie	Economie / ES			Gains	Gains / ES		
		Moy	Min	Max		Moy	Min	Max
-1,0%	266 958 €	1 483 €	415 €	9 688 €	53 392 €	297 €	83 €	1 938 €
-2,5%	667 396 €	3 708 €	1 036 €	24 221 €	133 479 €	742 €	207 €	4 844 €
-5,0%	**1 334 792 €**	**7 416 €**	**2 073 €**	**48 442 €**	**266 958 €**	**1 483 €**	**415 €**	**9 688 €**
-7,5%	2 002 187 €	11 123 €	3 109 €	72 663 €	400 437 €	2 225 €	622 €	14 533 €
-10,0%	2 669 583 €	14 831 €	4 146 €	96 885 €	533 917 €	2 966 €	829 €	19 377 €
-12,5%	3 336 979 €	18 539 €	5 182 €	121 106 €	667 396 €	3 708 €	1 036 €	24 221 €

L'évolution annuelle corrigée de la dépense remboursée pour la PHEV d'IPP est de + 1,4%, aussi l'hypothèse de ciblage à – 5% est réaliste mais également ambitieuse

Cible IPP PHEV : cible de baisse de la dépense remboursée associée à la prescription d'IPP par les ES (IPP PHEV)
Economie : (dépense remboursée d'IPP PHEV en année n) – (dépense remboursée d'IPP PHEV en année n-1)
Rémunération : 20 % x **Economie**

Direction de la sécurité sociale

ANNEXE 2

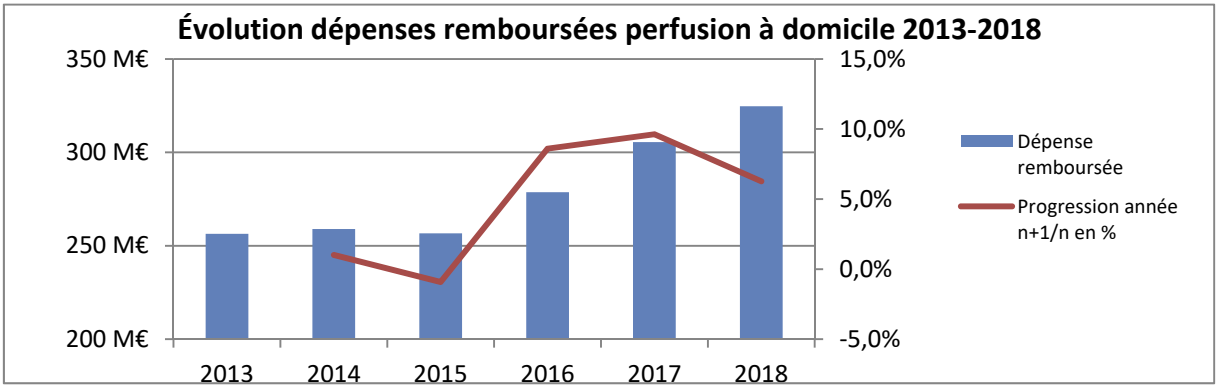
INDICATEUR CAQES : PERFUSION À DOMICILE

1. Contexte

Après trois années de quasi-stabilité de la dépense remboursée sur le secteur de la perfusion à domicile de 2013 à 2015 (environ 256 M€), la dépense a fortement progressé entre 2015 et 2018. Les taux de progression de la dépense sont de l'ordre de 9 à 10 % par an. De tels taux de progression ne peuvent pas uniquement être expliqués par la seule progression du nombre de patients traités.

Il existe trois grandes modalités de perfusion prise en charge dans la nomenclature LPP relative à la perfusion à domicile (PERFADOM) : par gravité, par diffuseur ou par système actifs (comprenant notamment les pousses seringues électriques ou les pompes). Dans de nombreux cas, le choix du mode de perfusion n'est pas précisé et laissé au choix du prescripteur/infirmier.

Les coûts associés à chacun de ces trois modes de perfusion sont très variables (facteur 5). Dans ce cadre, il convient de favoriser les prescriptions les plus efficientes au regard des situations médicales des patients concernés.



2. Objectif

La mise en place d'un indicateur CAQES relatif aux dépenses de perfusion à domicile prescrite par les établissements de santé a pour but d'inciter les établissements à prescrire pour chaque patient, le type de perfusion le plus efficient et donc le traitement le moins onéreux pour l'assurance maladie lorsque deux modes de perfusion sont équivalents pour le patient. À efficacité et sécurité égales, il est vertueux de choisir le traitement le moins cher, c'est-à-dire la perfusion par gravité.

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 des dépenses, entre les années *n* – 1 et *n*, liées aux prescriptions de perfusion à domicile émanant de l'établissement pour les deux modes de perfusion les plus onéreux (par diffuseur et par système actif incluant les pousses seringues et les pompes).

La réalisation d'économies entre ces deux années, sur les ordonnances exécutées en ville de perfusion par des diffuseurs ou des systèmes actifs, sur un établissement donné, permettra à cet établissement de santé d'être rémunéré à hauteur de 20 % 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.

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 de perfusion par des diffuseurs ou des systèmes actifs sur un établissement donné permettra à l'établissement de santé d'être rémunéré à hauteur de 20 % des économies générées (dépenses évitées) par l'assurance maladie obligatoire.

Rémunération *n* = [(dépense remboursée PERFADOM (diffuseur + systèmes actifs) issue des prescriptions de l'établissement en année *n*) – (dépense remboursée PERFADOM (diffuseur + systèmes actifs) issue des prescriptions de l'établissement en année *n* – 1)]*0,2

b) Exemple de rémunération d'un établissement hospitalier

En 2019, un établissement a prescrit des forfaits de perfusion à domicile par diffuseur ou système électrique qui ont entraîné une dépense en ville de 3 491 305 €. En 2020, ce même établissement a diminué la dépense issue de ses prescriptions de ville de diffuseur et système électrique à 3 248 240 €.

Il sera donc reversé à l'établissement une incitation de 48 613 € sur une économie réalisée de 243 065 € 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 ventilation des dépenses selon la spécialité médicale de ces prescripteurs au titre de l'année 2019, ainsi qu'une à deux extractions au cours de l'année 2020 pour permettre un suivi des dépenses.

4. **Construction des indicateurs de bonne pratique**

Cet indicateur couplé à un intéressement sera également associé à d'autres indicateurs connexes de bonne pratique qui seront fournis aux établissement afin d'améliorer la compréhension de la problématique et de faciliter la mise en œuvre d'actions de pertinence sur le terrain. Ces indicateurs connexes resteront indicatifs et ne contribueront pas au calcul des économies générées.

Un indicateur permettra d'objectiver la dépense suivie (diffuseur + systèmes actifs) par rapport à la dépense totale, liée à toutes les prescriptions de perfusion incluant celles par gravité :

Indicateur BP [année *n*] = [dépense remboursée PERFADOM (diffuseur + systèmes actifs) issue des prescriptions de l'établissement en année *n*]/[dépense remboursée PERFADOM (gravité + diffuseur + systèmes actifs) issue des prescriptions de l'établissement en année *n*].

Enfin, un indicateur relatif au poids de la prescription d'antibiothérapie à domicile par diffuseur permettra d'illustrer l'évolution de cette modalité thérapeutique ; le top 10 des antibiotiques les plus prescrits par les établissements en ville au plan national, et sera mis à disposition de tous les établissements concernés par cette pratique, en taux de patients, en taux de prescriptions, en montants remboursés pour les antibiotiques et en montants remboursés sur les dispositifs LPP.

5. **Ciblage des établissements**

Le ciblage des établissements concerne les prescriptions de systèmes actifs et de système par diffusion sur la base de deux critères :

– dépenses (en montants remboursés) supérieur au seuil de 100 000 € ;

– taux de recours (en montants remboursés) à ces deux systèmes supérieur à 80 %.

377 établissements sont concernés par ce ciblage et représentent 185 millions d'euros de dépenses liés à ces deux systèmes de perfusion (soit 87 % des dépenses totales, toutes perfusions confondues).

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DE L'ACTION ET DES COMPTES PUBLICS

CAQES : Présentation de l'indicateur sur la prescription hospitalière exécutée en ville (PHEV) de systèmes de perfusion à domicile (PERFADOM)

Direction de la sécurité sociale

Un enjeu sur la pertinence et l'efficience des PHEV de PERFADOM

- **La prescription de système de perfusion à domicile (PERFADOM) a très nettement augmenté et la dépense associée a fortement progressé de près de 10 % par an depuis 2015**

- Il existe trois grandes modalités de perfusion prise en charge dans la nomenclature LPP relative à la perfusion à domicile (PERFADOM):
  - par gravité ;
  - par diffuseur ;
  - par systèmes actifs électriques (SAE).

- Les coûts associés à chacun de ces trois modes de perfusion sont très variables (facteur 5). Aussi, à efficacité et sécurité égales, il est vertueux de choisir le traitement le moins onéreux, c'est-à-dire la perfusion par gravité

Objectif : sensibiliser l'hôpital sur l'impact de la PHEV de PERFADOM

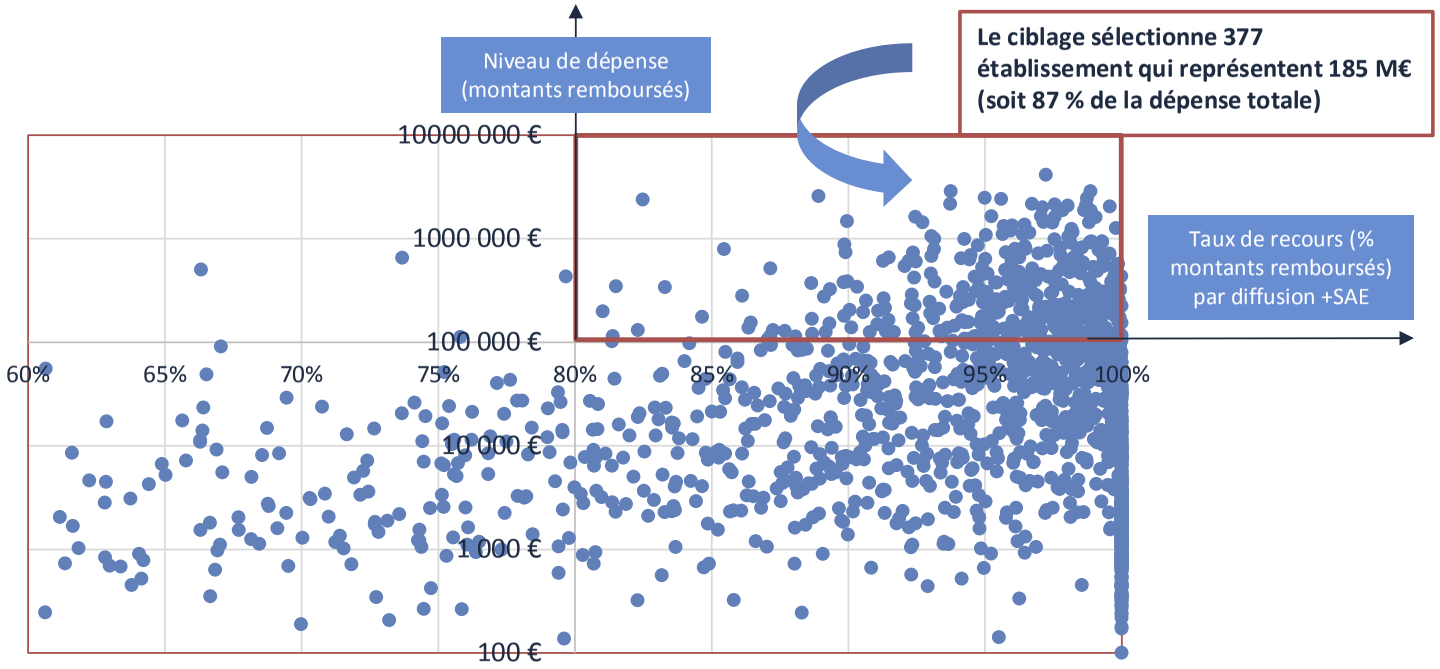
- **Mettre en place un indicateur couplé à une incitation financière afin d'inciter l'hôpital à favoriser les prescriptions les plus efficientes au regard des situations médicales des patients concernés**
  - **Indicateur** = (Dépense remboursée PHEV PERFADOM (diffuseur + SAE) issue des prescriptions de l'établissement en année N) - (Dépense remboursée PHEV PERFADOM (diffuseur + SAE) issue des prescriptions de l'établissement en année N-1)]
  - **Intéressement** = 20 % x indicateur

Exemple :

- Pour l'année 2019 (année N-1) et pour un établissement donné, la PHEV PERFADOM (diffuseur + SAE) est associée à une dépense de 4 137 944 €;
- Pour l'année 2020 (année N) et pour ce même établissement, la PHEV PERFADOM (diffuseur + SAE) est associée à une dépense de 3 931 047 € (-5%).
- Il sera donc reversé à l'établissement une incitation de 41 379 € sur une économie réalisée de 206 897 € pour l'assurance maladie.

Méthodologie pour le ciblage des établissements

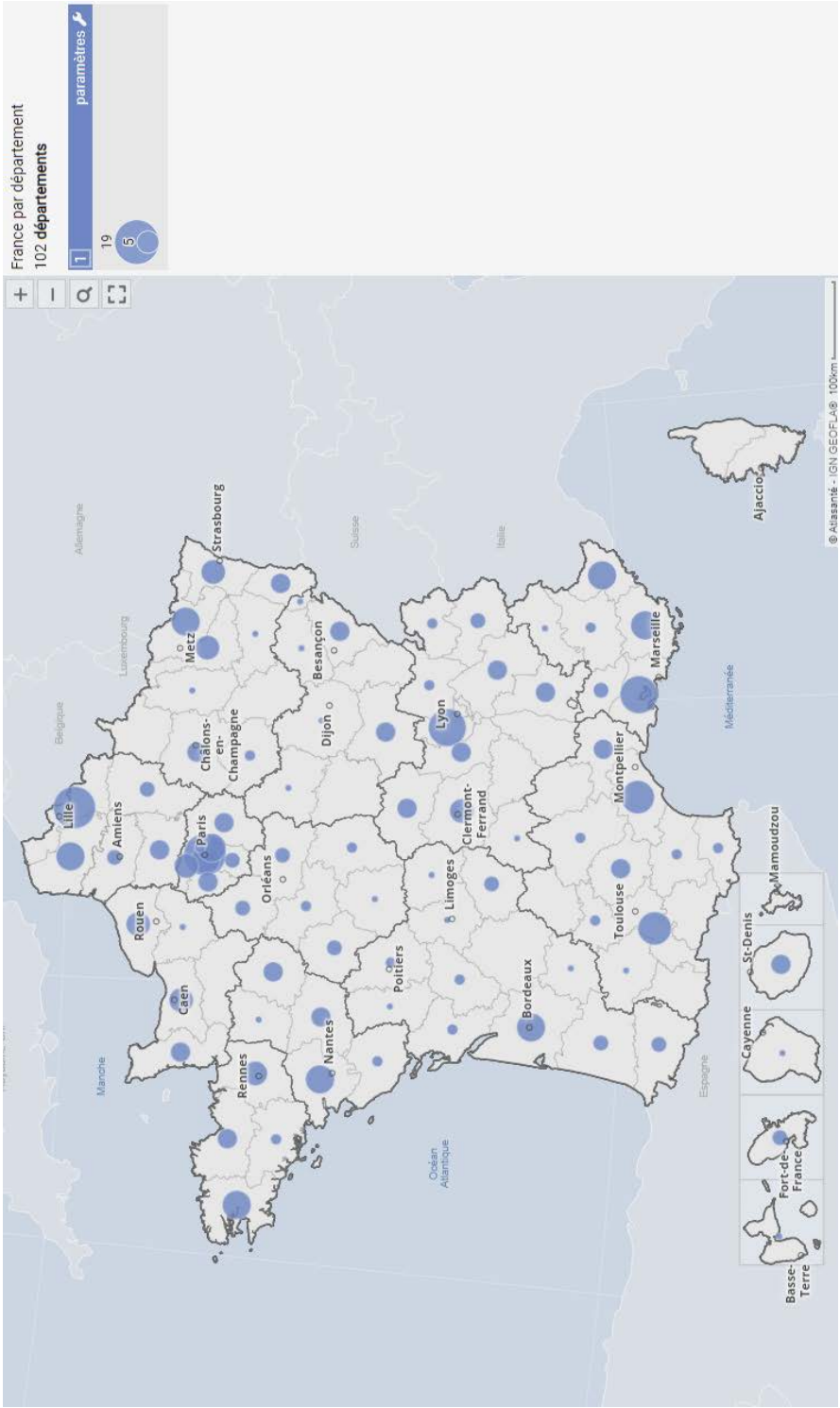
- **Le ciblage des ES a été réalisé en fonction de la prescription de systèmes actifs et de système par diffusion avec comme critères :**
  - **Un niveau de dépense (en montants remboursés) > 100 000 euros**
  - **Un taux de recours (%, en montants remboursés) par diffusion + SAE > 80 %**



Présentation des établissements ciblés (1)

	N	%
Centre Hospitalier (CH)	**162**	**43%**
Centre Hospitalier Régional (CHR)	**111**	**29%**
Etablissement de soins pluridisciplinaires	57	15%
Centre hospitalier spécialisé de lutte contre le cancer (CLCC)	26	7%
Hôpital militaire	7	2%
Etablissement de soins médicaux	4	1%
Etablissement de convalescence ou de repos	3	1%
Maison de réadaptation fonctionnelle	3	1%
Etablissement de soins chirurgicaux	2	1%

Présentation des établissements ciblés (2)



Modélisation

Cible IPP PHEV	Economie	Economie / ES			Gains	Gains / ES		
		Moy	Min	Max		Moy	Min	Max
-1,0%	1 785 330 €	4 736 €	1 001 €	41 379 €	357 066 €	947 €	200 €	8 276 €
-2,5%	4 463 324 €	11 839 €	2 503 €	103 449 €	892 665 €	2 368 €	501 €	20 690 €
-5,0%	8 926 649 €	23 678 €	5 006 €	206 897 €	**1 785 330 €**	4 736 €	1 001 €	41 379 €
-7,5%	13 389 973 €	35 517 €	7 509 €	310 346 €	2 677 995 €	7 103 €	1 502 €	62 069 €
-10,0%	17 853 298 €	47 356 €	10 012 €	413 794 €	3 570 660 €	9 471 €	2 002 €	82 759 €
-12,5%	22 316 622 €	59 195 €	12 514 €	517 243 €	4 463 324 €	11 839 €	2 503 €	103 449 €

L'évolution annuelle de la dépense remboursée pour la PHEV de systèmes de perfusion par diffusion et par système actif est de + 6,8%, aussi l'hypothèse de ciblage à – 2,5 % est réaliste mais également ambitieuse

Cible IPP PERFADOM : cible de baisse de la dépense remboursée associée à la prescription d'IPP par les ES (IPP PHEV)
Economie : (dépense remboursée PERFADOM diffusion + SAE en année n) – (dépense remboursée d'IPP PERFADOM diffusion + SAE en année n-1)
Rémunération : 20 % x **Economie**

ANNEXE 3

FICHE INDICATEURS EXAMENS PRÉ-ANESTHÉSIQUES - CAQES

Contexte

En 2012, la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) a actualisé son référentiel sur les examens pré-anesthésiques. Elle y définit les situations dans lesquelles ces examens sont non pertinents, c'est-à-dire inutiles et non nécessaires à la bonne prise en charge du patient. L'analyse des pratiques à partir des données du SNDS a montré la persistance d'actes et d'examens inutiles prescrits lors de la préparation des patients à une intervention avec anesthésie. En particulier, un bilan d'hémostase était prescrit à tort pour 22 % des interventions chirurgicales chez l'adulte. Ainsi 3.9 millions des examens pré anesthésiques réalisés n'étaient pas pertinents, pour un montant financier de 28 millions d'euros, dont 20 millions à la charge de l'assurance maladie. Une amélioration de la pertinence de ces prescriptions peut contribuer à la qualité des prises en charge et à la maitrise des dépenses pour l'assurance maladie. Elle constitue un objectif prioritaire national pour 2020 dans le cadre de la contractualisation du CAQES pour les établissements ciblés qui donnera lieu à intéressement.

Objectifs

Les écarts aux recommandations au niveau national et la variabilité des pratiques selon les territoires et entre établissements ont motivé l'initiation d'actions de communication et de sensibilisation des établissements par l'assurance maladie et la SFAR dès 2015. Ces actions se sont traduites par une baisse des taux nationaux d'environ 1 point par an, témoignant d'une faible amélioration de la pertinence des prescriptions des examens pré-anesthésiques entre 2015 et 2017.

Une action mettant en place des indicateurs cibles par établissement apparait plus efficiente que les campagnes de sensibilisation. Un indicateur composite couplé à une incitation financière, pour les établissements à l'atteinte de la cible est introduit dans le nouveau dispositif CAQES.

Présentation

Cette fiche présente l'indicateur composite pour illustrer le recours aux examens pré-anesthésiques pour les patients opérés au sein des établissements de santé pour des actes de chirurgie mineure. L'indicateur composite recouvre les 4 indicateurs définis par la SFAR en lien avec la CNAM pour les situations de chirurgie mineure pour lesquelles les examens suivants sont jugés inutiles.

Indicateur 1 :	Taux de recours au bilan d'hémostase chez l'enfant, avant amygdalectomie et adénoïdectomie
Indicateur 2 :	Taux de recours au bilan d'hémostase chez l'adulte
Indicateur 3 :	Taux de recours au groupe sanguin
Indicateur 4 :	Taux de recours au ionogramme sanguin

Périmètre des données

Les données concernent tous les régimes disponibles France entière, et sont issues du PMSI et du SNIIRAM (source : DCIR, données liquidées avec 6 mois de recul sur l'année de la date de soin). Seuls les établissements ayant une activité supérieure ou égale à 30 séjours par an sont concernés par cet indicateur.

Indicateur composite examens pré anesthésiques

Pour les établissements ayant une activité supérieure à 30 séjours par an, l'indicateur retenu est la part des séjours avec les prescriptions jugées inutiles sur l'ensemble des séjours entrant dans les critères de sélection (*cf.* tableau de présentation des indicateurs).

L'action pertinence des examens pré-anesthésiques concerne 979 établissements sur l'activité 2018. Parmi ces établissements, 941 ont un minimum d'activité de 30 séjours. Pour ces 941 établissements, l'indicateur composite au niveau national est de 17,6 %, et oscille pour les établissements entre 0 % et 96 %. La réduction de cet indicateur de 1,6 point par rapport à 2017, se traduit par une réduction d'environ 52 900 examens inutiles.

Tous les établissements ayant des actes évitables, c'est-à-dire un indicateur composite supérieur à 0 % peuvent être ciblés. Ainsi pour l'année 2019, 938 établissements peuvent être ciblés, ce qui représente un montant de dépenses évitables France entière de 6.4 millions d'euros en base de remboursement.

Ainsi dans l'exemple qui suit, l'établissement xxx a réalisé (partie 3-4 du profil) 18 + 596 + 144 + 24 prescriptions jugées inutiles, sur 108 + 3 506 + 272 + 178 séjours, soit un taux de séjours avec des prescriptions jugées inutiles de 19,2 % (disponible dans la partie 3-5 du profil). Cet établissement peut donc être ciblé dans le cadre du CAQES.

Calcul et mise en œuvre de la rémunération incitative

La réalisation d'économies entre l'année *N* et l'année de référence sur les prescriptions évitables des examens pré anesthésiques d'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.

Définition :

Année de référence : on entend par « année de référence » l'année T0 à partir de laquelle est calculé l'indicateur. Cette année de référence peut être modifiée chaque année si l'établissement à un taux en deçà de l'année de référence (ex. 2017 pour l'indicateur 1 : l'établissement xxx a un taux de 70.3 % ; en 2018, l'établissement a diminué son taux pour arriver à 16.7 %. L'année de référence deviendra 2018 pour le calcul de l'indicateur en 2019). Cette méthodologie permet de prendre en compte les efforts de l'établissement pour chacun des indicateurs et ainsi éviter les effets « yoyo ». L'année de référence prise en compte peut être différente pour chacun des indicateurs.

Exemple : Pour l'économie de l'indicateur 1 :

Si l'indicateur 1 baisse par rapport à l'indicateur 1 de référence (taux minimum des années antérieures), alors ;

Eco. Indicateur 1 = 30 % * Nombre de séjours évités * montant remboursable des actes * 60 % (taux de prise en charge des actes

Le nombre de séjour évité = (Indicateur 1 – Indicateur 1 de ref.) * Nombre de séjour

Si le taux de séjour évitable ne diminue pas, alors ; Eco. Indicateur 1 = 0

Rémunération Totale = Eco. Indicateur 1 + Eco. Indicateur 2 + Eco. Indicateur 3 + Eco. Indicateur 4

Exemple de rémunération pour l'établissement hospitalier xxx

En 2018, l'établissement xxx réalise 4 064 actes, dont 782 séjours évitables. Les indicateurs 1 à 4 sont respectivement de 16.7 %, 17.5 %, 52,9 % et 13.5 % (partie 3.4). Pour 2017 (année de référence), ces indicateurs étaient respectivement de : 70.3 %, 38.0 %, 57.9 % et 13.5 %. L'établissement a donc progressé sur les indicateurs 1 à 3, générant ainsi :

Pour l'indicateur 1 : (70.3 % – 16.7 %) * 108 = 57 actes économisés

Pour l'indicateur 2 : (38.0 % – 17.5 %) * 3 506 = 736 actes économisés

Pour l'indicateur 3 : (57.9 % – 52.9 %) * 272 = 13 actes économisés

Pour l'indicateur 4 : aucun acte économisé.

En appliquant la valorisation des actes (partie 3.6), une prise en charge de 60 % et 30 % d'incitation la valorisation reversée à l'établissement sera de :

Pour l'indicateur 1 : 57 * 15.39 * 60 % * 30 % = 157.90 €

Pour l'indicateur 2 : 736 * 8.64 * 60 % * 30 % = 1 144.63 €

Pour l'indicateur 3 : 13 * 27.81 * 60 % * 30 % = 65.07 €

Soit un reversement à l'établissement de : 157.90 + 1 144.63 + 65.07 = 1 267.60 €

À noter que, pour chaque année prise en comptes, les taux de référence de chaque indicateur seront réactualisés en se basant sur l'historique le plus bas de l'indicateur. Ainsi pour 2019, l'indicateur 1 aura pour référence 16.7 % (taux 2018) pour l'établissement xxx.

Présentation des indicateurs

Numéro	Libellé indicateur	Définition du bilan sanguin	Calcul de l'indicateur	Ciblage	Poids
1	**Taux de recours au bilan d'hémostase chez l'enfant, avant amygdalectomie et adénoïdectomie**	Le **bilan d'hémostase** est identifié par l'association des 3 examens sanguins de biologie suivants : - Hémogramme y compris plaquettes (NFS, NFP) - code 1104 - Temps de quick (TQ,TP) en l'absence de traitement par AVK - code 0126 - Temps de céphaline + activateur (TCA, TCK) - code 1127	Numérateur : Nombre d'enfants **(2 à 17 ans) sans facteur de risque hémorragique** ayant eu un bilan d'hémostase dans le mois précédent une amygdalectomie et/ou adénoïdectomie (tous les actes CCAM) Dénominateur : Nombre d'enfants (2 à 17 ans) sans facteur de risque hémorragique opérés pour amygdalectomie et/ou adénoïdectomie (tous les actes CCAM)	Le taux attendu est 0%	Nombre de séjours de l'ES concernés par l'indicateur
2	**Taux de recours au bilan d'hémostase chez l'adulte**	Le **bilan d'hémostase** est identifié par l'association des 2 examens sanguins de biologie suivants : - Temps de quick (TQ,TP) en l'absence de traitement par AVK - code 0126 - Temps de céphaline + activateur (TCA, TCK) - code 1127	Numérateur : Nombre de **patients adultes sans facteur de risque hémorragique** ayant eu un bilan d'hémostase dans le mois précédent les interventions suivantes : tous **gestes de chirurgie** (tous les GHM en C, hors CMD 14), **extractions dentaires chirurgicales** (GHM 03K02), **endoscopies digestives thérapeutiques avec anesthésie** (GHM 06K02), **endoscopies digestives diagnostiques avec anesthésie** (GHM 06K04), **endoscopies pulmonaires sous anesthésie** (GHM04K02J + code CCAM activité 4)) Dénominateur : Nombre de patients adultes ayant eu l'une des interventions listées dans le numérateur	Le taux attendu est 0%	Nombre de séjours de l'ES concernés par l'indicateur
3	**Taux de recours au groupe sanguin**	Le **groupe sanguin** est identifié par l'association des 3 examens de biologie suivants : - Groupe sanguin ABO-RH - code 1140 - Détermination des phénotypes RH hors antigène D - code 1145 - Recherche agglutinines irrégulières (dépistage) - code 1141	Numérateur : Nombre de patients ayant eu une recherche de groupe sanguin dans le mois précédent les **4 interventions** suivantes : **cholécystectomie sous coelioscopie**, **chirurgie de la glande thyroïde** (sans résection-anastomose de trachée, abord thoracique et résection du larynx), **chirurgie de la hernie discale lombaire** (voies antérieure et postérieure sans ostéosynthèse ni laminectomie), **chirurgie du sein** (exérèse tumorale partielle ou totale hors mastectomie élargie avec autogreffe ou lambeau) Dénominateur : Nombre de patients ayant eu l'une des interventions listées dans le numérateur	Le taux attendu est 0%	Nombre de séjours de l'ES concernés par l'indicateur
4	**Taux de recours au ionogramme sanguin**	Le **ionogramme sanguin** est identifié par la présence d'un des examens de biologie suivants : - Ionogramme sanguin (NA+K+ éventuellement CL) - code 1609 - Ionogramme sanguin complet (Na+K+Cl+C02+Protides) - code 1610	Numérateur : Nombre de patients ayant eu un bilan d'ionogramme sanguin dans le mois précédent une intervention en **chirurgie « mineure » de l'ACC/AHA sous anesthésie** : **chirurgie ophtalmologique, chirurgie tégumentaire et mammaire** (hors urgences et infections, chirurgie des lambeaux, dermolipectomie associée à un geste pariétal) Dénominateur : Nombre de patients ayant eu l'une des interventions listées dans le numérateur	Le taux attendu est 0%	Nombre de séjours de l'ES concernés par l'indicateur

l'Assurance Maladie
Caisse Nationale

Pertinence des examens pré-anesthésiques - 2018

Cette fiche présente le recours aux examens pré-anesthésiques pour les patients opérés dans votre établissement avant certains actes. Les indicateurs et leurs modes de calcul ont été choisis en lien avec la **Société Française d'Anesthésie et de Réanimation** (cf. guide de lecture). Ils définissent les situations pour lesquelles l'examen est jugé inutile : **le résultat attendu pour chaque indicateur est donc de 0%.**

1. Identification de l'établissement

- Votre n° FINESS : xxxxxx **- Nom de l'établissement :** xxxxxx

- Statut de l'établissement : xxxxxx **- Région :** xxxxxx

2. Périmètres des données

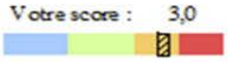
Cette fiche présente les résultats de la méthode de comparaison des pratiques appliquée aux établissements France entière. Elle concerne 982 établissements ayant une activité en 2018. Parmi ces 982 établissements, 944 ont une activité supérieure ou égale au seuil de 30 actes en 2018.

3. Résultats de votre structure

3.1 : Résultat général (score agrégé)

Avec 4064 actes en 2018, votre structure a une activité supérieure ou égale au seuil cible de 30 actes. Elle se positionne de la manière suivante :

Votre score : 3,0



3.2 : Libellé des indicateurs

Indicateur 1 :	Taux de recours au bilan d'hémostase chez l'enfant, avant amygdalectomie et adénoïdectomie
Indicateur 2 :	Taux de recours au bilan d'hémostase chez l'adulte
Indicateur 3 :	Taux de recours au groupe sanguin
Indicateur 4 :	Taux de recours au ionogramme sanguin

3.3 : Résultats des indicateurs ; pour les établissements au dessus du seuil d'activité minimum

	Moyenne Nationale	Moyenne OQN	Votre Structure Taux de recours	Classement par indicateur
Indicateur 1	29,9%	33,1%	16,7%	
Indicateur 2	16,4%	16,1%	17,0%	
Indicateur 3	27,4%	38,8%	52,9%	
Indicateur 4	15,0%	13,0%	13,5%	

Le taux de prescription attendu est de 0%.
Le tableau suivant (au verso, chapitre 3.4) renseigne sur le nombre de prescriptions jugées inutiles pour chacun des 4 indicateurs, selon les volumes d'activité

3.4 : Nombre de prescriptions jugées inutiles

	Indicateurs				
	1	2	3	4	Total
Nombre de séjours entrant dans les critères de sélection du référentiel (dénominateur)	108	3506	272	178	4064
Nombre de prescriptions jugées inutiles	18	596	144	24	782

3.5 : Indicateur composite :

	16,7%	17,0%	52,9%	13,5%	**19,2%**

3.6 : Evaluation des dépenses évitables :

	1	2	3	4	Total
Prix unitaire (Base AM)	15,39	8,64	27,81	3,24	-
Montant évitable (Base AM) en euros	277	5 149	4 005	78	9 509

3.7 : Tableau détaillé

Libellé de l'acte	code**	1	2	3	4
Hémogramme y compris plaquettes (NFS, NFP)	1104	19,4%			
Temps de quick (TQ,TP)	126	17,6%	17,3%		
Temps de céphaline + activateur (TCA, TCK ...)	1127	18,5%	18,2%		
Groupe sanguin ABO-RH (D) (GS)	1140			57,7%	
Recherche agglutinines irrégulières (dépistage)	1141			54,4%	
Détermination des phénotypes RH hors antigène D	1145			57,7%	
Ionogramme (NA+K+ éventuellement CL)	1609				13,5%
Ionogramme complet (Na+K+Cl+C02+Protides)	1610				0,0%
Créatinine	592				4,5%
Urée et créatinine	593				12,9%

* STC: Etablissement de santé public et privé à but non lucratif OQN : Etablissement de santé privé à but lucratif
**nomenclature des actes de biologie médicale

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DE L'ACTION ET DES COMPTES PUBLICS

l'Assurance Maladie
Caisse Nationale

CAQES

Présentation des indicateurs
Examens pré-anesthésiques

Direction de la sécurité sociale

Examens préanesthésiques: Contexte et objectif

- La SFAR a élaboré des recommandations définissant les situations où les examens pré anesthésiques sont non pertinents, c'est-à-dire inutiles et non nécessaires à la bonne prise en charge du patient

- **Améliorer la pertinence de la prescription des examens pré anesthésiques conformément aux recommandations de la SFAR**

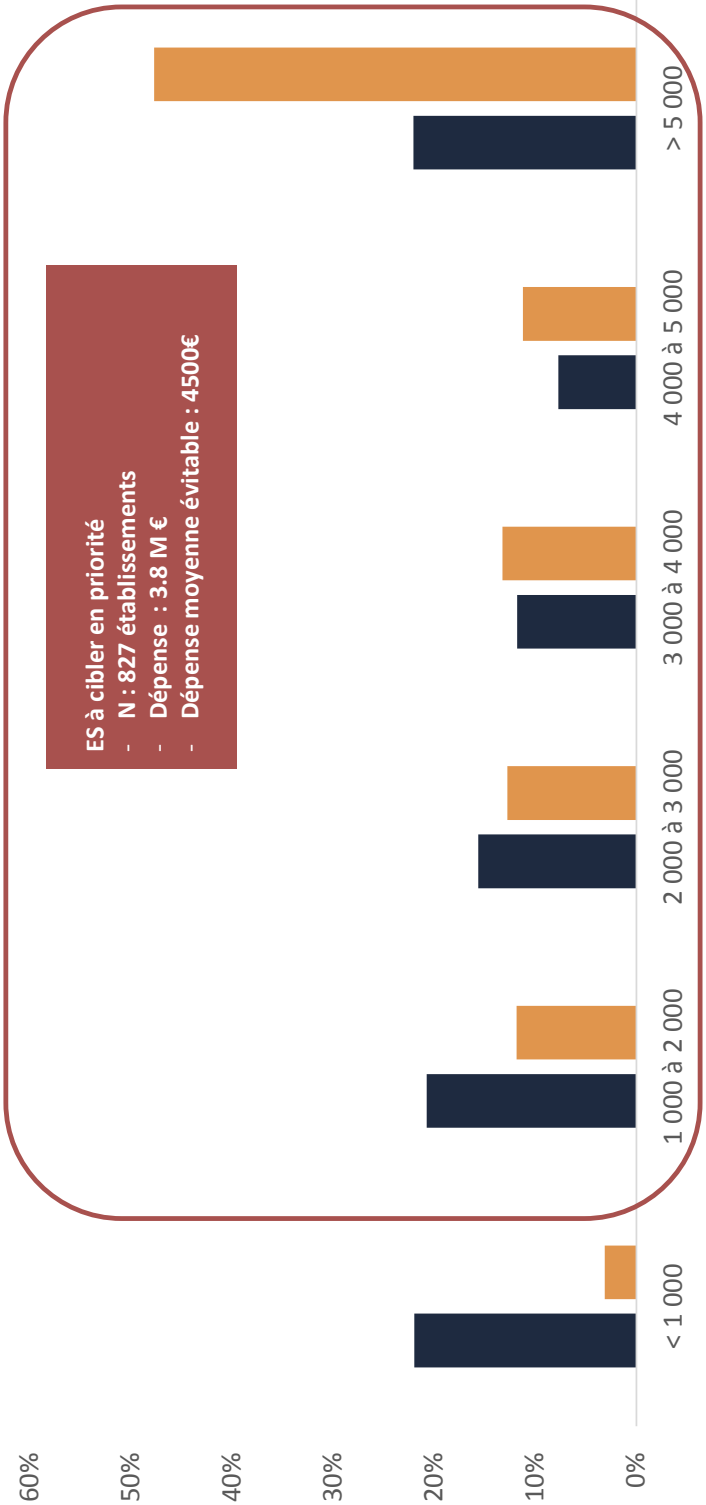
Indicateur des examens pré-anesthésiques : ciblage

- **Le ciblage des établissements a été réalisé en fonction du nombre d'examens pré-anesthésiques.**
- **2 critères ont été retenus pour cibler ces établissements sur les données de l'année 2018 :**
  - **Un nombre d'examens pré-anesthésique >= 1 000**

    ET
  - **Un taux de geste évitable >0%**

Examens pré-anesthésiques : niveau d'activité

Répartition du niveau d'activité des examens pré-anesthésiques sur l'ensemble des ES(%) et sur la dépense totale évitable(%)



4

Examens pré-anesthésiques : profil des ES

	N	%
Etablissement de Soins Pluridisciplinaire	**351**	**42%**
Centre Hospitalier (C.H.)	**239**	**29%**
Etablissement de Soins Chirurgicaux	**114**	**14%**
Centre Hospitalier Régional (C.H.R.)	76	9%
Centre de Lutte Contre Cancer	19	2%
Groupement de coopération sanitaire - Etablissement de santé	10	1%
Hôpital des armées	6	1%

Examens pré-anesthésiques : modélisation

Cible Examens	Economie	Economie / ES			Rémunération	Gains / ES		
		Moy	Min	Max		Moy	Min	Max
0%	3 800 000 €	4 590 €	26 €	28 623 €	1 140 000€	1377 €	8 €	8 586 €

Cible examens : Le taux de prescription attendu est idéalement de 0%
Economie = eco1+eco2+eco3+eco4.
si baisse du taux de l'indicateur1 par rapport à période de référence,
- alors éco1 = Nb séjours évités 1* montant remboursable des actes 1 *60% (taux de prise en charge des actes),
- sinon éco1 = 0.

Même logique pour les éco2, 3, et 4.
Rémunération : 30 % x **Economie**

ANNEXE 4

FICHE INDICATEUR CAQES : TAUX DE RECOURS À L'AMBULANCE

1. Contexte

L'objectif est d'améliorer la pertinence des prescriptions des professionnels de santé exerçant en établissement, dans le choix du mode de transport le plus adapté à l'état de santé des patients. Le CAQES constitue une priorité nationale compte tenu des enjeux concernant notamment la maitrise des dépenses et la pertinence des prescriptions de transports hospitalières prises en charge sur l'enveloppe de soins de ville et a ainsi comme perspective de favoriser la contractualisation avec un nombre plus important d'établissements ciblés au regard du volume ou de la progression de dépenses de transports.

La prescription de transport est un acte médical. Le médecin prescripteur doit s'appuyer sur le référentiel de prescription médicale de transport, publié par arrêté du 23 décembre 2006 – *JO* du 30 décembre 2006 prévu à l'article R. 322.10 du CSS. Celui-ci précise tous les éléments d'incapacité ou de déficience en lien avec l'état de santé du patient orientant sur le mode de transport adéquat.

L'ambulance est indiquée pour les patients nécessitant un transport obligatoirement en position allongée ou demi-assise, avec brancardage ou portage, une surveillance par une personne qualifiée ou nécessitant l'administration d'oxygène ou un transport devant être réalisé dans des conditions d'asepsie. L'appropriation de cette réglementation est essentielle pour convaincre le prescripteur d'exercer la prescription sur la base de bonnes pratiques en limitant le recours à l'ambulance injustifié. En effet, l'ambulance constitue à elle seul un critère de prise en charge et peut conduire à des atypies d'indications pour des patients sans autre critère autorisant le remboursement d'un transport. Pour mémoire, en 2018, le coût moyen d'un trajet en ambulance est de 98 €, 53 € pour le taxi, 33 € pour le VSL et 17 €[1] pour le véhicule personnel. Proposer la substitution quand elle est possible vers le transport assis professionnalisés (TAP – VSL ou Taxi) aux médecins de l'établissement permet de limiter ainsi les dépenses de transport eu égard au poids des prescriptions hospitalières dans ce domaine (62 % en 2018 soit 2,9 Mds d'euros en hausse de 4,2 % par an en moyenne depuis 2013 contre 3,3 % pour les prescriptions de ville).

Les pathologies justifiant un recours fréquent aux transports en ambulance sont le plus souvent lourdes et sévères (pathologies neurologiques, insuffisance rénale chronique…). Le médecin prescripteur s'appuiera pour apprécier le mode de transport le plus adapté, sur des critères médicaux inscrits dans le dossier patient ou auprès du médecin traitant, tels que troubles cognitifs, périmètre de marche, stade de la dyspnée, besoin d'appareillage, appui humain, etc. Un patient porteur de handicap sévère et bénéficiaire d'un mode de transport adapté doit être conforté dans sa prise en charge. Les patients souffrant d'une affection de longue durée sont à l'origine, en 2015, de 80 % des dépenses de transports en particulier les patients atteints de cancer (22 % des dépenses de transports), dialysés (17 %), de pathologies cardio-vasculaire (13 %) ou bien encore psychiatriques (11 %).

Le rapport Charges et Produits pour 2014 a mis en avant un mésusage de l'indication médicale de l'ambulance notamment en faisant le constat de disparités territoriales dans le recours aux transports dont on ne connaît cependant pas tous les déterminants (le recours exclusif à l'ambulance varie de 0 à 40 % pour les patients dialysés). De plus, le rapport indique que la part des patients hémodialysés transportés au moins une fois en ambulance en 2012 est de 53 % au plan national mais que cette part varie de 22 % pour les Hautes-Alpes à 76 % pour le Val-de-Marne montrant ainsi de fortes disparités de prescription qui se traduisent par une forte disparité sur le coût annuel moyen (2 170 € à 16 570 € respectivement pour les 2 départements).

Ainsi, ces disparités reposent sur des déterminants qui sont à analyser de manière plus fine auprès des établissements en fonction de leur contexte local, géographique, d'offre de soins (établissements et transporteurs), de l'existence population précaires et fragile et de critères sociaux économiques.

2. L'indicateur

La création d'un indicateur visant à diminuer la prescription d'ambulance, au bénéfice des transports assis professionnalisés (TAP – VSL ou Taxi) se justifie ainsi par la marge de progression possible sur une meilleure indication médicale du transport. La prise en compte du plus grand

[1] Données 2015.

nombre de déterminants permettra d'avoir une action pédagogique auprès des prescripteurs en établissement. Cela passe par la connaissance des montants prescrits par structure et par mode de transports.

L'indicateur retenu est donc la part de l'ambulance par rapport aux montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire prescrits en ambulance et en TAP (VSL et Taxi) par l'établissement et financés sur l'enveloppe de ville. Il sera calculé à partir des données 2019 (année de référence) du SNDS (DCIR) en date de liquidation pour l'ensemble des régimes. Les transports urgents pré-hospitaliers ne font pas partie du périmètre de l'indicateur ni les transports inter et intra hospitaliers dont le financement a été transféré aux établissements depuis le 1er octobre 2018. Parmi l'ensemble des établissements ciblés, seront retenus initialement pour cet indicateur les établissements présentant le taux de recours le plus important à l'ambulance.

L'indicateur est par conséquent décroissant. L'objectif de l'établissement est d'obtenir le ratio le plus faible possible.

Il convient de retenir les codes prestations suivants :

- pour l'ambulance : code 4212[2] ;
- pour le TAP (Taxis et VSL) :
  - taxis (codes 4210, 4214, 4217, 4218, 4220, 4229) ;
  - VSL (code 4213).

Pour information ce ratio, pour les prescripteurs hospitaliers, s'élève en 2018 à 37 % au plan national mais cache d'importantes disparités puisque ce résultat varie de 13 % en Lozère à 87 % dans le Val-de-Marne.

3. Le mode de calcul des économies

La réalisation d'économies entre l'année *n* – 1 et n sur les prescriptions de transports en ambulance exécutées en ville par un établissement donné permettra à l'établissement de santé d'être rémunéré à hauteur de 20 % des économies générées (dépenses évitées de transport en ambulance à 98 € en moyenne le trajet versus 45 € en moyenne pour un trajet TAP).

Données année *N* – 1
M1 = Montants remboursés totaux en année *N* – 1 (Ambulance + TAP)
Mamb1 = Montants remboursés ambulance année *N* – 1
R1 = Ratio ambulance année *N* – 1 = Mamb1/M1
Données année *N*
M2 = Montants remboursés totaux en année *N* (Ambulance + TAP)
Mamb2 = Montants remboursés ambulance année *N*
R2 = Ratio ambulance année *N* = Mamb2/M2
Nous avons distingué 2 cas de figures :
Cas 1 : Si le ratio R2 en année *N* est inférieur au ratio R1 en année *N* – 1 alors :
Rémunération année *N* = 0,20 * (R1-R2)*M2*(98-45)/45
Cas 2 : Si le ratio R2 en année *n* est supérieur ou égal au ratio R1 en année *N* – 1 alors :
Rémunération année *n* = 0

Exemple :

Cas 1 : Cas d'un établissement dont les dépenses de transport augmentent et la part d'ambulance diminue

	Montants remboursés		ratio (mt remboursés ambulance / (mt	
	N-1	N	N-1	N
ambulances	78 400	83 300		
tap (VSL et taxis)	45 000	56 250		
total	**123 400**	**139 550**	63,5%	59,7%

[2] Hors TUPH.

Pour l'année *n*, et cet établissement fictif, le résultat de l'indicateur est obtenu par la formule suivante :

83 300/139 550 = 59,7 %

Dans notre exemple, le ratio de notre indicateur a diminué de 3,8 point (63,5 % à 59,7 %), l'établissement est donc éligible à la rémunération qui s'élèvera à 1 249 €.

Ce montant est obtenu par la formule suivante :

Rémunération année *n* = 20 % × (63,5 % – 59,7 %) * 139 550 * (98-45)/45 = 1 249 €

Cas 2 : Cas d'un établissement dont les dépenses de transport diminuent et la part d'ambulance diminue

	Montants remboursés		ratio (mt remboursés ambulance / (mt	
	N-1	N	N-1	N
ambulances	98 000	88 200		
tap (VSL et taxis)	36 000	40 500		
total	**134 000**	**128 700**	**73,1%**	**68,5%**

Pour l'année *n*, et cet établissement fictif, le résultat de l'indicateur est obtenu par la formule suivante :

88 200/128 700 = 68,5 %

Dans notre exemple, le ratio de notre indicateur a diminué de 4,6 points (73,1 % à 68,5 %), l'établissement est donc éligible à la rémunération qui s'élèvera à 1 395 €.

Ce montant est obtenu par la formule suivante :

Rémunération année *n* = 20 % × (73,1 % – 68,5 %) * 128 700 * (98-45)/45 = 1 395 €

Cas 3 : Cas d'un établissement dont la part d'ambulance augmente

	Montants remboursés		ratio (mt remboursés ambulance / (mt remboursés ambulance + mt remboursés TAP))	
	N-1	N	N-1	N
ambulances	80 500	84 000		
tap (VSL et taxis)	105 000	106 000		
total	**185 500**	**190 000**	**43,4%**	**44,2%**

Pour l'année *n*, le résultat de l'indicateur pour cet établissement fictif, est obtenu par la formule suivante :

84 000/190 000 = 44,2 %

Dans notre exemple, le ratio de notre indicateur a augmenté de 0,8 point (43,4 % à 44,2 %), l'établissement n'est donc pas éligible à la rémunération.

Au niveau national, l'amélioration de ce ratio revêt des enjeux économiques particulièrement forts puisque la substitution de 1 % des trajets actuellement réalisés par des ambulances en TAP se traduirait par une économie de 10 M€ en année pleine pour l'assurance maladie[3]. Pour mémoire, les économies envisagées pour l'année 2020 sur le poste transports s'élèvent à 160 M€ dont 50 M€ sur la substitution vers le TAP.

[3] Sur la base des données 2018.

4. **Le ciblage des établissements**

Les établissements ciblés sont les établissements (Finess géographiques) prescrivant beaucoup de transport en ambulance, à la fois en montants remboursés (plus de 200 000 € en remboursé ambulance – tous régimes – sur le 1er semestre 2019) et en part d'ambulance dans le total transport (part de l'ambulance dans le total (ambulance + Taxi + VSL) supérieur ou égal à 20 %).

Au total 350 établissements sont ciblés qui représentent sur le premier semestre 2019, 262 millions d'euros de dépenses en ambulance, soit 74,5 % du montant total d'ambulance prescrit pas mes établissements.

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DE L'ACTION ET DES COMPTES PUBLICS

CAQES

Présentation des indicateurs transport PHEV

Direction de la sécurité sociale

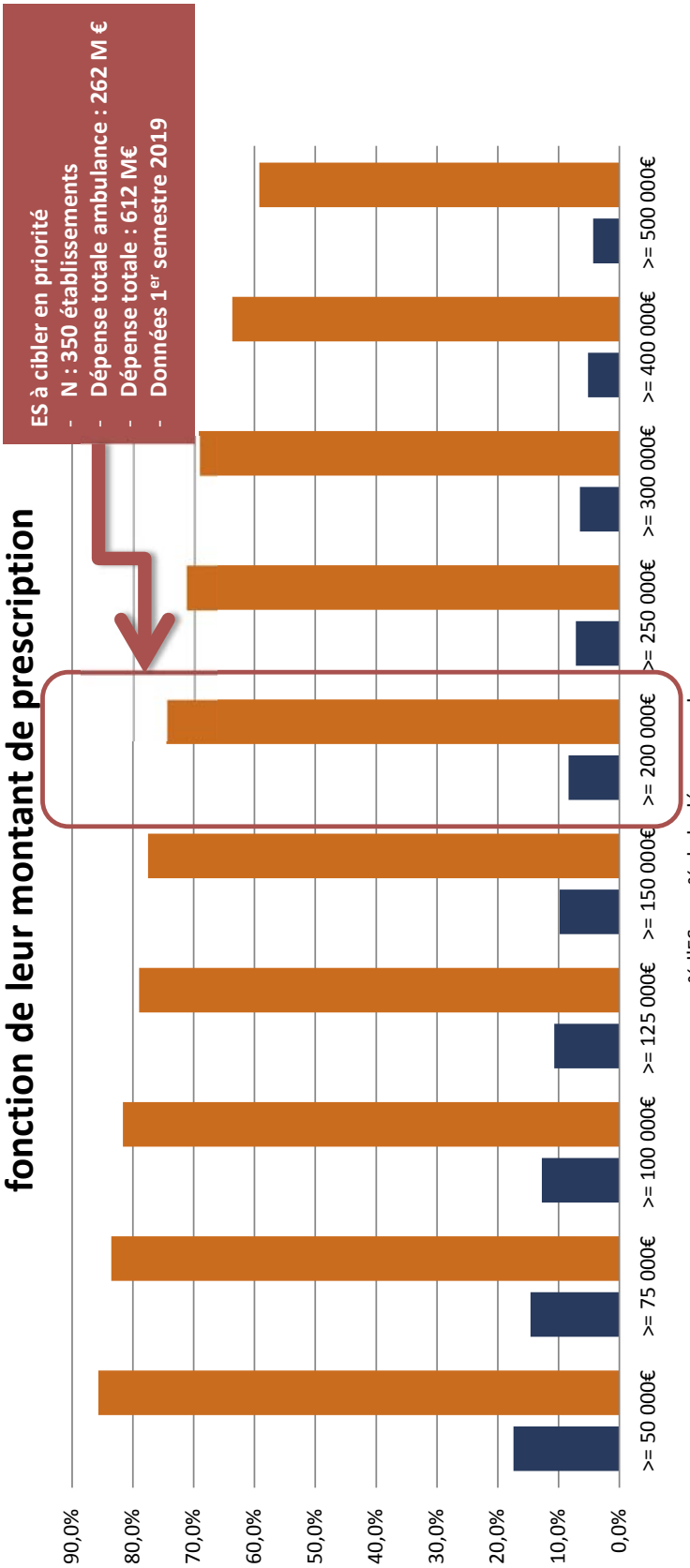
Indicateur transport PHEV: ciblage

- **Le ciblage des ES a été réalisé en fonction du niveau de prescription des transports en ambulance.**
- **2 critères ont été retenus pour cibler les ES sur les données du 1er semestre 2019 :**
  - **Une part importante (>=20%) de l'ambulance sur le total des transports prescrits et remboursés (Ambulance + Taxi + VSL)**

    ET
  - **Un montant remboursé important de transport en ambulance (>= 200 000€)**

Indicateur transport: niveau de prescription

Poids dans la dépense ambulance des établissements de santé en fonction de leur montant de prescription



Note de lecture : Les 350 établissements ciblés représentent 74,5% de la dépense ambulance des établissements et 8,5% du nombre d'établissements.
Données 1er semestre 2019, tous régimes, France entière

3

Indicateur transport: profil des ES

	N	%
CENTRE HOSPITALIER (C.H.)	**237**	**67,7%**
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL (C.H.R.)	**55**	**15,7%**
APHP, APHM, HCL	**36**	**10,3%**
SSR	9	2,6%
PSY	7	2,0%
AUTRES	6	1,7%

Indicateur transport : modélisation

Cible Transport	Economie	Economie / ES			Rémunération	Gains / ES		
		Moy	Min	Max		Moy	Min	Max
-5%	72 045 968 €	205 845 €	25 947 €	1 510 687 €	14 409 194 €	41 169 €	5 189 €	302 137 €

Cible Transport: baisse de la part des montants remboursés de l'ambulance
Economie = 2 * Montant remboursé des transports du 1er S 2019 * 5% (cible transport) * (98/45-1)
Rémunération : 20 % x **Economie**