

❑ Décret (JORF du 26/09/2021)

Décret n° 2021-1231 du 25 septembre 2021 relatif au cadre général du contrat d'amélioration de la qualité et d'efficience des soins mentionné à l'article L. 160-30-2 du code de la sécurité sociale

Notice : le texte tire les conséquences réglementaires des évolutions législatives relatives aux contrats d'amélioration de la qualité et d'efficience des soins (CAQES) visant à améliorer sa pertinence et le rendre plus incitatif, notamment en le limitant aux seuls établissements identifiés au regard des priorités nationales et régionales. Le décret en précise en cohérence les modalités d'application, notamment l'architecture générale du contrat, le ciblage des établissements de santé, et la délégation de l'intéressement.

❑ Arrêté (JORF 21/10/2021 - modèle de contrat type)

Arrêté du 24 septembre 2021

modifiant l'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

conclu pour une durée maximale de **cinq ans**. Il peut comporter un ou plusieurs volets incitatifs relatifs :

- 1) Au bon usage des médicaments, des produits et prestations
- 2) A l'amélioration de l'organisation des soins portant notamment sur les transports
- 3) A la promotion de la pertinence des actes, prescriptions et prestations.

Quels sont les différences principales avec le précédent CAQES ?

Ancien CAQES 2017-2021	CAQES 2022
<p>Toutes typologies d'établissements ciblés En CVL 102 ES : MCO, HAD, Dialyse, SSR, CH exHL et PSY</p>	<p>Tous les ES ne sont pas concernés, ciblage chaque année. En CVL 2022, 29 ES MCO ciblés</p>
<p>Contrat type mais avec des indicateurs adaptés à la typologie d'établissement</p>	<p>Contrat personnalisé pour chaque ES</p>
<p>Cible à atteindre et/ou évaluation qualitative sur élément de preuve envoyé</p>	<p>Indicateurs nationaux : pas de cible mais un objectif de diminution des dépenses</p>
<p>33 indicateurs (en CVL 2021)</p>	<p>De 1 à 14 indicateurs par ES (en CVL 2022 max. 7)</p>
<p>Evaluation régionale pour tous les indicateurs (OMEDIT et AM)</p>	<p>Evaluation automatisée (CNAM) pour les indicateurs nationaux Evaluation régionale pour les indicateurs régionaux</p>
<p>Intéressement commun à tous les indicateurs</p>	<p>Indicateurs nationaux : intéressement par indicateur en fonction des économies réalisées. Indicateurs régionaux : intéressement par indicateur</p>

Arrêté du 23 février 2022 fixant les référentiels mentionnés à l'article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale et applicables au contrat mentionné à l'article L. 162-30-2 du même code

Nom des indicateurs nationaux	Référentiels que les établissements de santé doivent respecter (seuls et taux limites) (A noter si mention d'un « ou » : lorsqu'il y a plusieurs conditions à respecter, si l'une des conditions est validée, l'établissement respecte le référentiel)	Référentiels pour les taux cibles
1° les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) ;	Les prescriptions hospitalières en ville (PHEV) de spécialités contenant un inhibiteur de la pompe à protons sont inférieures à 8500 boîtes / an	-5%/an de dépenses remboursées
2° les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de systèmes de perfusion à domicile (PERFADOM) ;	Le montant remboursé des dépenses résultant des prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de perfuseurs par diffusion et de systèmes actifs électriques est inférieur à 100 000 euros/an ou Le taux de recours à ces deux systèmes de perfusion, en montants remboursés, est inférieur à 80% ;	-5 %/an de dépenses remboursées
3° la part de l'ambulance dans les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de transports ;	La part de l'ambulance sur le total des transports prescrits et remboursés (Ambulance + Taxi + véhicule sanitaire léger) inférieure à 20% ou Le montant remboursé des dépenses en ambulance résultant des prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de transports sur une année entière est inférieur à 400 000 €	-1,67 point / an (ou - 5 points sur 3 ans) de la part de l'ambulance dans les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de transports
4° les prescriptions examens pré-anesthésiques (EPA) ;	Le nombre d'examen pré-anesthésique est inférieur à 1 000 examens ou Le taux de séjours avec des prescriptions inutiles est égal à 0% ;	0% d'examens évitables
5° les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de l'ézetimibe ;	Le montant remboursé des dépenses résultant des prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) spécialités contenant de l'ézetimibe est inférieur à 20 000 euros ou Le ratio entre le nombre de PHEV en UCD de l'ézetimibe et le nombre PHEV en UCD des statines est inférieur à 9%	-5%/an de dépenses remboursées
6° les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de pansements ;	Le montant moyen de dépenses remboursées par patient associé aux prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) des pansements, est inférieur de 40% par rapport au montant moyen de leur catégorie d'établissement. Eléments de critères de ciblage complémentaires : Seuls les établissements ayant un nombre de patients supérieur à 100 sur une année sont éligibles	Coût moyen par patient par catégorie d'établissement

1 indicateur composite REGIONAL sur les médicaments de la LES

Sources : ePMSI et Scansante.fr, suivi des remontées semestrielles des argumentaires sur les indications hors AMM par les ES vers l'OMEDIT et actions mises en œuvre par l'établissement en termes de pertinence, d'analyse et de suivi des prescriptions des médicaments LES : 100% de mobilisation et d'information CME (taux, analyse, argumentaire retrouvé dans PV, programme d'actions pertinence, régulation ...)

Catégories établissements : MCO avec UCD ≥ 500 et $> 400\text{K€}$ de dépenses médicaments LES sur l'année selon 4 « catégories ATIH montant LES » :]400-1600]K€ ;]1600K€-5M€] ;]5-50]M€ ; 50M€ et + (avec exclusion des données AP-HP et des établissements expérimentateurs « art. 51 évolution de la liste en sus » - en région CVL : NCT+)

Surveiller les évolutions des dépenses et du codage des indications - médicaments liste en sus (LES) :

Indicateur : Taux d'évolution des **dépenses de médicaments LES** / taux cible (si défini) sinon taux moyen national selon la catégorie de l'établissement .

Cible : $0 < \text{taux établissement} \leq \text{taux national moyen par catégorie établissement}$

ET

Indicateur : Taux de recours au **codage I999999 « indication hors AMM justifié »**.

Cible : $0 < \text{taux établissement} \leq \text{taux national moyen par catégorie établissement}$