

Ministère des affaires sociales et de la santé
Ministère de l'économie et des finances

Paris, le 15 JUIL 2014

La ministre des affaires sociales et de la
santé

Le ministre de l'économie et des finances

Le directeur de la caisse nationale
d'assurance maladie des travailleurs
salariés

À

Mesdames et Messieurs les directeurs
généraux des agences régionales de santé

(Pour mise en œuvre)

**INSTRUCTION N° SG/2014/217 du 10 juillet 2014 relative à la priorité de gestion du risque
pour les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de médicaments et LPP**

Date d'application : immédiate

NOR :

Classement thématique :

Validée par le CNP, le 07 02 2014 - Visa CNP 2014-17

Publiée au BO : oui

Déposée sur le site circulaire.legifrance.gouv.fr : non

Catégorie : Directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : La circulaire porte sur la régulation des dépenses de médicaments et LPP résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville et plus particulièrement sur le bilan de la contractualisation 2013 des contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins pour les PHEV (CAQOS). Elle prévoit également les conditions de mise en œuvre de

soins pour les PHEV (CAQOS). Elle prévoit également les conditions de mise en œuvre de la contractualisation 2014.

Mots-clés : gestion du risque ; contrat pour l'amélioration de la qualité et l'organisation des soins (CAQOS) ; médicaments ; prescription ; établissement de santé ; LPP

Textes de référence :

- L.162-30-2 du code la sécurité sociale
- Décret n° 2011-453 du 22 avril 2011 relatif à la régulation des dépenses de médicaments résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville
- Arrêté du 14 décembre 2012 fixant le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville
- Arrêté du 20 décembre 2013 fixant le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville

Annexes :

- Annexe 1 : Contrat type PHEV
- Annexe 1 bis : Avenant
- Annexe 2 : Guide méthodologique
- Annexe 3 : Description des objectifs qualitatifs pour les médicaments

- I. LE BILAN DE L'ANNEE 2013
- II. LE DISPOSITIF POUR L'ANNEE 2014 :
- III. ACTUALISATION DE LA DEMARCHE DE CONTRACTUALISATION
- IV. ACCOMPAGNEMENT DES STRUCTURES
- V. ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS EXERÇANT EN ETABLISSEMENTS PRIVES LUCRATIFS
- VI. POINT SUR LE REPERTOIRE PARTAGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE (RPPS)

Préambule :

2014 est la quatrième année¹ de mise en place du dispositif des Contrats d'Amélioration de la Qualité et de l'organisation des Soins (CAQOS) sur les Prescriptions Hospitalières de Médicaments et LPP Exécutées en Ville (PHEV).

Cette instruction a pour objectif de définir la contractualisation et l'accompagnement pour l'année 2014. Elle vient en complément de l'instruction générale sur les thèmes de GDR, validée par le CNP du 07/02/2014 (Visa CNP 2014-17).

Les principales perspectives pour 2014 portent sur le développement des indicateurs de ciblage pour les principales classes médicamenteuses et LPP, l'enrichissement des thèmes d'accompagnement ainsi que sur l'évolution de la contractualisation pour favoriser le développement d'objectifs qualitatifs (précisions d'objectifs qualitatifs pour les médicaments en annexe 3). Par ailleurs, le développement du repérage des professionnels prescripteurs doit conduire à une réflexion sur une nouvelle forme d'accompagnement et de contractualisation.

I. DES ELEMENTS DE BILAN POUR L'ANNEE 2013

1. Sur le plan Quantitatif :

Pour l'année 2013 :

- 101 établissements ont été ciblés
- 48 contrats ont été signés (soit 47,5% par rapport aux établissements ciblés)
- 349 visites d'établissements dans le cadre des contrats ont été réalisées par les représentants de l'Assurance maladie, sans compter les visites auprès des prescripteurs dans le cadre de la Maîtrise Médicalisée des prescriptions hospitalières exécutées en ville qui porte aussi sur d'autres thèmes (transports, IJ..).

2. Sur le plan Qualitatif :

4 éléments méritent d'être signalés :

- Le Conseil d'Etat, par décision du 17 juillet 2013 a rejeté le recours de la Fédération Hospitalière de France (FHF) contre le Décret n° 2011-305 du 21 mars 2011 relatif à la régulation des dépenses de transports. Ce rejet devrait favoriser le développement de la contractualisation dans le champ des PHMEV.
Durant les années 2012 et 2013, une relation pédagogique a été favorisée dans les régions pour compenser le faible nombre de contrats signés, à travers des accords de méthodes auprès des établissements, sur des points de progrès partagés. Ces objectifs de progrès pourraient être désormais repris dans les contrats.
- L'introduction de la rétrocession dans le périmètre des contrats a quelque peu bouleversé les données du profil et les résultats de la contractualisation.

Le taux national est un taux global d'évolution (médicament y compris la rétrocession et LPP). Des établissements dont le taux de médicament seul est en dessous du seuil national peuvent voir leur taux passer au dessus de la barre des établissements éligibles à un contrat avec les données de la rétrocession. Le constat a été fait dans au moins 5 régions.

Une région a, de plus, signalé qu'il pouvait y avoir des erreurs dans l'affectation des prescriptions de rétrocession aux professionnels.

¹ Instruction n°1 de GDR ARS PHMEV datée du 8 avril 2011,
Instruction n°2 de GDR ARS PHMEV-LPP du 9 mars 2012,
Instruction n° 3 de GDR ARS PHMEV-LPP du 27 mars 2013.

L'instruction 2012 avait préconisé de « gommer » dans la mesure du possible cet effet rétrocession lors de l'appréciation des résultats.

- Le rebasage 2013 a introduit les ALD 31 et 32 et engendré un recalcul des données avec des difficultés lors de l'analyse des résultats. Cet évènement doit conduire à une réflexion sur une contractualisation en taux plutôt qu'en montant.
- Le manque de visibilité sur l'utilisation possible du RPPS n'a pas été un élément favorisant les contrats (au moins 5 régions), même si le taux d'offices équipés du logiciel sésame vitale version 1.4 Ad 4 (nécessaire pour saisir la double identification des professionnels et des établissements) a atteint un taux de 98% en fin d'année 2013.

3. L'objectif d'économie de 2013 :

- Pour rappel, le taux de l'année 2012 a été fixé à 6% pour un périmètre portant sur les médicaments (y compris la rétrocession) et la LPP.

Les dépenses 2012 de PHMEV (prescriptions hospitalières médicamenteuses et LPP retentissant sur l'enveloppe de ville) ont évolué de +5,9% par rapport à 2011, soit -0,1% par rapport au taux national opposable et -1,8% par rapport au taux tendanciel estimé.

- Le taux 2013 a été porté à 5% avec un périmètre identique à celui de 2012.

L'objectif d'économie pour l'année 2013 a été fixé à 210 millions d'euros (différence entre le taux opposable et le taux prévisionnel).

Les montants financiers (intéressement compris) évoluent de +5,1% sur l'année 2013 vs 2012 (soit +0,1% par rapport au taux national et -2,3% par rapport au taux prévisionnel).

II. LE DISPOSITIF POUR L'ANNEE 2014 :

La LFSS pour 2014 n'a pas modifié le texte définissant la procédure de contractualisation pour les PHMEV.

L'année 2014 sera marquée par la stabilisation du dispositif, quant à :

- son périmètre (Médicament y compris la rétrocession et LPP comme en 2013),
- le taux d'évolution national tel que prévu à l'article L. 162-30-2 CSS, qui comme pour 2013 a été fixé à 5% par l'arrêté en date du 20/12/2013
- Le déroulement complet de l'action (sanction, reversement et intéressement),
- les établissements ciblés : « a, b et c » de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale – CSS, confer chapitre V sur les actions spécifiques auprès des prescripteurs libéraux).

Il est nécessaire d'adapter la démarche pour 2014 selon 4 axes :

1. Actualisation et enrichissement du profil
2. Actualisation et enrichissement des outils mis à disposition
3. Application des sanctions
4. Organisation des remontées

L'action de contractualisation devra être poursuivie sur la base de nouvelles améliorations :

- Favoriser le développement des objectifs qualitatifs ;
- Développement d'indicateurs de ciblage par classes.

III. ACTUALISATION DE LA DEMARCHE DE CONTRACTUALISATION

1. Les établissements à cibler en 2014 :

- Les établissements déjà signataires (2012 ou 2013) d'un CAQOS (3 ans) doivent être automatiquement engagés dans la version 2014.

La conclusion d'un avenant annuel est proposée et approuvée dans les mêmes formes que le contrat. L'absence d'approbation de l'avenant expose l'établissement aux mêmes pénalités que l'absence de conclusion du contrat.

- Les établissements « nouveaux dans le dispositif », en fonction des données de ciblage (sur l'année 2013) comparant leur taux d'évolution des montants PHMEV-LPP par rapport au taux d'évolution national.
- Les établissements pour lesquels les contrats arrivent à échéance pourront signer un nouveau contrat de 3 ans, dans lequel seront intégrés des objectifs qualitatifs. Pour chacun des objectifs inscrits dans le nouveau contrat, il est demandé de fixer des taux intermédiaires et cibles.

2. Actualisation du contrat type (Confer en annexe 1) :

Compte tenu de la stabilité du dispositif par rapport à la précédente instruction. **Le contrat type et l'avenant type sont inchangés.** Ce contrat type peut-être annexé au CPOM.

Concernant l'opposabilité du contrat :

Il n'est pas nécessaire que le contrat type fasse l'objet d'un arrêté. En effet, les instructions ainsi que ses annexes, sont publiées après validation du Comité National de Pilotage (CNP) où sont représentés de droit, le Directeur de l'UNCAM et les Ministres concernés.

Les objectifs « qualitatifs » du contrat peuvent porter sur différents thèmes (cf. instructions précédentes) :

- Objectifs portant sur certaines classes (cf. IV.3)
- Prescriptions en DCI (cf. annexe 3)
- Prescriptions dans le répertoire des génériques (cf. annexe 3)
- Prescriptions dans la liste de référence des groupes biologiques similaires (cf. annexe3)
- Amélioration de la double identification des ordonnances de l'établissement.

Pour 2014, il est important de les développer et de les adapter à chaque établissement. Une attention particulière doit être portée aux points 2, 3, 4. Il est aussi prévu de les prendre en compte lors du bilan du contrat (cf. point 6.3 ci après).

3. Les activités concernées :

L'article L.162-30-2 CSS et son décret d'application prévoit que le dispositif est applicable aux « établissements de santé », sans autre distinction.

L'instruction de 2011 a limité, dans un premier temps, les contrats aux établissements MCO. En effet, les activités de SSR et de psychiatrie regroupées avec des établissements MCO sont présentes dans le suivi PHEV, car les données figurent sous le même n° FINESS juridique.

Le périmètre des PHEV et LPP des établissements de psychiatrie et de SSR est plus délicat à cerner.

Au niveau national, il est donc préconisé de continuer sur le champ des activités de MCO. Les régions peuvent, cependant, élargir la contractualisation aux autres activités selon leurs propres possibilités.

Par ailleurs, il est important de rappeler que les fusions et restructurations ne sont pas prévisibles et ne modifient les données fournies par l'Assurance Maladie les rendant ainsi incomplètes ou instables. Il est donc préférable d'éviter la contractualisation avec les établissements concernés par ces changements.

4. Transmission des données nécessaires à la contractualisation en 2014 :

Les données de pré ciblage sur les 9 premiers mois de l'année ont été envoyées fin janvier. Elles comprennent le taux d'évolution PHMEV-LPP (y compris rétrocession), tel que décrit à l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale et permettent une première démarche de pré ciblage.

Les données du ciblage définitif sur l'entièreté de l'année 2013 ont été mises à disposition mi-mars 2014. Les données de ciblage étant complétées sur l'année entière, elles peuvent modifier celles de pré ciblage.

Pour mémoire, l'envoi des données suivantes sera réalisé comme suit :

- Fin juin envoi sur le 1^{er} trimestre 2014 pour le suivi des dépenses,
- Fin septembre : envoi sur le 1^{er} semestre 2014 pour le suivi des dépenses,
- Fin décembre : envoi sur les 9 premiers mois 2014 pour le suivi des dépenses et le pré ciblage des établissements pour 2015.

Délai de mise à disposition des données CNAMTS :

Il est important de signaler aux établissements de santé que les données sont produites dans les délais les plus brefs possibles. Le décalage de trois mois correspond à la disponibilité des données, auquel il faut ajouter le temps de traitement statistique et d'alimentation des profils. Ce délai au plus juste pose, par contre, le problème des factures liquidées dans un temps plus long.

Sur la pertinence des données du profil :

Il est nécessaire de rappeler le mode de calcul des données portant sur la rétrocession. La rétrocession de PHMEV-LPP porte sur les prescriptions des professionnels de l'établissement, alors que l'établissement connaît le montant global de rétrocession de la PUI. Cette différence devient importante quand la structure est centre de référence. Cette mise au point est indispensable pour éviter une remise en cause de l'ensemble des données fournies.

Les montants liés à la rétrocession peuvent aussi modifier la place d'un établissement par rapport au taux national, alors qu'actuellement il n'y a pas d'actions vis-à-vis des médicaments concernés. Ainsi, il devient essentiel de vérifier que le montant de la rétrocession soit affecté au « bon » établissement. Il est donc conseillé de « gommer » les effets de la rétrocession lors de la contractualisation (dans le ciblage et lors de l'analyse de résultats), avec par exemple :

- Des accords de méthode pour les établissements qui sont au-dessus du taux national de 5% uniquement du fait de la rétrocession.
- A l'inverse, il faut adapter les versements si les évolutions des dépenses sont liées essentiellement à la baisse de la rétrocession.

Pour les établissements entrants dans l'expérimentation FIDES, les montants remboursés (1^{ère} page du profil) correspondent aux prescriptions de ville ainsi qu'aux actes et consultations

externes. Selon la date d'entrée dans l'expérimentation, le taux d'évolution des dépenses peut apparaître élevé.

5. Utilisation des données :

Plusieurs étapes sont individualisées :

- préparation, avec l'Assurance Maladie, des contacts pour la contractualisation avec les établissements de santé, dès la réception des données de pré ciblage,
- utilisation des données de mars 2014 pour le ciblage, avec l'Assurance Maladie, et la finalisation des contrats. Communication de ces éléments aux établissements de santé lors des rencontres ARS/CPAM/ELSM de présentation du contrat,
- des requêtes régionales peuvent être réalisées pour compléter l'analyse (file active, CIP, nom produits,...) préalable au contrat.

Les Fusions et restructurations d'établissements modifient le sens des données transmises :

Il existe par exemple chaque année une vingtaine de cas pour lesquels les FINESS géographiques changent de FINESS juridiques après fermeture d'un site. Tous les cas de figure liés aux restructurations ne sont pas prévisibles et il n'est donc pas possible de modéliser toutes les conséquences. Il a été jugé préférable de fournir les données disponibles telles qu'elles sont actuellement produites en prenant en comptes 2 éléments :

- préparer la contractualisation avec discernement et ne pas contractualiser avec des établissements qui vont fusionner ou qui ont fusionné,
- le fichier qui sert pour le regroupement des FINESS (correspondance géographique juridique) sera mis à disposition pour permettre une meilleure compréhension des profils.

Des difficultés supplémentaires surviennent lors de la création de GCS, ou pour des ESPIC multi sites avec une entité juridique centrale. Dans ces deux cas, les données fournies par l'Assurance Maladie sont incomplètes ou instables et il importe d'éviter la contractualisation dans de telles circonstances.

6. Les versements :

6.1 Sanctions en cas de refus de contractualiser :

Lorsque l'établissement sollicité pour conclure un CAQOS, a refusé de le signer, l'ARS peut enjoindre l'établissement de verser à la CPAM concernée une fraction des dépenses de PHEV occasionnées pendant l'année écoulée par les prescriptions des médecins qui y exercent et remboursées sur l'enveloppe soins de ville, qui ne peut excéder 10%.

De la même manière, en cas de refus de signature par l'établissement de santé d'un avenant modifiant les objectifs portés au contrat et notamment la réévaluation des taux d'évolution des dépenses de PHEV, le décret du 21 Mars 2011 prévoit explicitement que l'« *avenant annuel proposé et approuvé dans les mêmes formes que le contrat. L'absence d'approbation de l'avenant expose l'établissement aux mêmes pénalités que l'absence de conclusion du contrat* ».

L'application de la sanction en cas de refus de contractualisation est une mesure qui doit être appréciée en opportunité par chaque DGARS pour chaque établissement en fonction notamment du constat d'une absence d'investissement de l'établissement de santé à modifier ses pratiques ou d'explications peu concluantes lors de la procédure contradictoire.

Il est à noter que l'application de la sanction nécessite au préalable un respect strict de la procédure contradictoire et des délais pour éviter tout risque de contentieux.

6.2 Reversement : versement de l'établissement en cas de non atteinte des objectifs du contrat :

Cette pénalité financière est applicable à compter de 2013 (évaluation faite sur les dépenses 2012) uniquement pour la 2^e année des contrats (i.e. pour les établissements qui ont signé en 2011), afin d'encourager le dispositif et laisser une année d'accompagnement pédagogique.

Ainsi, après que l'établissement ait été en mesure de présenter ses observations, l'agence régionale de santé peut lui enjoindre de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de médicaments qui lui sont imputables, dans la limite du dépassement de son objectif.

6.3 Intéressement : versement de l'Assurance Maladie en cas d'atteinte des objectifs :

S'il est constaté que des économies ont été réalisées par rapport à l'objectif, l'agence régionale de santé peut enjoindre l'organisme local d'assurance maladie de verser à l'établissement de santé une fraction des économies réalisées.

Lors du chiffrage du reversement ou de l'intéressement, doivent être pris en compte :

- o Les caractéristiques de la patientèle de l'établissement,
- o Le contexte local d'organisation des soins (ouverture/fermeture de services ; zone rurale / montagnarde/sous-dense...)
- o L'influence de la rétrocession (cf. point 4)
- o L'avis de l'établissement au titre des échanges contradictoire
- o Et l'atteinte des objectifs qualitatifs

Ainsi, il peut être choisi de lier l'intéressement ou le reversement au nombre de journées de l'établissement, pour apprécier son activité.

En tout état de cause, un établissement qui par la fermeture de services a une baisse conséquente et mécanique des dépenses induites par ses prescriptions doit voir l'intéressement qui pourrait lui être notifié, pondéré par l'effet de ces fermetures. Il en est de même s'il est constaté un transfert des prescriptions hospitalières vers le secteur libéral. A ce titre, les informations sur l'évolution des prescriptions de ville dans le département (ou la région pour un CHU) d'implantation de l'établissement devront être analysées. (cf. point IV.4).

L'intéressement ou le reversement est à l'appréciation de l'ARS. L'atteinte des objectifs qualitatifs doit être pris en compte lors de la décision du reversement ou non reversement (en attendant des modifications législatives en ce sens).

7. La période de référence pour le calcul des versements :

Le taux d'évolution national est dorénavant publié en fin d'année pour porter sur l'année civile suivante. Toutefois, les données permettant le ciblage des établissements conduisent à une contractualisation à partir de fin mars, sans compter la période contradictoire d'un mois (article R.162-43-2 du code de la sécurité sociale).

7.1 Calculs sur la première année du contrat :

Ainsi, la période de référence pour le calcul de l'intéressement se fera à partir de la date d'entrée en vigueur du contrat jusqu'au 31 décembre. Ce principe ne s'applique pas actuellement pour les reversements car, il n'y en a pas la 1^{ère} année du contrat.

7.2 Calculs sur les 2^e et 3^e années du contrat :

Pour les deux années suivantes du contrat, la période de référence se fera sur l'année entière, s'il n'y a pas signature d'un avenant. Dans le cas contraire, la période de référence est conforme au point précédent.

Pour mettre en adéquation les périodes, il est conseillé de rapprocher au plus la date de mise en œuvre de l'avenant avec la mise à disposition des données.

8. Exécution des paiements :

Des instructions spécifiques ont été transmises aux agences régionales et aux caisses au 3^e trimestre de cette année : pour l'année 2013, seuls l'intéressement et la pénalité en cas de refus de contractualisation peuvent faire l'objet de procédures comptables.

8.1 Pour les intéressements :

Le système d'information des caisses permet d'implémenter le code prestation créé (CAP) et les numéros de comptes nécessaires à sa mise en œuvre. L'intéressement est liquidé manuellement par les caisses à réception de la notification ARS mentionnant le montant à régler. Les Caisses procéderont au paiement des établissements de santé à partir de **l'enveloppe soins de ville**.

8.2 Pour les pénalités :

Elles feront l'objet d'un traitement manuel par les caisses durant une période transitoire. La procédure la plus proche est celle des sanctions dans le cadre du contrôle T2A.

9. Suivi du dispositif :

Une Enquête questionnaire sera mise en routine par l'Assurance Maladie pour récupérer l'ensemble des éléments suscités selon un rythme régulier.

IV. ACCOMPAGNEMENT DES STRUCTURES

1. Présentation de la démarche :

La procédure de présentation de la démarche de contractualisation (comme pour les transports et la liste en sus) par les ARS aux établissements peut être maintenue, en lien avec l'Assurance Maladie. Elle pourra être réalisée au 1^{er} semestre 2014, notamment pour les nouveaux établissements, selon les mêmes modalités que celles préconisées dans l'instruction du 8 avril 2011.

2. Le ciblage des établissements :

Le ciblage des établissements se fait à partir du taux global PHMEV-LPP, englobant les médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale et de produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste. L'effet de la rétrocession doit être apprécié lors du ciblage (Cf. point III.4)

Cette 1^{ère} phase donne la liste des établissements éligibles au contrat. L'accompagnement portera préférentiellement sur les établissements signataires.

3. Choix des thèmes :

Les acteurs, au vu des données sur les classes et les molécules, peuvent choisir des thèmes d'actions.

Pour faciliter le choix de ces thèmes, des indicateurs sont proposés sur certaines classes (NACO, EPO, Anti Tnf Alpha) (cf. annexe 2 : le guide méthodologique). Les valeurs de ces nouveaux indicateurs par établissement devront être comparées aux chiffres régionaux. Les nouveaux indicateurs et leurs calculs par établissement seront intégrés dans les profils ultérieurs. L'élaboration d'indicateurs de ciblage se poursuivra en s'aidant des réflexions nationales et des travaux menés en région.

Le Guide méthodologique de mise en œuvre des actions l'accompagnement à l'hôpital pour les prescriptions hospitalières des médicaments exécutées en ville (PHMEV et LPP) est actualisé et joint en annexe.

Pour cette année, les thèmes suivants seront développés :

3.1 Thèmes Médicaments 2014 :

- ↗ Anti TNF Alpha en Rhumatologie (*diaporama, profils médical et économique, mémo coûts au 2^{ème} semestre 2014*),
- ↗ Nouveaux anticoagulants oraux (*indicateurs, Mémo, 1^{er} trimestre 2014*),
- ↗ Anti agrégant plaquettaire (*indicateurs, Mémo, 1^{er} trimestre 2014*),
- ↗ EPO (*indicateurs, fiche de bon usage et mémo coût, 2^{ème} trimestre 2014*),
- ↗ Hépatites virales C (*indicateurs, mise à disposition d'outils 3^{ème} trimestre 2014*),

3.2 Thèmes LPP 2014 :

- ↗ Pansements actifs (*indicateurs, diaporama, profil et une Fiche BUTS*),
- ↗ Nutrition Orale (*indicateurs, diaporama, profil et mémo*),
- ↗ Modèles d'ordonnance (*modèle d'ordonnance*).

4. Les profils :

Afin de prendre en compte les demandes de données supplémentaires pour orienter les objectifs du contrat et d'affiner les actions à porter dans l'établissement, les profils ont été modifiés fin 2013 afin d'inclure :

- des données sur les boîtes de médicament, notamment, dans le répertoire....,
- les prescriptions des praticiens libéraux dans le ressort du département de l'établissement visé, sauf pour les CLCC et les CHU pour lesquels le périmètre sera élargi à la région. Ce dernier indicateur permettra, notamment, de suivre le mouvement des dépenses (Cf. point III 6.3).

Ces profils intégreront progressivement les indicateurs par classe au fur et à mesure de leur validation.

V. ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS EXERÇANT EN ETABLISSEMENTS PRIVES LUCRATIFS

La LFSS pour 2011 a élargi le champ d'intervention des CAQOS aux établissements privés.

Les modalités de financement des établissements ex-DG et ex-OQN sont différentes, notamment, au niveau de la rémunération des praticiens.

Pour les mêmes raisons qu'en 2013, il est préconisé de ne pas contractualiser avec les établissements privés en 2014 dans le domaine des PHEV.

Les montants liés aux prescriptions hospitalières (y compris les médicaments avec initiation à l'hôpital) augmentent de près de 341,7 millions en 2013 (5,9%), tandis que les montants de prescriptions initiées par les médecins libéraux de ville diminuent très faiblement (-0,4%).

Les mesures actuelles d'accompagnement et de contrôle des praticiens libéraux permettent, déjà, de réguler ces dépenses. Il est donc prévu de continuer pour cette année, au niveau de l'Assurance Maladie, l'accompagnement individuel des professionnels libéraux en ville.

Toutefois, cet accompagnement ciblera également les professionnels libéraux exerçant en établissement privé et, en fonction des données, ceux exerçant dans un même établissement.

Des accords de méthode peuvent, toutefois, être proposés aux établissements privés lucratifs.

Ainsi, les données repérées dans les établissements privés sont toujours incomplètes, peu stables et donc incompatibles avec la notion de sanction, au risque de mettre les contractants sous la menace de contentieux. La solution viendra du déploiement et de l'utilisation du RPPS.

Le dispositif PHMEV-LPP 2014 devrait favoriser le déploiement du RPPS et SPHEV (cf. point VI), mais aussi prendre en compte les enseignements de l'élargissement des contrats transports aux établissements privés lucratifs².

VI. Point sur le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) : Suivi des Prescriptions Hospitalières Exécutées en Ville (SPHEV)

1. Identification des professionnels de santé prescripteurs.
La mise en place du RPPS permettra l'identification des médecins, sages-femmes, chirurgiens dentistes, pharmaciens dont ceux exerçant comme salariés dans les établissements de santé et centres de santé. Ces populations sont identifiées, le déploiement au niveau des établissements doit être confirmé.
2. Montée en charge des officines : 98% sont équipées des logiciels capables d'utiliser les numéros FINESS et RPPS (décembre 2013). Dans la nouvelle convention pharmacien signée en avril 2012, un point rappelle cette obligation.
3. Le formulaire pour double identification a été homologué en juillet par le ministère (prescripteur médecin et établissement).

① L'identification de l'établissement se fait soit sur le n° géographique ou le juridique, sans que l'un ou l'autre soit imposé. (Pour mémoire, la circulaire ministérielle du 26 février 1999 précise que certaines prescriptions hospitalières exécutées en ville doivent être identifiées sous le n° FINESS géographique).
4. Montée en charge de la double identification dans les établissements : ce point doit être vérifié par les ARS et peut faire l'objet d'un objectif qualitatif (cf. point 2).

² Pour rappel dans l'instruction ARS transport visa CNP 2012-79 du 9 mars 2012 :

« Dans l'attente, le déploiement de l'action de gestion du risque sur les transports dans ce secteur nécessitera une approche pédagogique notamment auprès des professionnels libéraux exerçant dans ces établissements. Ainsi, une démarche type « accords de méthode » peut-être développé de même que la proposition éventuelle de proposer des CAQCS ciblé sur ce sujet aux praticiens libéraux. Parallèlement, l'assurance maladie déploiera son dispositif d'accompagnement auprès de ces professionnels. »

Aujourd'hui, l'Assurance Maladie constate un volume d'ordonnances avec repérage des prescripteurs hospitaliers encore faible. Il faut donc continuer à inciter les établissements à réaliser la double saisie par le biais des objectifs qualitatifs du contrat.

Les données qui remonteront par le biais du RPPS permettront d'engager la réflexion sur une nouvelle forme de contractualisation.

Pour le ministre de l'économie
et des finances et par
délégation

Le directeur de la sécurité
sociale



Thomas FATOME

Pour la ministre des affaires
sociales et de la santé et par
délégation

Le directeur général de l'offre de
soins



Jean DEBEAUPUIS

Le directeur de la caisse nationale
d'assurance maladie des
travailleurs salariés



Frédéric van ROEKEGHEM

Le Secrétaire général adjoint
des ministères chargés des affaires sociales



Pierre RICORDEAU

CONTRAT TYPE
D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE L'ORGANISATION DES SOINS
RELATIF À LA RÉGULATION DES DÉPENSES DE MÉDICAMENTS
ET DE PRODUITS DE LA LISTE DES PRODUITS ET PRESTATIONS
RÉSULTANT DE PRESCRIPTIONS EFFECTUÉES EN ÉTABLISSEMENT DE
SANTÉ ET REMBOURSÉES SUR L'ENVELOPPE DES SOINS DE VILLE.

Entre les soussignés :

- **L'Agence Régionale de Santé (ARS) :**

.....
(nom de l'organisme),
.....
..... (adresse)
représentée par

- **La Caisse d'Assurance Maladie** mentionnée aux articles L. 174-2 et suivants du code de la sécurité sociale

.....
(nom de l'organisme),
.....
..... (adresse)
représentée par

Et

L'établissement de santé :

.....
..... (nom de l'établissement de santé)
.....
..... (adresse)
représenté par

Vu l'article L. 1435-4 du code de la santé publique,

Vu l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 12 octobre 2010 fixant le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments remboursées sur l'enveloppe soins de ville et prescrits par les professionnels de santé exerçant au sein des établissements publics de santé.

Vu le décret n°2011-453 du 22 avril 2011 relatif à la régulation des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville,

Vu l'arrêté du 26 avril 2011 fixant le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville

Vu l'arrêté du 12 décembre 2011 fixant pour 2012 le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville.

Vu l'arrêté du 14 décembre 2012 fixant pour l'année 2013 le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville

IL A ÉTÉ CONVENU CE QUI SUIT :

Article 1 : Objet du contrat

Les parties au présent contrat conviennent des dispositions suivantes portant sur les modalités d'engagement et les objectifs de réalisation relatifs à la réduction du taux d'évolution des dépenses de médicament et de la liste des produits et prestations de l'établissement prises en charge par l'assurance maladie sur l'enveloppe de soins de ville et à l'amélioration de la qualité des pratiques hospitalières en termes de prescription et d'organisation.

La contractualisation concerne à partir de 2012 les dépenses de médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale et de produits et prestations (LPP) inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste. Les prescriptions concernées sont celles occasionnées par les médecins exerçant leur activité au sein d'un établissement de santé.

L'établissement est concerné parce que ces dépenses ont connu une progression supérieure au taux de 5%, fixé par l'arrêté du 12 décembre 2011, non justifiée au regard de son activité et de sa patientèle. Ce périmètre concerne aussi la rétrocession et exclut l'activité libérale des praticiens hospitaliers temps plein.

Tous les médecins sont tenus dans leurs actes et prescriptions, d'observer la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.

Dans cette optique, l'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses susmentionnées porté au contrat donne lieu à la fixation d'un taux cible d'évolution dans l'établissement sur

ces mêmes dépenses. Cet objectif est fixé pour chacune des trois années du contrat par l'agence régionale de santé conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie et l'établissement de santé, en tenant compte du niveau initial d'évolution de ses dépenses de prescriptions hospitalières remboursées en ville, des caractéristiques sanitaires de sa patientèle et des conditions locales de l'organisation des soins.

Le taux cible annuel d'évolution des dépenses de médicament fixé à l'établissement de santé peut-être révisé chaque année par avenant au contrat pour tenir compte du taux national d'évolution arrêté par l'Etat.

L'avenant au contrat est proposé et approuvé dans les mêmes formes que le contrat.

Article 2 : Durée du contrat

Le contrat signé entre vigueur le premier jour du mois suivant sa signature.

Il est conclu pour une durée de 3 ans à compter de sa date d'entrée en vigueur.

La période de référence du contrat correspond à l'année civile.

Article 3 : Engagements de l'établissement

L'établissement contractant s'engage :

- à relayer auprès des médecins prescripteurs exerçant au sein de l'établissement et des services concernés par les prescriptions de médicament et LPP, les actions de sensibilisation et d'information mises en œuvre par l'agence régionale de santé conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, afin d'atteindre le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicament fixé au présent contrat,
- à faire mentionner par les médecins prescripteurs leur numéro du répertoire partagé des professionnels de santé sur le formulaire de prescription,
- à améliorer son organisation interne pour améliorer les pratiques de prescription des médicaments et LPP.

Une liste d'indicateurs permettant de définir les objectifs de progrès est jointe en annexe au présent contrat.

Les prescriptions de médicaments et LPP prises en compte pour l'élaboration et le suivi des indicateurs définis dans le présent contrat sont celles qui sont réalisées par les médecins exerçant leur activité au sein de l'établissement et prises en charge par l'assurance maladie sur l'enveloppe de soins de ville.

Article 4 : Engagements de l'agence régionale de santé et de l'organisme local d'assurance maladie

4.1 Mise à disposition des données nécessaires au suivi du taux d'évolution des dépenses

L'agence régionale de santé conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie s'engage à fournir à l'établissement de santé, deux fois par an, les données nécessaires au suivi de l'application du présent contrat.

Chaque année, avant le 1^{er} avril, l'agence régionale de santé conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie établit un bilan des prescriptions de médicaments et de produits inscrits sur la LPP de l'établissement ayant occasionné des remboursements en ville l'année précédente et le transmet à l'établissement.

4.2 Suivi et accompagnement de l'établissement de santé

L'agence régionale de santé conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie s'engage à :

- informer l'établissement de santé sur ses engagements et le fonctionnement du contrat,
- mettre en œuvre des actions de sensibilisation,
- mettre en place des réunions d'information avec les praticiens hospitaliers, les responsables de pôles,
- communiquer à l'établissement de santé ses données d'activité en matière de prescription de médicament et produits inscrits à la LPP,
- mettre à sa disposition un interlocuteur privilégié pour l'accompagner dans sa démarche et le suivi de ses objectifs.

Article 5 : Modalités de fixation des taux d'évolution annuels et d'évaluation des objectifs portés au contrat

5.1 Fixation des taux

La détermination des objectifs de réduction des taux d'évolution des dépenses de médicament et LPP prescrits par les médecins exerçant dans l'établissement de santé et remboursés en ville, pour chacune des trois années couvertes par le contrat est établie sur la base :

- de données de pré ciblage ou pré bilan fournit en décembre sur les 9 premiers mois de l'année, afin de ménager une période d'échange et de préparation du bilan. Ces données sont à manier avec précaution, dans la mesure où elles représentent seulement les $\frac{3}{4}$ des données de l'année,
- du bilan des dépenses de médicament et LPP prescrites de l'année civile précédente transmis par l'agence régionale avant le 1^{er} avril de l'année de conclusion du contrat,
- des caractéristiques de l'établissement en termes d'activité et de l'organisation des soins de son territoire.

Les taux annuels cibles portés au contrat visent à rapprocher les taux d'évolution de l'établissement du taux annuel fixé par arrêté des ministres prévu à l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale.

Pour la première année du contrat, le montant des dépenses constituant l'objectif à atteindre est calculé en appliquant le taux cible fixé au contrat pour l'année considérée au montant des dépenses constatées l'année précédente.

Pour les deux années suivantes, le montant des dépenses constituant l'objectif à atteindre est calculé en appliquant le taux cible fixé au contrat pour les années considérées au montant des dépenses constituant l'objectif à atteindre de l'année précédente.

5.2 Evaluation

A chaque date anniversaire d'entrée en vigueur du présent contrat, l'agence régionale de santé conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie évalue le niveau d'atteinte des objectifs fixés. L'évaluation s'établit en référence au montant des dépenses de l'année civile précédente et à leur évolution annuelle.

Les taux annuels cibles portés au contrat sont révisés chaque année au vu de l'évaluation annuelle et du taux mentionné à l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale. Ils donnent lieu à actualisation dans le cadre de l'avenant annuel au contrat pour tenir compte, le cas échéant, de la variation du taux arrêté annuellement par l'Etat.

Article 6 : Modalités de mise en œuvre du mécanisme de pénalités ou d'intéressement

En fonction du niveau d'atteinte de l'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de médicament et LPP pour l'année considérée, l'établissement peut être enjoint à reverser à l'organisme local d'assurance maladie une partie du montant des dépenses de médicament et LPP qui lui sont imputables sous forme de pénalités ou bénéficier d'un intéressement par versement de l'organisme local d'assurance maladie d'une partie des économies qu'il aura générées.

6-1 Pénalités versées à l'assurance maladie

Lorsque le montant des dépenses de médicament et LPP de l'établissement constaté pour l'année précédant la date anniversaire du contrat est supérieur au montant cible pour l'année considérée, l'agence régionale de santé peut enjoindre l'établissement de santé à reverser à l'organisme local d'assurance maladie un montant « M » correspondant à une fraction du dépassement « DE » entre le montant constaté pour l'année considérée et le montant cible.

Cette fraction est égale à :

- 30% si DE est inférieur à 34% du différentiel entre le montant cible et le montant de l'année précédente.
- 50% si DE est compris entre 34 et 64% du différentiel entre le montant cible et le montant de l'année précédente.
- 70% si DE est supérieur à 64% du différentiel entre le montant cible et le montant de l'année précédente.

6-2 Intéressement versé à l'établissement

Lorsque le montant des dépenses de médicament et LPP de l'établissement constaté pour l'année précédant la date anniversaire du contrat est inférieur au montant correspondant à l'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de médicament et LPP pour l'année considérée, l'agence régionale de santé peut enjoindre l'organisme local d'assurance maladie de verser à l'établissement de santé une contrepartie financière sur 30% des économies réalisées et imputables au différentiel entre le montant des dépenses de médicament et LPP correspondant à l'objectif à atteindre fixé au présent contrat et le montant des dépenses constatées pour l'année considérée.

Article 7 : Modalités de révision

Le contrat peut faire l'objet d'ajustements en fonction des résultats des évaluations annuelles par voie d'avenant au présent contrat.

Chacune des parties peut demander, en accord avec ses partenaires, une révision du présent accord par voie d'avenant.

Article 8 : Résiliation

Chacune des parties peut résilier son engagement à tout moment et notamment en cas de :

- non-respect des engagements de l'accord du fait d'une des parties,
- modifications substantielles législatives, réglementaires ou modifications des référentiels.

La partie signataire notifie sa décision de résilier le présent contrat par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires de l'accord. Elle prend effet à l'échéance d'un préavis de 2 mois.

En cas de résiliation et de révision de l'accord, toutes les mesures seront prises en temps utile pour que les actions en cours soient menées à leur terme.

Article 9 : Voies de recours

En cas de contestation des versements, les parties peuvent saisir le tribunal administratif dans le ressort duquel l'autorité qui a pris la décision attaquée a légalement son siège, par lettre recommandée dans le délai de 2 mois à compter de la réception de la notification de la décision contestée et si le contentieux porte sur le montant de la créance ou du recouvrement, le tribunal des affaires de sécurité sociale.

Fait à, le.....

Pour l'Agence Régionale de Santé

Pour l'Organisme Local d'Assurance Maladie concerné,

Pour l'Etablissement de santé

ANNEXE 1
AU CONTRAT- TYPE (1)

Objectifs de l'établissement de santé

Date de signature du contrat :

Date d'effet du contrat :

Les dépenses de médicament et LPP ont été évaluées à partir des prescriptions hospitalières constatées pour le régime général (et tous régimes dès disponibilité des données) prises en charge sur l'enveloppe des soins de ville des médecins exerçant leur activité dans l'établissement sur une période annuelle : du au

Montant des dépenses de référence : MTréf en €

Taux d'évolution de référence observé : Xréf%

Taux cibles d'évolution des dépenses de médicament et LPP fixé à l'établissement

1. année 1 : période duau : **X1%,**
Montant des dépenses correspondant au taux cible : MT1 en €
2. année 2 : période duau : **X2%**
Montant des dépenses correspondant au taux cible : MT2 en €
3. année 3 : période duau : **X3%**
Montant des dépenses correspondant au taux cible : MT3 en €

Ces taux prennent en compte :

- Le taux d'évolution de référence observé
- Les caractéristiques de la patientèle de l'établissement
- Le contexte local d'organisation des soins (ouverture/fermeture de services ; zone rurale/montagnarde/sous-dense...)

Indicateurs des pratiques hospitalières en matière de prescriptions de médicament et LPP :

- Taux d'évolution des montants remboursés pour les médicaments et LPP prescrits par l'établissement comparé au taux prévisionnel national d'évolution des dépenses de médicament et LPP remboursées.
- Montant brut des dépenses prescrites par l'établissement.
- Structure des médicaments et LPP prescrits (montants prescrits et évolutions).
- Montant moyen prescrit par patient et par classes

ANNEXE 2

A LA DECISION : NOTE METHODOLOGIQUE

1. Mode de calcul du taux d'évolution des dépenses de médicament et LPP fixé à l'établissement

Pour l'année N, le taux d'évolution des dépenses de médicament et LPP de l'établissement est calculé à partir du montant des dépenses de médicament et LPP de l'année N-1 rapporté au montant des dépenses de médicament et LPP de l'année N-2.

L'objectif d'évolution des dépenses fixé à l'établissement doit permettre de rapprocher le taux observé du taux prévisionnel d'évolution national fixé par arrêté ministériel en tenant compte du contexte et de l'environnement.

Les taux d'évolution cibles fixés pour la période du contrat doivent être atteignables au regard des moyens d'action pouvant être mis en œuvre par l'établissement compte tenu du diagnostic initial.

2. Détermination du montant du versement de la pénalité ou de l'intéressement

A la date anniversaire de la souscription au contrat, le montant des dépenses de médicament et LPP de l'année N est comparé au montant des dépenses de médicament et LPP attendu pour l'année N si le taux cible fixé au contrat était respecté (montant cible).

NB : Il convient de noter que les données transmises concernent dans un premier temps le seul régime général et seront complétées dès disponibilité des données par celles de la MSA, du RSI et le cas échéant de tous les autres régimes.

a- Mécanisme de versement des pénalités

Si l'établissement n'a pas atteint son objectif, le montant du reversement M est calculé de la façon suivante :

Pour la première année :

Soit $M_{Tréf}$ = montant des dépenses observé de l'année N-1

Soit M_{To} = montant des dépenses cible de l'année N

Soit M_T = montant des dépenses observé de l'année N

Soit D_o = montant du différentiel cible = $M_{To} - M_{Tréf}$;

Soit D = montant du différentiel observé = $M_T - M_{Tréf}$;

Soit dépassement $DE = D - D_o$

- Si $DE/D_o < 34\%$, $M = DE \times 30\%$

- Si $DE/D_o \geq 34\%$ et $< 65\%$, $M = DE \times 50\%$

- Si $DE/D_o \geq 65\%$, $M = DE \times 70\%$

Pour les années suivantes :

Soit $M_{Tréf}$ = montant des dépenses cible de l'année N

Soit M_{To} = montant des dépenses cible de l'année N +1

Soit M = montant des dépenses observé de l'année N +1

Soit Do = montant du différentiel cible = $M_{To} - M_{Tréf}$;

Soit D = montant du différentiel observé = $M - M_{Tréf}$;

Soit dépassement $DE = D - Do$

Idem pour la troisième année

b- Mécanisme d'intéressement

Si l'établissement a dépassé son objectif, le montant de l'intéressement I est calculé de la façon suivante :

Soit E le montant d'économies = Montant des dépenses cible de l'année N - Montant des dépenses observé de l'année N ;

$$I = E \times 30\%$$

Lorsque le résultat est conforme à l'objectif fixé, il n'y a ni pénalités, ni intéressement.

AVENANT 1

CONTRAT TYPE

**D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE L'ORGANISATION DES SOINS
RELATIF À LA RÉGULATION DES DÉPENSES DE MÉDICAMENTS
ET DE PRODUITS DE LA LISTE DES PRODUITS ET PRESTATIONS
RÉSULTANT DE PRESCRIPTIONS EFFECTUÉES EN ÉTABLISSEMENT DE
SANTÉ ET REMBOURSÉES SUR L'ENVELOPPE DES SOINS DE VILLE.**

Entre les soussignés du contrat signé le **--/-- /----** :

- **L'Agence Régionale de Santé (ARS) :**

.....
(nom de l'organisme),
.....
..... (adresse)
représentée par

- **La Caisse d'Assurance Maladie** mentionnée aux articles L. 174-2 et suivants du code de la sécurité sociale

.....
(nom de l'organisme),
.....
..... (adresse)
représentée par

Et

L'établissement de santé :

.....
..... (nom de l'établissement de santé)
.....
..... (adresse)
représenté par

Vu l'article L. 1435-4 du code de la santé publique,

Vu l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 12 octobre 2010 fixant le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments remboursées sur l'enveloppe soins de ville et prescrits par les professionnels de santé exerçant au sein des établissements publics de santé,

Vu le décret n°2011-453 du 22 avril 2011 relatif à la régulation des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville,

Vu l'arrêté du 26 avril 2011 fixant le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville,

Vu l'arrêté du 12 décembre 2011 fixant pour 2012 le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville.

Vu l'arrêté du 14 décembre 2012 fixant pour l'année 2013 le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville

IL A ÉTÉ CONVENU CE QUI SUIT :

Article 1 : Objet du contrat

Les parties au présent contrat conviennent des dispositions suivantes portant sur les modalités d'engagement et les objectifs de réalisation relatifs à la réduction du taux d'évolution des dépenses de médicament et de la liste des produits et prestations de l'établissement prises en charge par l'assurance maladie sur l'enveloppe de soins de ville et à l'amélioration de la qualité des pratiques hospitalières en termes de prescription et d'organisation.

La contractualisation concerne à partir de 2012 les dépenses de médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale et de produits et prestations (LPP) inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste. Les prescriptions concernées sont celles occasionnées par les médecins exerçant leur activité au sein d'un établissement de santé.

L'établissement est concerné parce que ces dépenses ont connu une progression supérieure au taux de 5%, fixé par l'arrêté du 12 décembre 2011, non justifiée au regard de son activité et de sa patientèle. Ce périmètre concerne aussi la rétrocession et exclut l'activité libérale des praticiens hospitaliers temps plein.

La période de référence du contrat correspond à l'année civile.

Article 2 : Fixation des taux (*article 5.1 du contrat type*)

La détermination des objectifs de réduction des taux d'évolution des dépenses de médicament et LPP prescrits par les médecins exerçant dans l'établissement de santé et remboursés en

ville, pour chacune des trois années couvertes par le contrat est établie sur la base de données de pré ciblage ou pré bilan fourni en décembre sur les 9 premiers mois de l'année, afin de ménager une période d'échange et de préparation du bilan.

Ces données sont à manier avec précaution, dans la mesure où elles ne représentent que $\frac{3}{4}$ des données du de l'année.

ANNEXE 1
AU CONTRAT- TYPE (1)

Objectifs de l'établissement de santé

Date de signature du contrat :

Date d'effet du contrat :

Les dépenses de médicament et LPP ont été évaluées à partir des prescriptions hospitalières constatées pour le régime général (et tous régimes dès disponibilité des données) prises en charge sur l'enveloppe des soins de ville des médecins exerçant leur activité dans l'établissement sur une période annuelle : du au

Montant des dépenses de référence : MTréf en €

Taux d'évolution de référence observé : Xréf%

Taux cibles d'évolution des dépenses de médicament et LPP fixé à l'établissement

1. année 1 : période duau : **X1%,**
Montant des dépenses correspondant au taux cible : MT1 en €
2. année 2 : période duau : **X2%**
Montant des dépenses correspondant au taux cible : MT2 en €
3. année 3 : période duau : **X3%**
Montant des dépenses correspondant au taux cible : MT3 en €

Ces taux prennent en compte :

- Le taux d'évolution de référence observé
- Les caractéristiques de la patientèle de l'établissement
- Le contexte local d'organisation des soins (ouverture/fermeture de services ; zone rurale/montagnarde/sous-dense...)

Indicateurs des pratiques hospitalières en matière de prescriptions de médicament et LPP :

- Taux d'évolution des montants remboursés pour les médicaments et LPP prescrits par l'établissement comparé au taux prévisionnel national d'évolution des dépenses de médicament et LPP remboursées.
- Montant brut des dépenses prescrites par l'établissement.
- Structure des médicaments et LPP prescrits (montants prescrits et évolutions).
- Montant moyen prescrit par patient et par classes

ANNEXE 2

A LA DECISION : NOTE METHODOLOGIQUE

1. Mode de calcul du taux d'évolution des dépenses de médicament et LPP fixé à l'établissement

Pour l'année N, le taux d'évolution des dépenses de médicament et LPP de l'établissement est calculé à partir du montant des dépenses de médicament et LPP de l'année N-1 rapporté au montant des dépenses de médicament et LPP de l'année N-2.

L'objectif d'évolution des dépenses fixé à l'établissement doit permettre de rapprocher le taux observé du taux prévisionnel d'évolution national fixé par arrêté ministériel en tenant compte du contexte et de l'environnement.

Les taux d'évolution cibles fixés pour la période du contrat doivent être atteignables au regard des moyens d'action pouvant être mis en œuvre par l'établissement compte tenu du diagnostic initial.

2. Détermination du montant du versement de la pénalité ou de l'intéressement

A la date anniversaire de la souscription au contrat, le montant des dépenses de médicament et LPP de l'année N est comparé au montant des dépenses de médicament et LPP attendu pour l'année N si le taux cible fixé au contrat était respecté (montant cible).

NB : Il convient de noter que les données transmises concernent dans un premier temps le seul régime général et seront complétées dès disponibilité des données par celles de la MSA, du RSI et le cas échéant de tous les autres régimes.

a- Mécanisme de versement des pénalités

Si l'établissement n'a pas atteint son objectif, le montant du reversement M est calculé de la façon suivante :

Pour la première année :

Soit $M_{Tréf}$ = montant des dépenses observé de l'année N-1

Soit M_{To} = montant des dépenses cible de l'année N

Soit M_T = montant des dépenses observé de l'année N

Soit D_o = montant du différentiel cible = $M_{To} - M_{Tréf}$;

Soit D = montant du différentiel observé = $M_T - M_{Tréf}$;

Soit dépassement $DE = D - D_o$

- Si $DE/D_o < 34\%$, $M = DE \times 30\%$

- Si $DE/D_o \geq 34\%$ et $< 65\%$, $M = DE \times 50\%$

- Si $DE/D_o \geq 65\%$, $M = DE \times 70\%$

Pour les années suivantes :

Soit $M_{Tréf}$ = montant des dépenses cible de l'année N

Soit M_{To} = montant des dépenses cible de l'année N +1

Soit M = montant des dépenses observé de l'année N +1

Soit Do = montant du différentiel cible = $M_{To} - M_{Tréf}$;

Soit D = montant du différentiel observé = $M - M_{Tréf}$;

Soit dépassement $DE = D - Do$

Idem pour la troisième année

b- Mécanisme d'intéressement

Si l'établissement a dépassé son objectif, le montant de l'intéressement I est calculé de la façon suivante :

Soit E le montant d'économies = Montant des dépenses cible de l'année N - Montant des dépenses observé de l'année N ;

$$I = E \times 30\%$$

Lorsque le résultat est conforme à l'objectif fixé, il n'y a ni pénalités, ni intéressement.

LISTE D'OBJECTIFS QUALITATIFS POUR LES MEDICAMENTS

Des objectifs qualitatifs concernant les médicaments peuvent être déclinés dans les contrats déclinée de la façon suivante pour les dimensions DCI, répertoire et biosimilaires:

1- Prescription en DCI

Prescription en DCI / l'ensemble des prescriptions (requête LAP-H si informatisé)

2- Prescription dans le répertoire des génériques**Antibiotiques**

Prescription (en nombre de boites) d'antibiotiques dans le répertoire des génériques / l'ensemble des antibiotiques prescrits (en nombre de boites)

Inhibiteurs de la pompe à protons

Prescription (en nombre de boites) des IPP dans le répertoire des génériques / l'ensemble des IPP prescrits (en nombre de boites)

Statines

Prescription (en nombre de boites) des statines dans le répertoire des génériques / l'ensemble des statines prescrites (en nombre de boites)

Antihypertenseurs

Prescription (en nombre de boites) des antihypertenseurs dans le répertoire des génériques / l'ensemble des antihypertenseurs prescrits (en nombre de boites)

Antidépresseurs

Prescription (en nombre de boites) des antidépresseurs dans le répertoire des génériques / l'ensemble des antidépresseurs prescrits (en nombre de boites)

IEC Prescription (en nombre de boites) d'IEC / l'ensemble des IEC + Sartans prescrits (en nombre de boites)

Aspirine

Nombre de patients traités par aspirine a faible dosage, rapporté a l'ensemble des patients traités par antiagrégants plaquettaires

3- Prescription dans la liste de référence des groupes biologiques similaires**Erythropoïétines**

Prescription (en nombre de boites) des EPO dans la liste de réf des groupes biologiques similaires / l'ensemble des EPO prescrits (en nombre de boites)