

EVOLUTION DU CAQES – PHASE TRANSITOIRE 2020



Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie
Unité Efficience – régulation
DOSA

Nouveau CAQES pour 2021

Pistes d'évolutions – Nouveau CAQES

Un objectif prioritaire

Favoriser la pertinence et l'efficacité des prescriptions et des parcours



CAQES

Un support unique de contractualisation ES-ARS-AM

Pour accompagner ces objectifs prioritaires de pertinence et d'efficacité

Une quinzaine d'indicateurs nationaux et régionaux prioritaires

Garantir une complémentarité avec la rémunération à la qualité

Non redondance des indicateurs IFAQ-CAQES, absence d'intéressement dans le CAQES sur la qualité

Point en discussion : articulation avec un éventuel plan d'actions IFAQ ?

Une contractualisation qui reste obligatoire pour les ES ciblés

Focus sur la LFSS 2020

Mesures législatives

- Signature du contrat obligatoire pour les établissements ciblés au niveau national ou régional au regard des référentiels de pertinence et/ou des dépenses assurance maladie
- Suppression de la distinction entre volet socle obligatoire relatif au bon usage des produits de santé et volets optionnels.
- Assurer la cohérence avec les autres dispositifs qualité (IFAQ et certification),
- Evaluation annuelle des objectifs du contrat
- Intéressement sous la forme d'une dotation FIR
- Pour une quinzaine d'actes, prestations ou prescriptions définis par arrêté national, un volet supplémentaire pourra être signé entre les ARS et les établissements dont les pratiques s'écartent significativement, en nombre ou en évolution, des moyennes régionales ou nationales.

Entrée en vigueur du nouveau CAQES au 1^{er} janvier 2021

Année 2020 transitoire = quatre indicateurs tests nationaux



En attente des dispositions réglementaires d'application pour les nouveaux CAQES 2021

Suivi des CAQES 2019 et 2020 / Articulation indicateurs tests

1/ CAQES actuels :

- **Les CAQES 2019 et 2020 feront l'objet d'une évaluation respectivement en 2020 et 2021** sur la base des objectifs contractualisés et des critères d'évaluation définis par volet
- **Moratoire de deux ans sur les sanctions** en cas de non atteinte des résultats
- **Maintien d'un intéressement régional**

2/ Indicateurs transitoires 2020 :

- **Volontariat des établissements** souhaitant s'engager dans la démarche en 2020
- **Intéressement national** pour les 4 indicateurs testés en 2020 permettant aux établissements volontaires de récupérer 20 à 30% des économies générées, versé en 2021 sur les résultats constatés en 2020
- Les établissements ayant signé un contrat en 2020 auront donc la possibilité d'émarguer sur les 2 types d'intéressement (régional et national) en 2021

Une année transitoire en 2020 – 4 indicateurs Tests

Transports en ambulance (PHEV)

➤ Les transports avec la diminution du recours aux ambulances par rapport au transport assis

- ✓ **Indicateur** : la part de l'ambulance par rapport aux montants remboursés par l'Assurance Maladie prescrits en ambulance et en TAP (VSL et Taxi) par l'établissement et financés sur l'enveloppe de ville. Indicateur 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 1^{er} octobre 2018.
- ✓ **Ciblage des établissements (Finess géographique)** = montant remboursé de transport en ambulance supérieur ou égal à 200 000€ sur le 1^{er} semestre 2019 + part supérieure ou égale à 20% sur le total des transports prescrits et remboursés
- ✓ **Intéressement** = indicateur décroissant ; intéressement possible à hauteur de 20% de l'économie réalisée

Prescription d'Inhibiteurs de la Pompe à Protons (IPP)

- ✓ **Constat** : non respect des indications de prescription avec un risque de survenue d'effets indésirables - **60% des prescriptions des IPP est faite hors AMM**
- ✓ **Calcul de l'indicateur** : comparaison de 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.
Pour le calcul de l'indicateur, les modifications de prix seront prises en compte.
- ✓ **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.
- ✓ Les établissements ciblés présentent un niveau de prescription significativement élevé = **seuil de prescription de 8500 boîtes par établissement.**

Prescription de systèmes de perfusion à domicile (PERFADOM)

- ✓ **Constat** : forte progression de la prescription de PERFADOM entre 2015 et 2018 avec un taux de progression de la dépense de l'ordre de 9 à 10% par an. A efficacité et sécurité égales, choix du traitement le moins onéreux, soit la perfusion par gravité.
- ✓ **Calcul de l'indicateur** : comparaison de 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 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.
- ✓ **Ciblage des établissements** = seuil de dépenses remboursées > à 100 000€ + taux de recours aux deux systèmes (diffuseur + systèmes actifs) > à 80%

Examens pré-anesthésiques pour actes de chirurgie mineure

- **Constat** : 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.
- **Indicateur composite** :
 - Taux de recours au bilan d'hémostase chez l'enfant, avant amygdalectomie et adénoïdectomie
 - Taux de recours au bilan d'hémostase chez l'adulte
 - Taux de recours au groupe sanguin
 - Taux de recours au ionogramme sanguin
- **Périmètre** : pour les établissements ayant une activité supérieure ou égale 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
- **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.
- **Ciblage** : établissements ayant plus de 1000 examens pré-anesthésiques par an + un taux de geste évitable supérieur à 0%

“*Merci,
de votre
attention.*”

