

**MINUTES
POUR
COMPRENDRE**

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

Une publication
de la FHP-MCO
Août 2017

CPOM, CAQES, la nouvelle contractualisation

Le choc de simplification a presque eu lieu ! Deux seuls contrats régissent désormais votre établissement de santé. Vous êtes rompus à la négociation de votre contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) : ne changez rien à vos habitudes car il est maintenu à l'identique. S'ajoute votre nouveau contrat socle d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES) à partir du 1^{er} janvier 2018.



Le CAQES arrive le 1^{er} janvier 2018. Il est conclu entre le DGARS, le directeur de l'organisme local d'Assurance maladie et le représentant légal de l'établissement de santé.

Le CPOM

Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

Le CPOM porte sur l'ensemble de l'activité de l'établissement de santé, il fixe notamment ses orientations stratégiques, l'évolution de ses activités, le service rendu aux patients et les conditions de garantie de la continuité des soins, et le cas échéant, sa participation aux réseaux de prise en charge des urgences.

Il précise les engagements relatifs à l'accueil et à la prise en charge des patients et à la mise en œuvre de la politique nationale d'innovation médicale et de recours.

Il formalise les engagements pris dans le cadre des missions de service public assurées par l'établissement ainsi que les actions de coopération dans lesquelles il s'engage.

Le CPOM définit, entre autres, des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins et comporte des engagements d'amélioration.

Il intègre des objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses, d'évolution et d'amélioration des pratiques.

En outre, le CPOM comprend le listing des autorisations dont dispose l'établissement, les activités spécifiques et missions de service public qui lui sont reconnues ainsi que les financements octroyés.

Le dispositif du CPOM demeure à l'identique.

Des pénalités financières proportionnelles

Les pénalités financières, qui doivent être déterminées dans le contrat, sont proportionnées à la gravité du manquement constaté et ne peuvent excéder, au cours d'une même année, 5 % des produits reçus des régimes obligatoires d'Assurance maladie au titre du dernier exercice clos.



Le contrat est conclu entre le DGARS et l'établissement pour une durée maximale de 5 ans



Le CAQES

Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins

Le CAQES* est le nouveau contrat socle obligatoire pour tous les établissements de santé. Il fusionne en un support unique les dispositifs contractuels existants entre les établissements de santé MCO, les ARS et l'Assurance maladie. Il remplace, à partir du 1^{er} janvier 2018, les contrats d'objectifs existants portant sur les produits de santé (CBUM, CAQOS, PHEV, régulation liste en sus), les transports (CAQOS transports), la pertinence et la qualité des soins.

En amont de la contractualisation, un diagnostic de la situation de l'établissement de santé est établi au regard des données d'activité et de dépenses de l'année antérieure (voire de l'année en cours) sur la base d'analyses menées conjointement entre l'ARS et l'Assurance maladie, avec l'appui des observatoires du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMÉDIT). La proposition de contrat est ensuite soumise à l'établissement qui dispose d'un délai d'un mois pour signer le contrat ou présenter ses observations. Si des observations sont portées, le DGARS refait une proposition de contrat amendé suite au dialogue avec l'établissement, qui disposera de 15 jours pour signer ou refuser le contrat.

* CAQES : l'Arrêté du 27 avril 2017 relatif au contrat type d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins mentionné à l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale fixe le contrat type CAQES.

Volet obligatoire : des indicateurs autour de 5 thématiques

L'arrêté du 27 avril 2017 fixe des indicateurs nationaux autour de 5 thématiques :

- amélioration et sécurisation de la prise en charge médicamenteuse et du circuit du médicament et des produits et prestations (LPP) ;
- développement des pratiques pluridisciplinaires ou en réseau, déploiement de la pharmacie clinique (conciliation médicamenteuse) ;
- promotion de la prescription des produits du répertoire des génériques ou biosimilaires ;
- engagements relatifs aux dépenses PHEV ;
- engagements relatifs aux dépenses et au respect des référentiels pour les médicaments et dispositifs médicaux de la liste en sus.



Le CAQES est conclu entre le DGARS, le directeur de l'organisme local d'Assurance maladie et le représentant légal de l'établissement de santé.

1 VOLET OBLIGATOIRE

MÉDICAMENT

Inspiré du CBUM, il reprend les engagements sur l'amélioration et la sécurisation du circuit du médicament, des produits et prestations et la garantie du respect des référentiels du bon usage. 3 nouveaux objectifs en matière d'efficience et de prescriptions sont ajoutés :

- ❶ Vous mettrez en œuvre les moyens nécessaires à la promotion de la prescription des produits génériques ou biosimularisés et au respect des taux d'évolution des dépenses résultant des prescriptions des produits de santé inscrits sur la liste en sus et ceux remboursés sur l'enveloppe de ville. Pour rappel : l'arrêté ministériel du 27 avril 2017 fixe le taux de prescription des médicaments génériques à 45,5 %, sans distinction d'activité de soins.
- ❷ Vous présenterez chaque semestre à la CME une information portant sur l'analyse des prescriptions et de leur évolution, que vous adresserez également à l'observatoire régional, au DGARS, et à l'organisme local de l'Assurance maladie.
- ❸ Vous évaluerez une fois l'an l'ensemble des obligations du volet socle et des obligations générales du contrat.

Des pénalités financières proportionnelles

Si le volet CBU n'est pas conclu : le DGARS pourra appliquer soit la sanction des 1 % des produits Assurance maladie, soit la réduction de 30 % de la part prise en charge par les régimes obligatoires.



Si les objectifs ne sont pas réalisés : la part prise en charge par les régimes obligatoires d'Assurance maladie de la liste en sus pourra être réduite dans la limite de 30 % ou jusqu'à 1 % des produits Assurance maladie



3 VOLETS ADDITIONNELS

Les volets additionnels peuvent être proposés aux établissements, notamment au regard de référentiels nationaux de pertinence, de qualité, de sécurité des soins, ou de seuils, exprimés en taux, en volume ou en dépenses d'Assurance maladie, sur certains actes, prestations ou prescriptions des établissements de santé ou des professionnels de santé y exerçant.

TRANSPORT INSPIRÉ DU CAQOS

L'objectif est de maîtriser les dépenses de transport de l'établissement pris en charge par l'Assurance maladie (sur l'enveloppe des soins de ville) et améliorer les pratiques hospitalières en termes de prescription et d'organisation des transports.

Il s'agira de recourir au mode de transport le moins onéreux, compatible avec l'état de santé du patient et son degré d'autonomie (gestion centralisée des commandes de transport, optimisation du recours aux ambulances, développement du transport partagé, etc.). Dès lors, une obligation de résultat s'impose. L'établissement s'engage à réduire ses prescriptions et le cas échéant à mettre en place une plateforme de commande des transports.

Intéressement ou sanction

L'objectif est atteint : un intéressement de 30 % maximum de l'économie réalisée, c'est à dire, la différence constatée entre la cible de dépenses attendue et la cible effectivement réalisée, est possible.



L'objectif n'est pas atteint ou partiellement atteint : une sanction est possible dans la limite de 1 % des produits Assurance maladie du dernier exercice clos.



PERTINENCE DÉCLINAISON DU PAPRAPS

L'objectif est d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et aussi l'efficacité des dépenses de santé. Il recouvre les actes, prestations et prescriptions, définis comme domaines prioritaires par le PAPRAPS.

Dès lors, une obligation de résultat s'impose. L'établissement s'engage à réduire ses prescriptions et actes afin de les rendre plus pertinents.

◀ **ATTENTION**
Les domaines visés par le volet pertinence doivent faire l'objet d'un arrêté publié par le DGARS.

Intéressement ou sanction

L'objectif est atteint : un intéressement laissé à la libre appréciation du DGARS est possible, et s'effectuera via un crédit FIR. Les conditions de déclenchement sont fixées dans le contrat. Le niveau d'intéressement est ensuite modulé par le niveau de réalisation des objectifs complémentaires.



L'objectif n'est pas atteint : une mise sous accord préalable ou une sanction financière dans la limite de 1 % des produits Assurance maladie sont possibles.



AMÉLIORATION DES PRATIQUES EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ (CAPES)

L'objectif est d'améliorer les pratiques sur 3 risques par rapport aux référentiels nationaux : infectieux (ICALIN), médicamenteux (prescriptions médicalisées) et ceux liés à la rupture de parcours (document de sortie à 0 jour).

L'établissement a une obligation de résultat : il s'engage à atteindre des valeurs cibles fixées par référentiel.

Des pénalités financières proportionnelles

L'objectif n'est pas atteint : une sanction financière dans la limite de 1 % des produits Assurance maladie est prévue.



LES TEXTES DE RÉFÉRENCE DU CAQES

Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la Sécurité sociale pour 2016 - Article 81

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

Arrêté du 27 avril 2017 relatif au contrat type d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins

Arrêté du 27 avril 2017 fixant les référentiels de pertinence, de qualité, de sécurité des soins ou de seuils, exprimés en volume ou en dépenses d'Assurance maladie

Instruction interministerielle n° DSS/A1/CNAMTS/2017/234 du 26 juillet 2017 relative à la mise en œuvre du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins

ANTI JARGON

ARS, agence régionale de santé

CAQES, contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins

CAQOS, contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins

CBUM, contrat de bon usage du médicament

CME, commission médicale d'établissement

CPOM, contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

DGARS, directeur général de l'agence régionale de santé

FIR, fonds d'intervention régional

ICALIN, indicateur composite de lutte contre les infections nosocomiales

PAPRAPS, plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins

PHEV, prescriptions hospitalières exécutées en ville

OMÉDIT, observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique

PHEV, prescriptions hospitalières exécutées en ville

OMÉDIT, observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique

5
**MINUTES
POUR
COMPRENDRE**

Soyez prêts !

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

Syndicat national
des 580 établissements
de santé privés exerçant
une activité en Médecine,
Chirurgie, Obstétrique
(MCO).
Août 2017
FHP-MCO,
106, rue d'Amsterdam
75009 Paris
www.fhpmco.fr

CRÉATION : BVM COMMUNICATION

Le nouveau CAQES entre en vigueur le 1^{er} janvier 2018. Jusqu'à cette date, les contrats antérieurs en cours restent applicables et pourront être évalués en 2018 sur les objectifs de l'année 2017.

STRUCTURATION DU CAQES

Un volet obligatoire

Médicament

Contrat à « durée indéterminée »

Reprend le CBUM et les CAQOS médicaments auxquels s'ajoutent :

- des objectifs de régulation des dépenses
- des aspects liés à la prescription hospitalière exécutée en ville (PHEV)

Trois volets additionnels

Transport

Pertinence

Qualité

Contrat d'une durée maximale de 5 ans

Volets en fonction des résultats d'activité de l'établissement (ciblage)