

PROTECTION SOCIALE

SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

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 de la gestion du risque maladie

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction du pilotage
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 n° DSS/MCGR/DGOS/PF2/CNAMTS/DHOSPI/2017/262 du 31 août 2017 relative à la priorité de gestion du risque pour les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de médicaments et LPP

NOR : SSAS1724851J

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP le 28 juillet 2017. – Visa CNP 2017-94.

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 : l'instruction porte sur la régulation des dépenses de médicaments et produits et prestations remboursables résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville en 2017.

Mots clés : gestion du risque – médicaments – prescription – génériques – établissement de santé – LPP – RPPS – CAQOS – CAQES.

Références :

Articles L. 162-30-2 et R. 162-43 et suivants du code de 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 ;

Décret n° 2015-309 du 18 mars 2015 relatif à la régulation des dépenses de médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques résultant de prescriptions médicales établies par des professionnels de santé exerçant dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe de soins de ville ;

Arrêté du 18 décembre 2015 fixant la valeur représentative de l'écart entre le prix de vente moyen des médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques et le prix de vente moyen des médicaments qui ne sont pas inscrits à ce répertoire, mentionnée à l'article R. 162-43-4 du code de la sécurité sociale ;

Arrêté du 30 décembre 2016 fixant pour 2017 le taux prévisionnel d'évolution des dépenses mentionné au I de l'article L.162-30-2 du code de la sécurité sociale et le taux prévisionnel de prescription des médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques prévu au II du même article.

Arrêté du 30 décembre 2016 fixant pour 2017 le taux prévisionnel d'évolution des dépenses mentionné au I de l'article L.162-30-2 du code de la sécurité sociale et le taux prévisionnel de prescription des médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques prévu au II du même article.

Annexes :

Annexe 1. – Cibles régionales 2017.

Annexe 2. – Guide méthodologique.

Annexe 3. – Bonnes pratiques régionales.

Annexe 4. – Fiche mémo sur les données PHMEV.

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 de la coordination et de la gestion du risque (pour mise en œuvre).

PRÉAMBULE

L'article 162 de la loi n° 2016-41 de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a modifié l'architecture contractuelle en matière de gestion du risque entre l'État et l'Union nationale des caisses d'Assurance Maladie (UNCAM). Ainsi, le « plan national de gestion du risque et d'efficacité du système de soins » (PNGDRESS), définit pour une durée de deux ans les objectifs pluriannuels de gestion du risque ainsi que les objectifs relatifs à l'efficacité du système de soins communs aux trois régimes membres de l'UNCAM.

Un plan 2016-2017 a ainsi été publié, définissant les actions concourant à la mise en œuvre de ces objectifs et relevant de chacun des signataires, devant permettre d'améliorer les performances de notre système de santé et de maîtriser l'évolution des dépenses conformément à l'ONDAM voté chaque année. Parmi les priorités inscrites dans le plan¹ figure l'objectif de maîtrise des dépenses de produits de santé en PHEV.

Ce plan national est décliné dans chaque région dans le plan pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficacité du système de soins.

Cette instruction a donc pour objectif d'informer les Agences régionales de santé et les organismes locaux d'assurance maladie sur les actions nationales de gestion du risque PHEV², aussi bien sur les médicaments que sur la LPP, ainsi que sur leur déclinaison en région pour l'ensemble des établissements.

La bonne réalisation des actions régionales tient à la forte implication des réseaux, et sera également facilitée par la mise à disposition par le niveau national d'outils d'analyse et d'accompagnement, notamment par la mise à disposition en open data de données relatives aux prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville (cf. encadré page 8).

Représentant près de 25 % des prescriptions délivrées en ville, les PHMEV-LPP concernent des prescriptions effectuées par des médecins hospitaliers à l'issue de séjours hospitaliers, dans le cadre des consultations externes et des passages sans hospitalisation dans les services d'urgence ; elles sont délivrées par les pharmacies d'officine. De fait, ces prescriptions sont prises en charge par l'Assurance maladie sur l'enveloppe des soins de ville.

¹ Les 4 orientations du PNGDRESS sont les suivantes :

- Améliorer la pertinence des actes prescrits et diffuser les recommandations de bon usage pour réduire les soins et prescriptions redondants ou inadéquats (transport, produits de santé, actes paramédicaux, examens de biologie, examens d'imagerie radiologie, arrêts de travail).
- Accompagner le virage ambulatoire en adaptant mieux les prises en charge, en aidant aux changements de pratique tout en appuyant les patients, les établissements et les professionnels de santé en ville et à l'hôpital ;
- Améliorer l'efficacité de la dépenses hospitalière pour pérenniser la qualité de service et préserver la santé financière des établissements ;
- Promouvoir la prescription des génériques et poursuivre les efforts sur les prix des médicaments et des dispositifs médicaux.

² PHEV : prescriptions hospitalières exécutées en ville (médicaments, transports, LPP, biologie, ...).

PHMEV : prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville.

Compte tenu de l'action significative des prescriptions hospitalières sur certains postes de dépenses de ville, l'assurance maladie conduit avec chaque établissement de santé une démarche de maîtrise médicalisée de ses dépenses de produits de santé.

Bien que plusieurs facteurs structurels (type de molécules prescrites, baisse de prix et inscription au répertoire des génériques concentrées sur des classes peu prescrites à l'hôpital, évolution des techniques de traitements entraînant une baisse des durées des séjours et augmentation des besoins de soins prescrits) expliquent ce volume important de prescriptions, son évolution doit néanmoins rester soutenable par la collectivité.

I. – LES RÉSULTATS PHMEV-LPP 2016 ET LES OBJECTIFS 2017

I.1. Les résultats PHMEV-LPP 2016

En 2016, le taux cible national de l'évolution des dépenses de PHMEV et PHEV-LPP a été fixé par arrêté, en date du 18 décembre 2015, à 4%. Les dépenses de PHMEV et PHEV-LPP s'élèvent à plus de 8 Md€ (dont 76% concernent les médicaments hors hépatite C (6 Md€)) ce qui représente un taux d'évolution à hauteur de 6,1% pour l'année 2016, justifiant la priorité de ce chantier pour l'année 2017.

Le taux cible pour les prescriptions des médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques prévu au II de l'article L. 162-30-2 susvisé a, par ailleurs, été fixé pour l'année 2016 à 44%. Ce taux a atteint 42,2% fin 2016.

Près de la moitié des dépenses (49%) proviennent des CHR: 19% pour les seuls AP-HP, AP-HM et Hospices civils de Lyon (+ 4,7% entre 2015 et 2016) et 29% pour les autres CHR (+ 7,7% entre 2015 et 2016). Les CH (et établissements d'administration générale, ex.: Croix Rouge) concentrent quant à eux 43% des dépenses en 2016 (+ 5,5% entre 2015 et 2016).

5 classes de médicaments sont à l'origine de 81% de l'augmentation des dépenses de PHMEV en 2016:

- les traitements du cancer (+ 96 M€);
- les traitements du VIH et des hépatites (+ 34 M€);
- les antirhumatismaux spécifiques (+ 28 M€);
- sclérose en plaques (+ 26 M€);
- immunosuppresseurs (+ 23 M€).

En 2016, 235 millions de boîtes de médicaments ont été vendues, en hausse de 3,6% par rapport à 2015. La classe des « antalgiques, vertiges et migraines » contribuent à hauteur de 30% à cette augmentation (+ 2,5M de boîtes). 42,2% des boîtes vendues concernent des médicaments inscrits au répertoire des génériques, dont le nombre de boîtes est en hausse de 3% par rapport à 2015.

Concernant la LPP, le montant des dépenses s'élève à 1,9 Md€. Trois classes sont à l'origine de 62% de l'augmentation des dépenses PHEV-LPP:

- perfusion, systèmes actifs, pompes implantées ou non (+ 46 M€);
- pression positive continue pour apnée du sommeil (+ 18,5 M€);
- dispositifs pour auto traitement du diabète (pompes, seringues, aiguilles) (+ 12 M€).

Une fiche repère, produite par la CNAMTS et apportant un panorama global des PHMEV-LPP depuis 2004 sera bientôt disponible sur le site ameli.fr.

I.2. Les objectifs PHMEV-LPP pour 2017

L'arrêté du 30 décembre 2016 a fixé à 4% le taux d'évolution cible des dépenses de PHEV au niveau national, pour l'année 2017 et à 44% le taux minimum de prescription des médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques. Ces deux taux restent donc inchangés par rapport à l'année précédente.

Afin d'atteindre ces taux ambitieux, des éléments concrets doivent être transmis aux ARS pour décliner en région conjointement avec les organismes locaux d'assurance maladie les actions nationales visant à maîtriser la hausse des dépenses de PHEV.

Les mesures d'économies pour 2017 visent prioritairement à renforcer l'efficacité et la performance du système de soins, notamment par la maîtrise de la progression des dépenses et volumes des produits de santé. Les enjeux de l'action gestion du risque en matière de produits de santé portent sur l'amélioration de la pertinence de la prescription, la promotion de la prescription de

médicaments génériques et biosimilaires, mais également l'accompagnement des prescripteurs hospitaliers, grâce à des actions de sensibilisation, communication mais également par la voie contractuelle.

Ces actions de maîtrise médicalisée portent sur :

- l'incitation au recours aux médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques ;
- l'incitation à la prescription de médicaments biosimilaires dans les classes où c'est possible : Les médicaments génériques et les biosimilaires représentent en effet des alternatives thérapeutiques équivalentes moins coûteuses aux médicaments de spécialité ;
- la LPP (modèles d'ordonnance, pansements, orthèses d'avancée mandibulaire) ;
- le développement d'objectifs qualitatifs ciblés sur la prescription en Dénomination Commune Internationale et le recours aux logiciels d'aide à la prescription ;
- la généralisation de l'identification du prescripteur par le numéro RPPS et de l'établissement par le numéro FINESS.

II. – LES ACTIONS PRIORITAIRES POUR 2017

II.1. Les actions nationales

Le guide méthodologique de mise en œuvre des actions d'accompagnement, joint en annexe 2 reprend en détail les actions thématiques pour 2017 :

- Thèmes Médicaments 2017 :
 - Iatrogénie :
 - IA n° 3 (janvier 2017) ;
 - IA n° 4 (juin 2017) ;
 - Expérimentation dans 10 CPAM (octobre 2017) ;
 - Suivi des précédentes campagnes (T4 2017).
 - Génériques (Mi 2017) : actualisation en version digitale du mémo diffusé en 2016 ;
 - Biothérapies :
 - Anti TNF et biothérapies MICI (PR et SPA), lancé en décembre 2016 ;
 - 2^e campagne, octobre 2017.
 - Médicaments onéreux :
 - Asthme sévère (semestre 2017) ;
 - Facteur de croissance (EC Etablissement) juin 2017) ;
 - Hormones de croissance : biosimilaires, bon usage, ... (septembre 2017).
- Thèmes LPP 2017 :
 - Orthèse d'Avancée Mandibulaire (OAM) versus Pression Positive Continue (PPC) réalisée au premier semestre 2017 ;
 - Pansements et plaies chroniques (lancé en juin 2016) : actualisation du mémo en T4 2017.
 - Diffusion de modèles d'ordonnances spécifiques :
 - Insulinothérapie (juin 2017) ;
 - nutrition entérale (T3 2017) ;
 - respiratoire (T4 2017).
 - Lecteur de glycémie en continu (T3 2017) ;
 - DAP Sièges coquilles (T4 2017).

II.2. La déclinaison en région

II.2.1. La déclinaison des taux

Pour 2017, comme pour les années précédentes le taux cible national d'évolution des dépenses de PHEV a été décliné en taux cibles régionaux³. Les actions mises en place par les régions visent à atteindre l'objectif qui leur est fixé et dont le périmètre a été adapté pour prendre en compte le périmètre des nouvelles régions.

Le taux cible national de prescription des médicaments dans le répertoire des groupes génériques n'est pas décliné en taux régionaux, comme les années précédentes. Il revient à chaque région de tendre vers le taux cible national.

³ Transmis le 03/04/2017 aux réseaux et disponible sur le sharepoint PEPSS : <https://partage.ars.sante.fr/PEPSS>

Pour 2017, dans le cadre des dialogues de gestion avec les établissements et en vue des nouvelles contractualisations CAQES (d'ici le 1^{er} janvier 2018), le taux d'évolution des dépenses de PHEV et le taux cible de prescription des médicaments dans le répertoire des groupes génériques seront fixés en fonction de la situation de l'établissement et dans l'objectif de respecter l'objectif régional.

II.2.1. Le déploiement régional des actions nationales

Sur chacun des thèmes, les régions doivent promouvoir les actions nationales, *via* des actions de communication mais également d'analyse. Le guide méthodologique reprend en détail l'ensemble des thèmes faisant l'objet d'actions prioritaires pour 2017 et qui ont été identifiées comme source d'optimisation au niveau national.

Il revient aux ARS conjointement avec les organismes locaux d'assurance maladie ou DCGDR de réaliser des analyses régionales pour confirmer ou non ces résultats en région, puis au niveau des établissements.

Le fichier de synthèse nationale des données de PHEV, transmis pour l'année 2016, a vocation à permettre aux régions de comparer le détail des dépenses de PHEV avec les moyennes observées sur l'ensemble du territoire.

En complément, un travail sur les disparités des établissements au sein des régions sur ces thématiques permet un premier ciblage des établissements auprès desquels un suivi spécifique pourra être mis en place.

Certaines régions ont mis au point des outils de suivi des dépenses de PHEV qui permettent d'aller dans le sens d'une maîtrise de l'évolution très dynamique de cette enveloppe. Ces bonnes pratiques sont présentées en annexe 3.

II.2.2. La complémentarité avec les autres blocs

Ces actions doivent veiller à s'inscrire en bonne complémentarité et synergie avec les recommandations du programme PHARE, projet Armen, conduit par la DGOS pour optimiser les pratiques d'achats notamment au profit des médicaments génériques et produits bio similaires. Pour ce faire, il est recommandé, au sein de chaque région, que les référents du bloc « produits de santé » se réunissent régulièrement avec le référent PHARE de la région, afin de partager les objectifs, les difficultés et les avancées constatées.

En toute logique, et comme le bloc produits de santé en établissement est un bloc partagé ARS/AM, les actions de sensibilisation, communication et accompagnement pourront porter sur les mêmes thématiques que celles portées au sein du bloc produits de santé en ville.

II.3. La déclinaison en établissements: le support de contractualisation

En 2016, la contractualisation CAQOS a apporté le bilan suivant: Depuis la mise en application du dispositif en 2011, 556 établissements ont été ciblés en vue de conclure un CAQOS. 207 contrats ont été signés.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Établissements ciblés	180	147	99	49	19	62
Contrats CAQOS signés	28	68	43	23	3	42*
Taux de contractualisation	9%	7%	5%	2%	1%	66%
Sanctions pour refus de signature	0	0	0	0	0	0
Dispositifs alternatifs**	12	9	17	21	13	16

* dont 23 en PACA

Source : enquête commune questionnaire CNAMTS/Ministère, mars 2017

** contrats d'engagement, accords de méthode

Pour l'année 2017, les éléments de contractualisation du CAQOS restent inchangés. Néanmoins, il est recommandé de ne pas contractualiser avec un nouvel établissement durant cette année de transition puisque les CAQOS seront caduques à compter du 31 décembre 2017 et la possibilité de contractualiser dans ce cadre sans base légale depuis le 20 avril 2017.

En effet, l'article 81 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2016 a réformé en profondeur les procédures de contractualisation entre les Agences Régionales de Santé (ARS), l'Assurance Maladie et les établissements de santé en substituant aux contrats antérieurs un contrat simplifié d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES). Ce contrat est porteur d'objectifs d'amélioration de la qualité des soins, de réduction de la variabilité des pratiques et de régulation des dépenses de l'assurance maladie.

Le décret n° 2017-584 du 20 avril 2017 a fixé les modalités d'application de ce nouveau contrat tripartite. Il conviendra de se référer à l'instruction (en cours de finalisation) relative à la mise en œuvre du contrat simplifié qui a notamment pour objectif de préciser les modalités de contractualisation de ce dernier, et la transition avec les autres contrats, dont le CAQOS PHEV.

II.4. Focus sur la précision du numéro RPPS

Le professionnel de santé doit reporter systématiquement la double identification du professionnel prescripteur (n° RPPS et n° FINESS) lors de la facturation de son acte à l'assurance maladie, d'autant plus si ce dernier exerce au sein d'un Établissement de santé privé.

De plus, l'article L 162-5-16 du CSS précise que, sans la possibilité d'identifier le médecin hospitalier au moyen du couple numéro RPPS/numéro FINESS, la charge de ces dépenses induites par les actes et prescriptions exécutées en ville revient à l'Établissement de santé.

Selon la dernière lettre réseau sur ce sujet (LR DDGOS/67/2015), l'acquisition du n° RPPS du prescripteur par l'assurance maladie est très faible pour l'ensemble des prestations concernées (seules 5.3% des prescriptions comportaient un n° RPPS en avril 2015). Néanmoins, depuis l'inscription dans la ROSP pharmacien d'un objectif de remplissage du n° RPPS, le taux augmente. Au vu de tous ces éléments, cette problématique doit également être inscrite dans les priorités régionales.

Pour rappel, la Cour des comptes dans son rapport « la maîtrise des prescriptions à l'hôpital : mieux responsabiliser le corps médical » publié en septembre 2016 précisait que « l'individualisation du suivi des prescriptions a pour objet d'identifier des comportements individuels atypiques au regard des référentiels validés et partagés par l'ensemble de la communauté médicale. C'est tout l'enjeu des recommandations de bonnes pratiques que de constituer un ensemble homogène adapté à l'exercice de la médecine hospitalière. ». Ce sujet fait également l'objet d'une recommandation de la Cour dans le rapport cité *supra* : « recommandation n° 28 : conditionner à l'identification individuelle des prescripteurs l'exécution des prescriptions émises en établissement et effectuées en ville comme réalisées à l'hôpital ».

III. – CALENDRIER DE TRANSMISSION DES DONNÉES 2017 (PROFILS, DONNÉES RÉGIONALES)

Un calendrier de transmission des données est proposé en annexe 4 de la présente instruction.

III.1. Les profils

Sur l'année 2017, la périodicité de transmission des profils PHMEV-LPP reste inchangée par rapport à 2016. Ils seront transmis semestriellement. Le contenu des profils ne sera pas modifié et portera comme en 2016 sur :

- des données relatives aux prescriptions par classe thérapeutique ;
- des données concernant les AOD (anticoagulants oraux directs) ;
- des données concernant le taux de prescription de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques ;
- les données relatives aux prescriptions des praticiens libéraux dans le ressort du département de l'établissement visé. Pour les CLCC et les CHU, le périmètre sera élargi à la région.

Ces données, pour information, permettent notamment, de comparer le niveau de dépenses PHMEV.

Ces profils seront partagés par l'Assurance Maladie avec les ARS.

Afin de garantir la qualité des données transmises aux régions, des évolutions techniques sont en cours. Les adaptations nécessaires peuvent engendrer une modification du périmètre ou des modalités de calcul (*cf.* annexe 4)

Enfin et dans l'objectif de diffuser les bonnes pratiques, depuis décembre 2015, l'assurance maladie publie en open data la base Open Medic qui présente pour chaque médicament délivré en officine de ville le nombre annuel de personnes ayant consommé ce médicament, le nombre de boîtes délivrées ainsi que les montants remboursés par l'assurance maladie. Des indicateurs complémentaires sont également disponibles dans le strict respect de l'anonymat des patients : spécialité pour les prescripteurs libéraux, classe d'âge et genre des patients, géographie de délivrance (région). <http://open-data-assurance-maladie.ameli.fr/index.php>

EUREKA-MED :

Pour encourager l'utilisation de ces données, la CNAMTS a organisé de janvier 2016 à mai 2016 un concours «hackathon» dont l'objet était d'accompagner et de soutenir des projets souhaitant utiliser ces données au service du bon usage du médicament. Un des lauréats du concours, le

projet Eurêka Med, a proposé une application visant à faciliter l'analyse des prescriptions médicamenteuses délivrées en ville avec un focus sur les prescriptions hospitalières. Dans le cadre du concours, le projet a bénéficié de l'accompagnement de collaborateurs de la CNAMTS mais également d'experts de la HAS et du ministère de la santé. Il s'agit d'un outil de visualisation et d'analyse portant sur la base Open Medic et sur sa déclinaison par établissement public et ESPIC. Au-delà du concours et du projet Eurêka Med, la CNAMTS a souhaité rendre publique la base de données déclinée par établissement afin de répondre à la forte demande de l'ensemble des acteurs d'une meilleure connaissance des prescriptions hospitalières exécutées en ville. La base de données est accessible à tous à partir du portail Open Data de l'assurance maladie ou du site data.gouv.fr à partir du 21 juin 2017. Par ailleurs, l'application sera de son côté commercialisée par la société HEVA porteuse du projet «Eurêka Med» lors du concours.

E-MÉMO GÉNÉRIQUES :

Cette application mobile d'aide à la prescription dans le répertoire des médicaments génériques destinée aux professionnels de santé en ville comme à l'hôpital, a été lancée par l'Assurance Maladie en partenariat avec le ministère des Solidarités et de la Santé et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

Elle permet aux médecins libéraux et hospitaliers de savoir si une molécule est inscrite au répertoire des médicaments génériques, grâce à un moteur de recherche intuitif répertoriant plus de 200 molécules organisées en 16 classes thérapeutiques.

En prescrivant dans le répertoire des médicaments génériques (en dénomination commune internationale-DCI), le médecin autorise le pharmacien à pouvoir substituer au princeps un médicament générique qui possède le même principe actif au même dosage et avec la même forme pharmaceutique.

Par ailleurs, il est recommandé lors des visites relatives au profil PHMEV-LPP de diffuser les messages ci-dessous, en lien avec les actions mises en œuvre sur les médicaments et LPP (cf. point II.1), et en les adaptant aux spécificités de l'établissement :

- prescription hospitalière la moins onéreuse sur des molécules à service médical rendu (SMR) identique;
- prescription hospitalière initiale d'un générique ou d'un biosimilaire.

III.2. Les données PHMEV-LPP au niveau régional

Le périmètre des données ne sera pas modifié au cours de l'année 2017.

Elles seront transmises 3 fois par an au réseau AM et au réseau ARS. La Direction de la Sécurité Sociale met à disposition des ARS les éléments transmis au réseau AM⁴.

Pour l'évaluation des CAQOS en cours, si des écarts sont constatés entre le montant des dépenses de PHEV de l'ES pour l'année évaluée et le montant des dépenses de PHEV pris comme référence de contractualisation, et que ces écarts ont une incidence sur l'intéressement/la pénalité à appliquer à l'ES, alors il est recommandé de choisir la situation la plus favorable pour l'ES.

III.3. Les informations nationales

Pour l'animation des réseaux ARS/Omedit/Assurance Maladie dans le cadre des instances du plan triennal, un séminaire technique du bloc produits de santé est organisé deux fois par an.

Le séminaire permet la transmission d'informations nationales aux régions, la présentation de retour d'expériences en région, et la tenue d'ateliers inter-régionaux sur différents thèmes choisis.

Pour les ministres et par délégation :

La directrice de la sécurité sociale,
M. LIGNOT LELOUP

Pour le directeur général :
de l'Union nationale
des caisses d'assurance maladie
et par délégation :

Le directeur délégué aux opérations,
E. LE BOULAIRE

Pour la ministre et par délégation :

La directrice générale de l'offre de soins,
C. COURRÈGES

*Le secrétaire général des ministères
chargés des affaires sociales,*
P. RICORDEAU

⁴ sur le sharepoint PEPSS : <https://partage.ars.sante.fr/PEPSS>

ANNEXE 1

Précisions relatives au calcul des objectifs régionaux PHMEV - LPP

Année 2017

Source des données

DCIR, montants remboursés des prescriptions des établissements de janvier à décembre 2016

Estimation de la population au 1er janvier 2016, par région, sexe et grande classe d'âge - source INSEE - données actualisées au 17/01/2017.

Champ concerné

Tous régimes, France entière, Région de rattachement de l'établissement prescripteur

Base des établissements prescripteurs utilisées

BERF mai 2016

Périmètre des montants remboursés

Pour l'année 2017, le calcul du taux national d'évolution des dépenses relatives aux PHMEV correspond au même périmètre que celui de l'année 2016.

Ce dernier est donc calculé **HORS rétrocession et HORS Hépatite C**.

=> La nouvelle carte régionale a été prise en compte pour la déclinaison des objectifs. Aussi, les objectifs ont été calculés sur la base des anciennes régions (onglet 3) et des nouvelles régions (onglet 4).

=> Les montants indiqués colonne F correspondent aux montants remboursés sur la période de janvier à septembre 2016 au titre des PHMEV sans la rétrocession et sans l'hépatite C et extrapolés tous régimes à partir d'un coefficient d'extrapolation (cf. note méthodologique relative à la déclinaison des objectifs).

=> Les classes ATC liées à l'hépatite C et non retenues pour le calcul des objectifs sont les suivantes :

- BOCEPREVIR
- INTERFERON ALFA-2A
- INTERFERON ALFA-2B
- INTERFERON ALFACON-1
- PEGINTERFERON ALFA-2A
- PEGINTERFERON ALFA-2B
- RIBAVIRINE
- TELAPREVIR

Méthode de calcul de l'objectif

Le taux d'évolution régional demandé en 2017 est calculé, comme pour 2016, par une régression linéaire avec comme variable explicative le niveau de dépenses moyen par habitant de la région en 2016.

ANNEXE 2

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE DE MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS D'ACCOMPAGNEMENT À L'HÔPITAL POUR LES PRESCRIPTIONS HOSPITALIÈRES DE MÉDICAMENTS ET DES PRODUITS ET PRESTATIONS DE LA LPP EXÉCUTÉES EN VILLE (PHMEV + PHEV LPP)

Les instructions GDR ARS PHEV annuelles adressées aux ARS par la DGOS, la DSS et la CNAMTS depuis l'année 2011 comprennent en annexe un guide méthodologique relatif aux actions d'accompagnement dans le cadre GDR ARS PHEV. Il est destiné à préparer les actions d'accompagnement que doivent mener les ARS et l'assurance maladie auprès des établissements signataires pour les aider à atteindre les objectifs des Contrats d'Amélioration de la Qualité et de l'Organisation des Soins (CAQOS) prévus par le dispositif de régulation des PHEV (article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale).

Pour l'année 2017, les éléments de contractualisation du CAQOS restent inchangés. Néanmoins, il convient de prendre en considération dès cette année la mise en œuvre, au 1^{er} janvier 2018, du nouveau contrat simplifié, dit « contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins » (CAQES), instauré par l'article 81 de la LFSS pour 2016 et encadré par le décret n° 2017-584 du 20 avril 2017 et par deux arrêtés en date du 27 avril 2017 définissant le contrat type d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins ainsi que ses seuils de références. Sa mise en place réforme les procédures de contractualisation entre l'ARS, l'organisme local d'assurance maladie et l'Établissement de santé en unissant sous un seul et même contrat, les anciens CBUMPP, CAQOS PHEV (médicament et transport), contrat pertinence, et CAPES.

Ce nouveau contrat est porteur d'objectifs d'amélioration de la qualité des soins, de réduction de la variabilité des pratiques et de régulation des dépenses de l'assurance maladie.

Ses modalités de mise en œuvre et notamment le contexte transitoire de cette année 2017 seront explicités dans une instruction DSS/CNAMTS en cours de rédaction.

Ainsi, ce guide 2017 a pour objectif de présenter les nouvelles thématiques nationales d'action d'accompagnement à mettre en œuvre au niveau régional.

Il comprend une partie concernant les médicaments (PHMEV) (volet n° 1), et une seconde partie concernant la LPP (PHEV-LPP) (Volet n° 2).

Les actions similaires qui sont menées auprès des professionnels libéraux porteront préférentiellement sur ceux exerçant en établissements privés ex-OQN.

RAPPEL

L'organisation et la coordination

L'organisation hospitalière et l'exercice collectif de la pratique médicale à l'hôpital impliquent une organisation spécifique de la réalisation des actions d'accompagnement menées en Établissement de santé.

Ce dispositif d'intervention au sein des établissements signataires nécessite une coordination entre les ARS et les organismes locaux d'Assurance Maladie. De plus, une coordination inter-régimes peut-être nécessaire afin de déterminer leur niveau d'intervention notamment au sein des établissements.

Les interventions au sein des établissements seront réalisées par l'Assurance Maladie et, le cas échéant, les ARS qui le souhaitent. Des réunions préparatoires seront organisées entre l'ARS et l'Assurance Maladie pour analyser le profil des établissements en matière de PHEV, qui intègre les produits et prestations de la LPP, définir les thèmes et postes prioritaires d'actions et partager la connaissance de la situation et l'environnement de chaque établissement. Il s'agira de préparer un plan d'intervention par établissement en cohérence avec les objectifs de réduction du taux d'évolution et d'amélioration des pratiques pour la prescription des médicaments et des produits et prestations de la LPP. Les postes contribuant le plus à l'évolution des dépenses des PHEV seront identifiées pour chaque établissement.

Déroulement des actions au sein de l'établissement

Au sein des établissements, l'Assurance Maladie, le cas échéant en présence de l'ARS, intervient à deux niveaux: d'une part, des réunions d'information avec les directions d'établissements et leurs instances et, d'autre part, un accompagnement des prescripteurs lors de visites ciblées par service ou par pôle.

Le dispositif d'accompagnement comprend : des réunions périodiques avec le directeur de l'établissement et son président de CME associés à d'autres interlocuteurs en charge de la politique du médicament et des produits et prestations de la LPP. La 1^{re} réunion est destinée à présenter et faire partager le plan d'accompagnement de l'établissement sur les thèmes choisis et à déterminer en commun les modalités pratiques d'application : services concernés, calendrier et suivi.

- une réunion visant à expliquer la démarche et les enjeux au sein de la Commission Médicale d'Établissement (CME) ;
- des visites d'accompagnement ciblées au sein des services hospitaliers les plus concernées par les classes thérapeutiques concernées et les postes de la LPP les plus contributrices à la croissance des dépenses de PHEV ;
- des visites auprès des internes.

Peuvent également être prévues des rencontres auprès d'autres acteurs intervenant dans l'établissement.

Ce guide présente les grandes lignes de l'accompagnement.

Par ailleurs, en dehors de ce dispositif, l'Assurance Maladie, en lien avec les ARS, poursuit son programme de Maîtrise Médicalisée des Prescriptions Hospitalières exécutées en ville (MMPH) sur un champ d'établissements plus large.

VOLET N° 1 DU GUIDE MÉTHODOLOGIQUE DE MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS D'ACCOMPAGNEMENT À L'HÔPITAL POUR LES PRESCRIPTIONS HOSPITALIÈRES DE MÉDICAMENTS EXÉCUTÉES EN VILLE (PHMEV)

PLAN

1. Remboursement des PHMEV (Données 2015 et 2016 en annexe 1)
2. Actions prévues par la CNAMTS dans le champ des PHMEV

1. Remboursement des PHMEV (Données 2015 et 2016 en annexe 1)

L'analyse porte sur l'ensemble des données de remboursement des seuls établissements de santé ex DG, issues du SNIIRAM DCIR France entière et tous régimes.

La croissance des PHMEV en 2016 reste soutenue: + 4.6% de la dépense remboursée par rapport à 2015, pour un montant remboursé de plus de 5,8 Md€.

Au sein des postes de dépenses les plus importants:

- Les croissances les plus remarquables en 2016 sont représentées par:
 - La surclasse classe « traitement du cancer »: montant remboursé d'environ 1,28 Md€, croissance de + 8,1 % par rapport à 2015 est toujours contributive à la croissance des PHMEV compte tenu notamment de l'augmentation du nombre de traitements de chimiothérapie par voie orale. Cette croissance est portée principalement par:
 - Les traitements utilisés dans le cancer de la prostate métastasé (+ 5 % pour cette pathologie par rapport à 2015), notamment Xtandi[®],
 - Les traitements utilisés en première ligne du mélanome avancé (BRAF muté), notamment Tafinlar[®] et Zelboraf[®],
 - Les nouveaux inhibiteurs des protéines tyrosines kinases, notamment Xalkori[®] et Giotrif[®] dans le cancer bronchique non à petites cellules avancé.
 - La surclasse « anti rhumatismaux spécifiques »: montant remboursé de plus de 500 M€, croissance de + 5,9% par rapport à 2015. L'ensemble de la classe contribue à la croissance.
 - La surclasse « sclérose en plaques »: montant remboursé de plus de 280 M€, croissance de + 10%; les trois médicaments administrés par voie orale portent largement la croissance.
- Les décroissances les plus remarquables sont représentées par les classes des psychotiques (256 M€, - 7,2% d'évolution par rapport à 2015) des antidépresseurs (36 M€, - 21,9% par rapport à 2015) et des antihypertenseurs (74 M€, - 8 % d'évolution par rapport à 2014) suite à des baisses de prix réalisées par le Comité Economique des Produits de Santé (CEPS).
- Dans l'ensemble des surclasses, les croissances des classes suivantes restent dynamiques:
 - la classe « produits de la DMLA »: près de + 8.5% d'évolution par rapport à 2015.

Ces données peuvent notamment servir de référence pour identifier les établissements gros prescripteurs dont le montant de dépense et/ou l'évolution du montant de dépense d'une classe thérapeutique se situe(nt) nettement au-dessus des niveaux nationaux, sans justification pertinente liée à la patientèle ou à des modifications récentes d'organisation au niveau d'un établissement ou d'un service.

Cette approche n'élimine aucune classe de médicament du potentiel de réduction de la croissance des PHMEV, même s'il s'agit de traitement de pathologies lourdes et coûteuses et même si une argumentation médicale de rationalisation des prescriptions n'a pas encore été mise à disposition.

2. Actions prévues par la CNAMTS dans le champ des PHMEV

2.1. Les biothérapies en rhumatologie et en gastro-entérologie

Cette action d'accompagnement 2017 sur la thématique des biothérapies dans les maladies inflammatoires en rhumatologie et gastro-entérologie, s'inscrit dans les suites d'une première campagne réalisée en 2014: « Anti-TNF en Rhumatologie », au sein des établissements de santé. L'impact positif de cette première campagne ainsi que la dynamique d'évolution de l'utilisation des biothérapies rend opportune cette nouvelle action de maîtrise médicalisée hospitalière.

Le champ proposé est élargi à l'ensemble des biothérapies utilisées en rhumatologie et en gastro-entérologie. Un axe spécifique sera consacré à la place des biosimilaires dans la stratégie thérapeutique, dont la mise sur le marché a débuté fin 2014 en France.

9 biomédicaments, ayant l'AMM en rhumatologie et/ou en gastro-entérologie sont retenus pour l'action. Ils ont pour cible biologique les molécules du processus inflammatoire et peuvent être regroupées en cinq classes selon leur cible.

- Les anti-TNF, 5 molécules :
Étanercept (Enbrel[®], Benepali[®]); Benepali[®] est un biosimilaire,
Adalimumab (Humira[®]),
Infliximab (Remicade[®], Remsima[®], Inflectra[®]); Remsima[®], Flixabi[®] et Inflectra[®] sont 3 biosimilaires,
Certolizumab (Cimzia[®]),
Golimumab (Simponi[®]),
- 1 anti CD28 (anti lymphocyte T): Abatacept (Orencia[®]),
- 1 anti CD20 (anti lymphocyte B): Rituximab (Mabthera[®]),
- 1 anti interleukine 6: Tocilizumab (Roactemra[®]),
- 1 anti interleukine 1: Anakinra (Kineret[®]).

Les anti-TNF sont les molécules les plus prescrites et ont l'AMM en rhumatologie : polyarthrite rhumatoïde et spondylarthrite ankylosante ainsi qu'en gastro-entérologie : maladie de Crohn et rectocolite hémorragique, pour trois d'entre elles.

Ces biothérapies ont également, pour certains d'entre elles, des indications en dermatologie ou en immunologie et cancérologie (cf. Rituximab).

L'enjeu économique de ces 9 biomédicaments est important.

Leur coût moyen est de 10 000 à 15 000 € par an et par patient, soit 10 à 15 fois plus élevé que celui des traitements synthétiques conventionnels.

Certains de ces 9 biomédicaments sont délivrés en ville, d'autres réservés à l'usage hospitalier. L'utilisation de ces biomédicaments au décours d'une hospitalisation entraîne une facturation en sus du GHS.

En 2014, toutes indications confondues la dépense de ces 9 biothérapies, était de près de 1,5 Md€ (Ville + Hôpital), pour l'ensemble des régimes d'Assurance Maladie. La part PHMEV représentant environ 1/3 de ce montant.

Objectifs de l'action :

Rationaliser la prescription des biothérapies en réduisant l'écart aux recommandations de bonne pratique et la disparité des pratiques.

Maîtriser l'augmentation des dépenses notamment en favorisant la prescription des biosimilaires.

Les outils mis à disposition des praticiens conseils pour la visite :

- un diaporama présentant le contexte médico-économique, les données de consommation actualisées ;
- un profil médico-économique pour chaque établissement ciblé et visité ;
- un mémo coût.

Les objectifs d'économies pour l'année 2017 s'élèvent à 30 M€

Calendrier : mise en œuvre au 1^{er} semestre 2017 du versant « rhumatologie » et au 4^e trimestre 2017 du versant « gastro-entérologie ».

2.2. Les facteurs de croissance de « la lignée blanche » (G-CSF) en cancérologie

L'objectif global de cette action est de favoriser une prescription plus efficiente des G-CSF en cancérologie à travers une campagne d'échanges confraternels.

Les G-CSF sont majoritairement utilisés en prophylaxie (primaire et secondaire) des neutropénies fébriles pouvant faire suite à l'administration d'une chimiothérapie cytotoxique.

L'analyse des données de consommation fait apparaître, en plus d'un montant remboursé important pour l'année 2016 (>313 M€), de grandes disparités de consommation aussi bien entre les différentes régions françaises qu'en comparant la France aux autres pays européens de référence (Allemagne, Espagne, Italie, Royaume-Uni).

Les différents G-CSF disponibles en France sont les suivants :

MOLÉCULE	PRODUITS DISPONIBLES	
Filgrastim	NEUPOGEN®	
	biosimilaires de NEUPOGEN®	ZARZIO®
		ACCOFIL®
		TEVAGRASTIM®/RATIOGRASTIM®
	NIVESTIM®	
Lénograstim	GRANOCYTE®	
Peg Filgrastim	NEULASTA®	

Les échanges confraternels s'articulent sur le rappel des recommandations d'utilisation en vigueur des G-CSF ainsi que sur 3 messages qui sont développés en s'appuyant sur les supports mis à disposition des praticiens conseils :

- volume de pénétration des G-CSF en France important par rapport aux autres pays européens et vis-à-vis des établissements de même catégorie ;
- le choix de la forme du G-CSF : préférer les formes les plus efficaces (quotidiennes) quand la durée de traitement attendu n'excède pas 12 jours ;
- au sein des formes à injection quotidienne : préférer les formes les plus efficaces, les biosimilaires.

Les outils mis à disposition des praticiens conseils pour la visite :

- un diaporama à présenter dans les services hospitaliers (présentation de la thématique G-CSF en oncologie, données de consommation nationales et régionales, recommandations en vigueur) ;
- un profil « Prescriptions hospitalières exécutées en ville - Facteurs de croissance G-CSF en oncologie (Patients avec ALD cancer n° 30) »
- un mémo coût « G-CSF en oncologie ».

Les objectifs d'économies pour l'année 2017 s'élèvent à 10 millions d'euros.

Calendrier : mise en œuvre à compter du 2^e semestre 2017.

2.3. Les génériques

Les actions de GDR PHMEV sur les médicaments génériques s'inscrivent dans le cadre du plan national d'action de promotion de ces médicaments. Ce plan triennal a été annoncé par la Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes le 24 mars 2015 et vise à lever les derniers freins à l'usage des médicaments génériques pour toutes les situations où cet usage est possible.

Dans ce contexte, la loi de financement de la sécurité sociale a créé depuis 2015 un nouveau critère de ciblage d'entrée dans la GDR PHMEV, fondé sur le taux de prescriptions des médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques.

Pour l'année 2017, le taux minimum de prescription des médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques a été fixé au niveau national à 44%. Taux inchangé par rapport à 2016.

Pour accompagner les établissements de santé dans l'atteinte de cet objectif et pour tenir compte des nouveaux usages mobiles des professionnels de santé, le mémo « Prescription dans le répertoire » diffusé en 2016 va être actualisé mi 2017 en version digitale.

Elle sera proposée gratuitement en téléchargement sur les stores début juin 2017.

Cette nouvelle application mobile dénommée E-mémo Génériques permettra aux médecins de savoir rapidement et facilement si une molécule est inscrite ou non au répertoire des médicaments génériques. Elle sera présentée aux médecins hospitaliers et aux médecins de ville, en visite secondaire par les Délégués de l'Assurance Maladie à compter de juin 2017.

2.4. Médicaments dans l'asthme sévère (Xolair®)

Une action d'accompagnement sera élaborée au 2^e semestre 2016 sur le thème de l'asthme sévère pour promouvoir le bon usage des traitements dans l'asthme sévère et notamment de Xolair® (omalizumab) indiqué dans le traitement de l'asthme sévère persistant allergique.

Il sera présenté au cours de ces visites (échanges confraternels), des données de remboursement de l'assurance maladie ainsi que des fiches de Bon Usage du Médicament (fiches BUM) élaborés par la HAS sur les traitements de l'asthme sévère.

ANNEXE 1

PHMEV

RÉPARTITION DES MONTANTS PAR CLASSE ET ÉVOLUTION – ANNÉES 2016/2015

Champ: montants remboursés tous régimes France entière. Source: DCIR

SURCLASSE	montants remboursés			Taux de répartition	
	Année 2016	Année 2015	Tx evol	Année 2016	Année 2015
Traitement du cancer	1 278 829 469	1 182 779 745	8,1%	22,0%	21,3%
Traitements du VIH et des hepatites	775 185 176	741 331 361	4,6%	13,3%	13,3%
Antirhumatismaux spécifiques (polyarthrite rhumatoïde,...)	502 795 280	474 957 646	5,9%	8,7%	8,5%
Sclerose en plaques	281 927 179	256 206 703	10,0%	4,9%	4,6%
Antipsychotiques	256 820 846	276 877 880	-7,2%	4,4%	5,0%
Immunosuppresseurs	238 742 123	215 983 890	10,5%	4,1%	3,9%
EPO	206 640 675	205 032 055	0,8%	3,6%	3,7%
Anti-infectieux	195 275 286	187 752 843	4,0%	3,4%	3,4%
Antiagregants, Antithrombotiques	191 507 583	179 781 051	6,5%	3,3%	3,2%
Produits de la DMLA	164 118 693	151 398 884	8,4%	2,8%	2,7%
Hormones de croissance	159 737 963	155 367 525	2,8%	2,7%	2,8%
Anti-asthmatiques	146 757 400	140 960 644	4,1%	2,5%	2,5%
Antidiabétiques	139 548 706	137 308 681	1,6%	2,4%	2,5%
Hormones	122 259 525	115 123 504	6,2%	2,1%	2,1%
Epilepsie et parkinson	108 537 565	113 231 186	-4,1%	1,9%	2,0%
Antalgiques, vertiges, migraines	87 628 213	90 816 072	-3,5%	1,5%	1,6%
Produits de diagnostic	87 355 946	80 785 322	8,1%	1,5%	1,5%
Appareil digestif divers	78 692 662	77 520 141	1,5%	1,4%	1,4%
Aide à la procréation	74 314 461	71 418 287	4,1%	1,3%	1,3%
Anti-hypertenseurs	69 692 280	75 647 750	-7,9%	1,2%	1,4%
Dermatologie	66 831 687	53 784 346	24,3%	1,2%	1,0%
Antidotes et chélateurs	64 185 147	65 725 001	-2,3%	1,1%	1,2%
Autres aigu (antianémiques, antihémorragiques, ...)	62 866 476	55 275 589	13,7%	1,1%	1,0%
Hypolipémiants	38 729 421	41 271 757	-6,2%	0,7%	0,7%
Antitussifs et autres produits de l'appareil respiratoire	38 136 591	32 502 182	17,3%	0,7%	0,6%
Antiacides et antiulcéreux	37 756 752	40 234 343	-6,2%	0,6%	0,7%
Antidépresseurs	36 157 404	46 311 007	-21,9%	0,6%	0,8%
Solutés massifs	28 698 744	28 736 942	-0,1%	0,5%	0,5%
Ophthalmologie et otologie (hors DMLA)	27 174 778	24 234 467	12,1%	0,5%	0,4%
Contraceptifs	26 358 298	25 861 332	1,9%	0,5%	0,5%
Alzheimer	25 387 009	24 431 857	3,9%	0,4%	0,4%
Anesthésiques	24 221 799	24 056 552	0,7%	0,4%	0,4%
Toxicomanie et psychostimulants	23 837 618	23 617 539	0,9%	0,4%	0,4%
Antiglaucomeux	21 207 063	20 922 120	1,4%	0,4%	0,4%
Vaccins	21 196 441	20 565 297	3,1%	0,4%	0,4%
Vitamines et minéraux	20 810 154	17 088 636	21,8%	0,4%	0,3%
Urologie	19 537 598	18 486 280	5,7%	0,3%	0,3%
Psychotropes	16 653 182	18 352 019	-9,3%	0,3%	0,3%
Anti-ostéoporotiques	16 120 336	14 170 953	13,8%	0,3%	0,3%
Anti-rhumatismaux	9 542 133	10 186 509	-6,3%	0,2%	0,2%
Antiarythmiques et stimulants cardiaques	7 131 977	7 171 104	-0,5%	0,1%	0,1%
Antiallergiques dont rhinite	5 311 418	5 478 811	-3,1%	0,1%	0,1%
Autres (Nutrition, ...)	3 605 419	3 594 133	0,3%	0,1%	0,1%
Anti-inflammatoires	2 585 581	2 980 835	-13,3%	0,0%	0,1%
Vasodilatateurs périphériques et centraux	248 017	266 560	-7,0%	0,0%	0,0%
TOTAL DES SURCLASSES	5 810 658 075	5 555 587 341	4,6%	100,0%	100,0%

VOLET N° 2 DU GUIDE MÉTHODOLOGIQUE DE MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS D'ACCOMPAGNEMENT À L'HÔPITAL POUR LES PRESCRIPTIONS HOSPITALIÈRES DES PRODUITS ET PRESTATIONS DE LA LPP EXÉCUTÉES EN VILLE (PHEV-LPP)

Les PHEV-LPP (prescriptions de sortie de séjour hospitalier, de consultations externes et/ou des services d'urgence) sont exécutées soit par les pharmacies d'officine, soit par les prestataires de service et distributeurs de matériels, soit par les orthoprothésistes, les podoprothésistes...

PLAN

1. Remboursement des PHEV-LPP (Données 2015 et 2016 en annexe 2) et principes du choix des actions d'accompagnement
2. Actions prévues par la CNAMTS dans le champ des PHEV-LPP

1. Remboursement des PHEV-LPP (Données 2015 et 2016 en annexe 2) et principes du choix des actions d'accompagnement à mener

L'analyse porte sur l'ensemble des données de remboursement des seuls établissements de santé ex DG, issues du SNIIRAM DCIR France entière et tous régimes.

La croissance des PHEV-LPP en 2016 reste soutenue : + 6.9 % de la dépense remboursée par rapport à 2015, pour un montant remboursé de plus de 1.9 Md€.

Ce montant représente environ 38 % de l'ensemble des prescriptions exécutées en ville.

Bien que plusieurs facteurs conjoncturels (les transferts hôpital/ville, le vieillissement de la population, l'augmentation du nombre de patients traités et l'intensification de certains traitements) expliquent cette évolution, elle doit néanmoins rester soutenable par la collectivité.

La CNAMTS continue de développer des actions d'accompagnement en Établissement de santé en élaborant de nouveaux programmes sur des thèmes concernant les principales catégories de la LPP prescrits à l'hôpital et exécutés en ville.

Le choix des postes des produits et prestations de la LPP devant faite l'objet d'actions d'accompagnement dans un Établissement de santé tiendra compte des données de remboursement et des évolutions des PHEV au niveau national, régional et de l'établissement mais également des remboursements des mêmes produits et prestations prescrits en ville.

Seront réalisées en priorité des actions visant les classes de produits et prestations qui représentent des postes de remboursement parmi les plus importants pour lesquels une possibilité d'optimisation des pratiques est envisageable, ou dont les évolutions sont significativement différentes de celles observées sur l'ensemble des prescriptions délivrées en ville sans que des facteurs explicatifs évidents puissent être identifiés.

Les outils d'accompagnement

La CNAMTS et les autres régimes d'assurance maladie ont déjà conduit des actions d'accompagnement à l'hôpital et en ville sur des catégories de produits et de prestations de la LPP à l'aide de supports et d'outils présentant des messages de bonne pratique.

D'autres kits d'accompagnement des professionnels de santé sur les postes de la LPP constituant le moteur de la croissance des PHEV LPP seront diffusés par le niveau national au fur et à mesure de leur élaboration, afin de constituer une boîte à outil dans laquelle, à terme, le niveau régional pourra choisir son accompagnement selon le profil de l'établissement.

2. Actions prévues par la CNAMTS dans le champ des PHEV-LPP

2.1. Orthèse d'Avancée Mandibulaire (OAM) versus Pression Positive Continue (PPC)

Les traitements par PPC constituent le 3^e poste de dépenses PHEV (187.9 M€) en 2016 et croit de manière soutenue depuis des années. La croissance de ce poste de dépenses est de presque 10 % en 2016.

Afin de favoriser une prise en charge efficiente des patients souffrant de Syndrome d'Apnée/Hypopnée Obstructive du Sommeil (SAHOS), la CNAMTS a conçu une action d'information et d'accompagnement des professionnels de santé concernés :

- les prescripteurs : notamment les pneumologues et ORL ;
- les spécialistes de la pose de l'appareil mandicateur : chirurgiens-dentistes, stomatologues et chirurgiens maxillo-faciaux.

Objectif: améliorer la reconnaissance de l'OAM en tant que véritable alternative thérapeutique à la PPC.

Les outils mis à disposition des praticiens conseils pour la visite d'échange confraternel :

- un diaporama;
- un mémo validé par la HAS: Indications et modalités de prise en charge du SAHOS par OAM;
- un mémo cout.

Parallèlement à l'élaboration de cette action visant à accroître le taux de prescription des OAM dans le traitement des apnées obstructives du sommeil chez l'adulte, la CNAMTS a procédé à l'inscription d'un acte de pose des OAM à la CCAM.

Calendrier: 1^{er} Semestre 2017.

2.2. Pansements

Les pansements constituent le 5^e poste de dépenses PHEV (124 M€) et l'évolution de ce poste de dépenses PHEV est de 6,5% en 2016.

Une action de maîtrise médicalisée sur le thème « Aide à la prescription des pansements primaires dans le traitement des plaies chroniques » a été réalisée en 2016 et début 2017 auprès des médecins généralistes et des IDEL ciblés.

Celle-ci pourra être déployée au sein des établissements de santé en 2017 après ciblage des prescripteurs et des établissements.

Le mémo d'aide à la prescription des pansements primaires, validé par la HAS, principal outil de visite lors de la campagne auprès des prescripteurs libéraux sera également expliqué et remis lors de l'échange confraternel au sein des établissements de santé.

Calendrier: T4 2017.

2.3. Modèles d'ordonnance

L'article 56 de la convention des médecins prévoit la mise à disposition de modèles d'ordonnance élaborés avec les professionnels dans le champ de la LPP. Actuellement des modèles d'ordonnance sont mis à disposition des médecins par les prestataires eux-mêmes. Cette pratique ne peut être cautionnée par l'assurance maladie, en raison de son caractère inflationniste et des dispositions des articles L. 162-2 et L 162-2-1 du code de la sécurité sociale et de l'article R.4127- 8 du code de la santé publique.

La CNAMTS a réalisé avec les partenaires conventionnels, trois modèles d'ordonnance focalisés sur les prestations nécessaire à :

- l'insulinothérapie par pompe externe;
- la nutrition entérale à domicile avec sonde nasogastrique ou naso-jéjunale;
- la nutrition entérale à domicile avec gastrostomie ou jéjunostomie.

Ces prestations de la LPP ont été choisies en raison de la complexité de la nomenclature, de la diffusion aux prescripteurs de modèles d'ordonnance établis par les prestataires eux-mêmes et du montant des dépenses associées à ces prestations.

Par ailleurs, des arrêtés de nomenclature proposent désormais en annexe des modèles de prescription. La CNAMTS participera à la diffusion de ces modèles d'ordonnance et envisage la possibilité de remplissage en ligne de ces modèles.

L'objectif de cette action est de faire connaître ces modèles d'ordonnance et de les mettre à disposition des prescripteurs hospitaliers. A cette occasion, les conditions médico-administratives de la LPP seront rappelées.

Calendrier: modèles d'ordonnances disponibles mi-2017

Une autre mise à jour est nécessaire, celle des formulaires de Demandes d'Accord Préalable (DAP) pour un traitement d'assistance respiratoire de longue durée à domicile, pour les demandes de prise en charge des prestations: oxygénothérapie de longue durée, PPC, forfait 6 (ventilation) et forfaits associés.

Ces formulaires sont obsolètes au vu des changements de nomenclature.

3 formulaires vont être réalisés :

- un formulaire de prescription valant DAP pour la prise en charge d'un traitement d'oxygénothérapie de longue durée en précisant les différentes sources;
- un formulaire de prescription valant DAP pour la prise en charge d'un traitement du syndrome d'apnée-hypopnée obstructif du sommeil (PPC (forfait 9) et OAM);

- un formulaire de prescription valant DAP pour la prise en charge d'un traitement par ventilation assistée (actuel forfait 6), qui sera réalisé après publication de la nouvelle nomenclature.

L'objectif de cette action sera de faire connaître ces DAP, et de les mettre à disposition des prescripteurs hospitaliers.

Calendrier: deuxième semestre 2017.

2.4. Lecteur de glycémie en continu (T3 2017)

Il existe 3 grandes familles de dispositifs médicaux (DM) d'auto-surveillance dans le diabète:

- les dispositifs d'auto surveillance de paramètre sanguin (glycémie et cétonémie) lecteurs de glycémie et systèmes de réactifs associés (bandelettes, électrodes et capteurs, sets);
- les dispositifs de prélèvement capillaires: stylos auto piqueurs, lancettes à usage unique;
- les dispositifs d'auto surveillance du sucre et des corps cétoniques dans les urines.

Ces dispositifs constituent un vrai outil dans l'arsenal d'auto surveillance du diabète: complications évitées lorsque le contrôle métabolique de la glycémie est durablement obtenu. Le maintien de l'équilibre glycémique reste le principal objectif de la prise en charge du diabète

Ces dispositifs sont soumis à des indications thérapeutiques restreintes en fonction des diverses populations de patients (DT1, DT2, gestationnel).

Un nouveau système d'auto surveillance de la glycémie sans contact appelé FreeStyle Libre® a été évalué en juillet 2016 par la CNEDiMTS et a obtenu un SA suffisant ainsi qu'une ASA III. Sans réelle amélioration clinique démontrée par rapport à l'auto surveillance classique par lecteur de glycémie capillaire, le système FreeStyle Libre® apporte cependant un confort pour le patient et une amélioration de la qualité de vie qui laisse anticiper une forte pénétration du marché. Compte tenu du tarif obtenu par ce dispositif, de sa population cible, de l'attente par les patients, une forte augmentation de la dépense Assurance maladie est à prévoir sur ce poste.

L'objectif de l'action sera de limiter la prescription de ce nouveau dispositif à sa population cible estimée et de porter les messages thérapeutiques sur l'auto-surveillance glycémique

Calendrier de l'action: T3 2017.

2.5. DAP Sièges coquilles

Actuellement, la LPP prévoit que la prise en charge des sièges coquilles de série est assurée exclusivement pour les patients présentant une impossibilité de se maintenir en position assise sans un soutien. Lors des contrôles réalisés, il est apparu que ces dispositifs étaient parfois prescrits et pris en charge en dehors de ces indications.

Une révision des descriptions génériques de ces dispositifs a été réalisée. Ses conclusions ont fait l'objet d'un avis de la CNEDiMTS le 8 septembre 2015.

Dès que la nouvelle nomenclature sera parue, une action de maîtrise sera réalisée.

Son objectif sera de porter à la connaissance des prescripteurs les nouvelles indications.

Une mise sous DAP est également prévue et sera présentée et expliquée.

Calendrier de l'action: T3 2017.

ANNEXE 2

PHEV-LPP

RÉPARTITION DES MONTANTS PAR CLASSE ET ÉVOLUTION - ANNÉES 2016/2015

CLASSES LPP	montant remboursé			répartition	
	Année 2016	Année 2015	tx evol	Année 2016	Année 2015
Dispositifs pour autotraitement du diabete (pompes, seringues, aiguilles)	260 415 214	248 556 259	4,8%	13,7%	14,0%
Traitements respiratoires, forfaits ventilation assistee et autres	187 917 882	183 080 888	2,6%	9,9%	10,3%
Pression positive continue pour apnee du sommeil	172 510 785	154 007 279	12,0%	9,1%	8,7%
Orthoprotheses	131 834 243	123 612 789	6,7%	6,9%	6,9%
Pansements et articles pour pansements	124 536 222	116 891 845	6,5%	6,5%	6,6%
Perfusion, systemes actifs, pompes implantees ou non	121 565 462	75 852 742	60,3%	6,4%	4,3%
Oxygenotherapie, prestation seule	119 823 187	117 623 126	1,9%	6,3%	6,6%
Nutrition enterale, poches et prestation	99 887 522	96 380 965	3,6%	5,2%	5,4%
Dispositifs pour autocontrôle du diabete	93 338 153	91 591 850	1,9%	4,9%	5,1%
Nutrition orale	82 686 208	74 685 527	10,7%	4,3%	4,2%
Ortheses	79 897 323	73 586 915	8,6%	4,2%	4,1%
Genito-urinaire, materiel pour incontinence et sondage vesical	56 575 477	50 560 281	11,9%	3,0%	2,8%
Perfusion, systemes passifs	56 481 352	85 922 270	-34,3%	3,0%	4,8%
Vehicules pour handicapes physiques	52 834 071	52 363 694	0,9%	2,8%	2,9%
Lits medicaux	32 137 483	30 665 521	4,8%	1,7%	1,7%
Dispositifs pour stomies digestives	30 581 604	26 596 563	15,0%	1,6%	1,5%
Nutrition parenterale	28 091 293	25 951 839	8,2%	1,5%	1,5%
Dispositifs d aide a la vie dont bequilles, deambulateurs	25 935 289	24 309 251	6,7%	1,4%	1,4%
Chaussures orthopediques	24 386 275	23 982 134	1,7%	1,3%	1,3%
Appareils electroniques de surdite	17 434 293	15 938 893	9,4%	0,9%	0,9%
Materiel anti-escarres, matelas et coussins	17 135 105	16 397 013	4,5%	0,9%	0,9%
Appareil generateur d aerosol	15 599 421	14 822 520	5,2%	0,8%	0,8%
Dispositifs de contention, bandes	10 503 162	8 999 962	16,7%	0,6%	0,5%
Verres	7 068 314	6 766 781	4,5%	0,4%	0,4%
Protheses externes non orthopediques	6 059 563	4 818 562	25,8%	0,3%	0,3%
Ophthalmologie, divers	6 000 511	4 687 852	28,0%	0,3%	0,3%
Dispositifs injectables viscoelastiques	5 853 186	4 991 389	17,3%	0,3%	0,3%
Traitement externe de la douleur	5 768 691	5 407 434	6,7%	0,3%	0,3%
Postiches	5 537 757	3 478 401	59,2%	0,3%	0,2%
Sondes defibrillation et stimulation et autres	5 234 280	189 655	2659,9%	0,3%	0,0%
Protheses oculaires et faciales (3543)	5 120 575	4 446 222	15,2%	0,3%	0,2%
Genito-urinaire, implants, dont grains d iode, electrostimulation	3 193 252	2 730 592	16,9%	0,2%	0,2%
Monture, lunettes (pour moins 18 ans, CMU)	2 846 627	2 749 008	3,6%	0,1%	0,2%
Sphere ORL	2 217 365	2 107 789	5,2%	0,1%	0,1%
Dispositifs contraceptifs	1 860 551	1 764 535	5,4%	0,1%	0,1%
Dispositifs de maintien, protection et immobilisation	1 459 410	1 303 640	11,9%	0,1%	0,1%
Respiratoire : chambres d inhalation, stimulateurs, implants et autres	1 073 582	966 575	11,1%	0,1%	0,1%
Dispositifs pour autotraitement et autocontrôle autres que pour diabete	768 431	683 593	12,4%	0,0%	0,0%
Lentilles	252 330	234 242	7,7%	0,0%	0,0%
Dispositif d assistance circulatoire mecanique (DACM)	234 827	148 274	58,4%	0,0%	0,0%
Nutriments pour intolerants au Gluten	234 570	286 834	-18,2%	0,0%	0,0%
Optique medicale, fournitures diverses	180 212	189 125	-4,7%	0,0%	0,0%
Ortheses de serie	54 305	50 720	7,1%	0,0%	0,0%
Optique, lentilles et aides visuelles	4	-	#DIV/0!	0,0%	0,0%
Reparation optique medicale	-	761	-100,0%	0,0%	0,0%
Protheses oculaires et faciales (E30)	(507)	-	#DIV/0!	0,0%	0,0%
Toutes classes LPP	1 903 124 862	1 780 382 110	6,9%	100,0%	100,0%

ANNEXE 3

RECUEIL BONNES PRATIQUES PHEV

THÈME	BONNE PRATIQUE	RÉGIONS
Animations territoriales	Journées de promotion et de sensibilisation sur les thèmes produits de santé	Toutes les régions
Prescriptions	<ul style="list-style-type: none"> - Remise d'un Mémo sur la prescription en DCI - Fiche de non prescription à destination des patients et complétée par le médecin - Conciliation médicamenteuse - Indicateurs d'accompagnement (produits de santé: prescription dans le répertoire, biosimilaires, DM) 	<ul style="list-style-type: none"> - Bretagne - Ile de France - Ile de France; Haut de France - Bretagne
Achats	<ul style="list-style-type: none"> - Expé GHT - Groupement d'achat médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> - Auvergne - Rhône Alpes - Corse
Maitrise des dépenses de PHEV	<ul style="list-style-type: none"> - Kit d'aide à la mise en place d'actions de maîtrise des dépenses de produits de santé à l'hôpital - Boite à outils PHEV sous forme d'un Flyer: génériques, biosimilaires, prescription type des pansements pour intégration dans LAP, prescription en DCI et bonne utilisation du RPPS 	<ul style="list-style-type: none"> - Ile de France ; Auvergne - Rhône Alpes - Centre - Val de Loire
Médicaments	<ul style="list-style-type: none"> - Guide avec une liste des médicaments les plus utilisés en pédiatrie: écrasable ou non 	<ul style="list-style-type: none"> - Bourgogne - Franche Comté
Biosimilaires	<ul style="list-style-type: none"> - Journée de formation et de promotion: sensibilisation des ES, des associations de patients - Thèse portant sur l'attitude et la perception des biosimilaires par les patients et les prescripteurs 	<ul style="list-style-type: none"> - Grand - Est; Nouvelle Aquitaine - Grand Est
DM	<ul style="list-style-type: none"> - Charte LPP: bonnes pratiques pour les prestataires - Ordonnance type: pansements, système de perfusion - Outil d'aide à la prescription en oxygénothérapie - Audit 	<ul style="list-style-type: none"> - Nouvelle Aquitaine - PACA; Centre-Val de Loire - Normandie - Bourgogne - Franche Comté
Antibiotiques	<ul style="list-style-type: none"> - Programme régional antibiorésistance - Ordonnances types pour les antibiotiques - Antibioclac +: lutte contre l'antibiorésistance auprès des libéraux: aide à la décision de prescription - Outil Consores: suivi des consommations et des résistances 	<ul style="list-style-type: none"> - Nouvelle Aquitaine - PACA - Ile de France - Corse; Ile de France

ANNEXE 4

FICHE MÉMO SUR LES DONNÉES PHEV PRODUITS DE SANTÉ

La liste des médicaments et LPP remboursables et prescrits en PHEV évolue régulièrement. Ainsi, le périmètre de suivi des dépenses de PHEV évolue également, entraînant parfois des écarts de périmètre d'une année à l'autre.

Afin d'assurer une bonne lisibilité des données par les régions, et une crédibilité des données dans les échanges avec les établissements, l'Assurance maladie s'engage à transmettre annuellement, le cas échéant, les informations permettant de comprendre l'évolution éventuelle de périmètre.

Évolution des dépenses de PHEV entre 2015 et 2016

Une évolution de périmètre a eu lieu entre les données 2015 et 2016. Pour permettre la comparaison entre les deux années, le montant des dépenses remboursées pour 2015 a été calculé à la fois sur la base du périmètre 2015 (transmis en mars 2016) et sur la base du périmètre 2016 (transmis en avril 2017).

Les écarts constatés s'expliquent par :

- l'intégration des régimes suivants: Mines, SNCF, RATP, ENIM et Port Autonome de Bordeaux et des données de l'APRIA-AMEXA;
- la modification du classement dans la table des surclasse. Par exemple, l'ensemble des groupes génériques pour lesquels les génériques ne sont pas encore ou n'ont jamais été commercialisés ou ceux dont les génériques représentent moins de 1 % du marché de leur groupe générique sont maintenant considérés hors répertoire;
- la correction d'erreurs de ventilation des données du RSI engendrant ainsi des données erronées depuis juillet 2015. Cette correction a été apportée pour la production des profils annuels 2016/2015;
- prise en compte du déconditionnement fin 2015.

Éléments de variation possibles

Les éléments suivants pourront entraîner, pour 2016 ou 2017, des évolutions de périmètre sur les données et notamment :

- changement de numéro FINESS des établissements (fusion, suppression);
- évolution de la liste des surclasses;
- honoraire de dispensation.

Les données transmises sur les profils ainsi que sur les fichiers Excel régionaux sont construites sur le même périmètre N versus $N-1$. Ainsi, les données de l'année N sont toujours comparables avec celles de $N-1$.

Rappel des données mises à disposition du réseau: nature, support, fréquence

- une synthèse nationale (données), comprenant également les cibles CPG des régions, envoyée au Ministère pour info (fichier Excel)
 - envoyée en décembre N , comprenant les données à M9;
 - envoyée en mars $N + 1$, comprenant les données à M12;
- fichiers Excel par région (anciennes et nouvelles) comprenant l'ensemble des données PHMEV-LPP (également reproduites dans les profils ES). Diffusion réseau AM et ARS;
 - envoyés septembre/octobre N , comprenant les données à M6;
 - envoyés en décembre N , comprenant les données à M9;
 - envoyés en mars/avril $N + 1$ comprenant les données à M12;
- Profils ES PHMEV-LPP (mis à disposition du réseau AM);
 - envoyés en septembre/octobre pour les données à M6;
 - envoyés en mars/avril pour les données à M12.