Indicateur : Prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de Pansements

1. Contexte

La dépense publique relative aux dispositifs médicaux directement ou indirectement financée par l'Assurance Maladie progresse d'environ 4 % par an depuis 2015, soit nettement plus rapidement que l'objectif national de dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM). Elle peut être évaluée à environ15 Md€ en 2018, répartis à parts quasi-égales entre ville et hôpital.

Malgré un léger ralentissement de la dépense, cette croissance reste nettement supérieure à celle des autres dépenses de santé. Les moyens et actions mis en œuvre pour réguler ce secteur (ajustements tarifaires, refonte de la nomenclature, actions de maîtrise médicalisée) et atteindre les objectifs rehaussés d'économies demeurent insuffisamment efficaces. Dès lors, une programmation pluriannuelle de la dépense et une plus grande pertinence des prescriptions apparaissent nécessaires[1].

Sur 7,5 Md€ de dépenses de dispositifs médicaux remboursés en ville en 2018, 10 % correspondent à des pansements.

Cette augmentation des dépenses en ville (+4.4 % de 2016 à 2019[2]) est soutenue par plusieurs facteurs :

- le vieillissement de la population (la dépense croît avec l'âge) ;
- la hausse de la prévalence de certaines pathologies dont les pathologies chroniques (diabète) et l'amélioration de leur traitement ;
- le virage ambulatoire (retours à domicile plus précoces, programmes de retour à domicile [PRADO],…) ;

et spécifiquement pour les pansements :

- la diversité des pathologies et situations cliniques concernées, la variabilité de la prise en charge thérapeutique complexifiant une « juste » prescription ;
- un marché fortement innovant avec des produits onéreux ;
- la diversité de références, tailles, formes, et noms ambigus ;
- la complexité de la nomenclature LPP (liste des produits et prestations) et en conséquence d'une prescription correcte.

La prescription doit donc être quantitative et qualitative. L'enjeu est économique et sécuritaire.

Les établissements de santé sont à l'origine d'une part importante des prescriptions des dispositifs médicaux délivrés en ville dont les pansements complexes.
L'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 de médicaments et LPP rangeait le poste pansements au cinquième rang des dépenses PHEV- LPP.

Le mésusage (en particulier dans les pansements absorbants), la méconnaissance des produits (multitudes de références, noms de pansements parfois trompeurs (noms proches mais de classes différentes), tailles, formes et conditionnements différents), la difficulté de l'évaluation du stade des plaies, la mauvaise observation des protocoles ou le faible recours à ces protocoles, ou aux référents plaie et cicatrisation, la nécessité de procéder à des réévaluations, sont autant de facteurs ne permettant pas une prescription totalement efficiente au sortir de l'hôpital.

Diverses aides à la prescription ont été développées : HAS, assurance maladie (PRADO), Société française et francophone des plaies et cicatrisations, travaux des OMeDITS (observatoires des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques) et travaux des établissements de santé.

---

[1] Cour des comptes, Sécurité sociale octobre 2020.

[2] Pour le régime général incluant les SLM.

- La précision et la complétude de la prescription : nom, taille, quantité, absence de redondance (pansements de la même classe), la nature du support de prescription, des informations à destination du pharmacien d'officine, constituent des éléments contributeurs déterminants d'une prescription efficiente.

Sages-femmes, pédicures podologues, infirmiers sont autorisés à prescrire certains de ces dispositifs. Une coordination, un relais hôpital-ville est nécessaire pour assurer la continuité des soins et ajuster/adapter les prestations prescrites aux besoins du patient en fonction de l'évolution des plaies et techniques utilisées par l'infirmier.

2. Objectif

L'objectif est, dans le respect de la sécurité et de la qualité des soins, de diminuer les dépenses du poste pansements des PHEV en améliorant la pertinence et l'efficience de la prescription hospitalière :

- en incitant les établissements à établir les prescriptions en adéquation avec les référentiels de bon usage (choix de la classe, absence de redondance sauf cas particuliers) et les dispositions réglementaires de prise en charge (la prise en charge des différentes catégories de pansements est soumise au respect des indications médicales et pour les pansements primaires au principe de non association entre eux) ;
- en établissant des prescriptions qualitatives précises, complètes (nom, taille, quantité, rythmicité du changement), adaptées en durée (en prévision d'une réévaluation), contribuant ainsi à leurs bonnes dispensation et exécution.

3. Construction de l'indicateur avec incitation financière

Périmètre des données
Les pansements sont inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale au :

« Titre I. - Dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie, aliments diététiques et articles pour pansements, Chapitre 3. - Articles pour pansements, matériels de contention, Section 1. - Articles pour pansements. ».

La nomenclature LPP donne la définition des plaies et précise les indications médicales de prise en charge. Les constats relatifs aux dépenses remboursées en 2018[3] sur le poste pansements (toutes origines de prescriptions confondues, ville, hôpital) objectivent des parts relatives en structure de :

- 45 % pour les pansements hydrocellullaires, 1er poste de dépenses ;
- 14 % pour les compresses, 2ème poste de dépenses ;
- 7 % pour les sets de pansements, 3ème poste de dépenses ;
- puis les pansements en fibres de carboxyméthylcellulose (CMC), 6 %, les alginates 5 %.

Indicateur
Chaque année N et pour chaque établissement de santé identifié par son numéro FINESS dans le SNDS, nous comparerons l'évolution du montant moyen par patient, entre les années n-1 et n, liée aux prescriptions de pansements émanant de l'établissement pour l'ensemble des pansements de la section 1 du chapitre 3 du titre I de la LPPR.

La réalisation d'économies entre ces deux années, sur les prescriptions de pansements exécutées en ville pour un établissement donné, permettra à cet établissement de santé d'être rémunéré à hauteur de 30 % de la dépense économisée par l'Assurance maladie obligatoire.

Pour le calcul de l'indicateur, les modifications de tarifs et de nomenclatures seront prises en compte.

[3] Charges et produits pour 2020, données tous régimes issues du DCIR (données de consommation inter-régimes).

4. Evaluation et Intéressement

La cible à atteindre pour les établissements : retour au montant moyen par patient par catégorie d'établissement - exclusion des cas très atypiques.
Année de référence pour le montant moyen par patient par catégorie d'ES : année N-1 :

a) Calcul et mise en œuvre de la rémunération incitative.

La réalisation d'économies entre l'année n-1 et n sur les prescriptions de pansements exécutées en ville pour 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.

Indicateur couplé à une incitation financière (année N) = [(montant moyen par patient issu des prescriptions de l'établissement en année N) - (montant moyen par patient issu des prescriptions de l'établissement en année N-1)]*nombre de patient de l'année N *0,3

5. Ciblage

Seront ciblés les établissements (finess géographique) ayant un montant moyen par patient supérieur à **+40 % par rapport au montant moyen de leur catégorie d'établissement.**
Parmi cette première sélection, un second filtre sera opéré afin de cibler les établissements ayant un nombre de patients sur l'année N **supérieur à 100 patients.**

Résultat : environ 190 ES ciblés (publics et privés) pour les CAQES 2022 – soit environ 31M€ en montant remboursé.