

Date d'effet du contrat : 1er juillet 2022

Pour l'établissement de santé	
Pour l'organisme local d'Assurance Maladie	
Pour l'Agence Régionale de Santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine	

ANNEXE 1 : VOLET PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS

Indicateur national : NAT_1 – Prescription de perfusions à domicile (PERFADOM).

Il existe trois grandes modalités de perfusion prise en charge dans la nomenclature LPP (Liste des Produits et Prestations) relative à la perfusion à domicile (PERFADOM) : par gravité, par diffuseur ou par système actifs (comprenant notamment les pousses seringues électriques ou les pompes). Dans de nombreux cas, le choix du mode de perfusion n'est pas précisé et laissé au choix du prescripteur/ infirmier.

Les coûts associés à chacun de ces trois modes de perfusion sont très variables. Dans ce cadre, il convient de favoriser les prescriptions les plus efficaces au regard des situations médicales des patients concernés.

L'objectif est d'inciter les établissements à prescrire pour chaque patient, le type de perfusion le plus efficace et donc le traitement le moins onéreux pour l'Assurance Maladie lorsque deux modes de perfusion sont équivalents pour le patient. A efficacité et sécurité égales, il est vertueux de choisir le traitement le moins cher, c'est-à-dire la perfusion par gravité.

Pour sensibiliser l'hôpital sur l'impact de la PHEV de PERFADOM, l'indicateur suivant est retenu :

- un indicateur couplé à une incitation financière, afin d'inciter l'hôpital à favoriser les prescriptions les plus efficaces.

Dépenses Perfusion à domicile : Evolution des dépenses de perfusion à domicile prescrite par les établissements de santé 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 les années n et n-1, sur les ordonnances exécutées en ville de perfusion par des diffuseurs ou des systèmes actifs, sur un établissement donné, permettra à cet établissement de santé d'être rémunéré à hauteur de 20% 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.

Par ailleurs, le volume total de prescriptions sera suivi d'une année sur l'autre et pourra en cas de variation importante être utilisé pour corriger la rémunération.

Etablissements ciblés : ciblage national en fonction des prescriptions de systèmes actifs et de système par diffusion sur la base de deux critères : dépenses (en montants remboursés) supérieur au seuil de 100 000 € et taux de recours (en montants remboursés) à ces deux systèmes supérieurs à 80 %.

Cible : diminution des dépenses entre les années n et n-1

Type d'indicateur : Montant

Source d'information : CNAM – requête SNDS

Modalité de calcul de l'indicateur :

Rémunération n = [(dépense remboursée PERFADOM (diffuseur + systèmes actifs) issue des prescriptions de l'établissement en année n) - (dépense remboursée PERFADOM (diffuseur + systèmes actifs) issue des prescriptions de l'établissement en année n-1)]x0,2