

Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiencence des Soins

CAQES

Mise en œuvre en région Centre-Val de Loire

Lundi 4 septembre 2017 – Après- midi



Introduction

M. Matthieu LEMARCHAND,
Responsable du département de l'efficacité du
système de santé, ARS

Mme Jeanine SARRAZIN-TORDJMAN
Sous-Directrice, DCGDR



Textes réglementaires

- 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 mentionné à l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale
- 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 mentionnés à l'article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale
- Instruction interministérielle 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



Périmètre et champs

- Les établissements concernés : **tous les établissements publics et privés**, (dont ex-HL, HAD, USLD et centres de dialyse), SSR et PSY → 103 ES
- Le CAQES regroupe et remplace plusieurs contrats actuels :
 - CBU → 53 ES
 - CAQS PHEV → 2 contrats en cours
 - CAQS transports → 5 contrats en cours
 - Contrat de pertinence
- **Un volet socle, à durée indéterminée**, relatif au bon usage des médicaments, des produits et des prestations
- Des volets additionnels, conclus pour une durée de 5 ans au maximum
- **Un contrat tripartite**, signé par le représentant légal de l'établissement, l'ARS et l'organisme local d'assurance maladie



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

Article 81 LFSS 2016 rassemble l'ensemble des dispositifs contractuels ayant pour objectif de garantir un juste recours à des soins de qualité

Tous les établissements sanitaires : MCO (y compris ex-HL, HAD, USLD et Dialyse) , SSR et PSY

CAQES

Bon usage des produits de santé

Pertinence actes, prestations, prescriptions

Transports

Pratiques en établissements de santé

Volet obligatoire

Volet additionnel

Volet additionnel

Volet additionnel

Champ : large des médicaments & dispositifs médicaux (management PEM, circuit des produits de santé, liste en sus, PHEV, génériques & biosimilaires...)

Durée : indéterminée

Champ : actes, prestations et prescriptions définis comme prioritaires dans le PAPRAPS

Durée : maximum 5 ans

Champ : a minima, maîtrise des dépenses prises en charge, et le cas échéant, qualité des pratiques hospitalières en termes de prescription et d'organisation transports

Durée : maximum 5 ans

Champ : risques infectieux, médicamenteux et rupture de parcours

Durée : maximum 5 ans



Le volet socle : bon usage des médicaments, des produits et des prestations

- Les orientations générales en région CVDL :
 - Simplifier et rendre lisible ce nouveau contrat
 - Capitaliser sur l'expérience acquise des CBU
- Les principes de mise en œuvre en région CVDL :
 - Des indicateurs nationaux et régionaux
 - Réalisation d'un état des lieux
 - Évaluation 2016 pour les établissements disposant d'un CBU
 - Auto-évaluation 2016 pour les établissements nouvellement concernés
 - Des cibles régionales, fixées à 5 ans
 - Des trajectoires d'atteinte de la cible définies par les établissements
- Des travaux partagés avec les professionnels de santé lors des commissions techniques et stratégique de OMÉDIT



Les volets additionnels

- **Transports** : choix d'aborder la thématique sur un volet pertinence, en identifiant des atypies de prescriptions (justification du transport ou modalité de prise en charge)
- **Amélioration des pratiques en établissement de santé** : redondant avec les dispositifs existants :
 - Incitation financière à la qualité - IFAQ
 - certification HAS, indicateurs de qualité (IQSS), volet socle
- **Pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé** : cohérent avec les travaux menés dans le cadre du PRS et par l'IRAPS. Le PAPRAPS sera révisé en fin d'année 2017.

↳ Seul le volet additionnel sur la pertinence sera activé en région CVDL. Les ciblage seront réalisés en 2018, pour une prise d'effet au 1^{er} janvier 2019

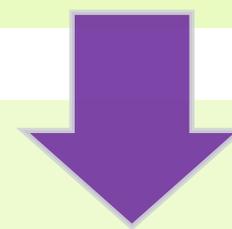


Les volets additionnels: levier d'amélioration de la pertinence des soins dans le cadre du PRS2

SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ (SRS)

Chapitre « pertinence du recours au système de santé »

Objectifs opérationnels à 5 ans (2018-2022)



PLAN D'ACTION PLURIANNUEL RÉGIONAL DE LA PERTINENCE DES SOINS (PAPRAPS)

Actions mises en œuvre pour atteindre les objectifs opérationnels pendant 4 ans (2016-2019 puis 2020-2023)



Les dialogues et courriers de pertinence



Les CAQES : volet additionnel pertinence



Les MSAP

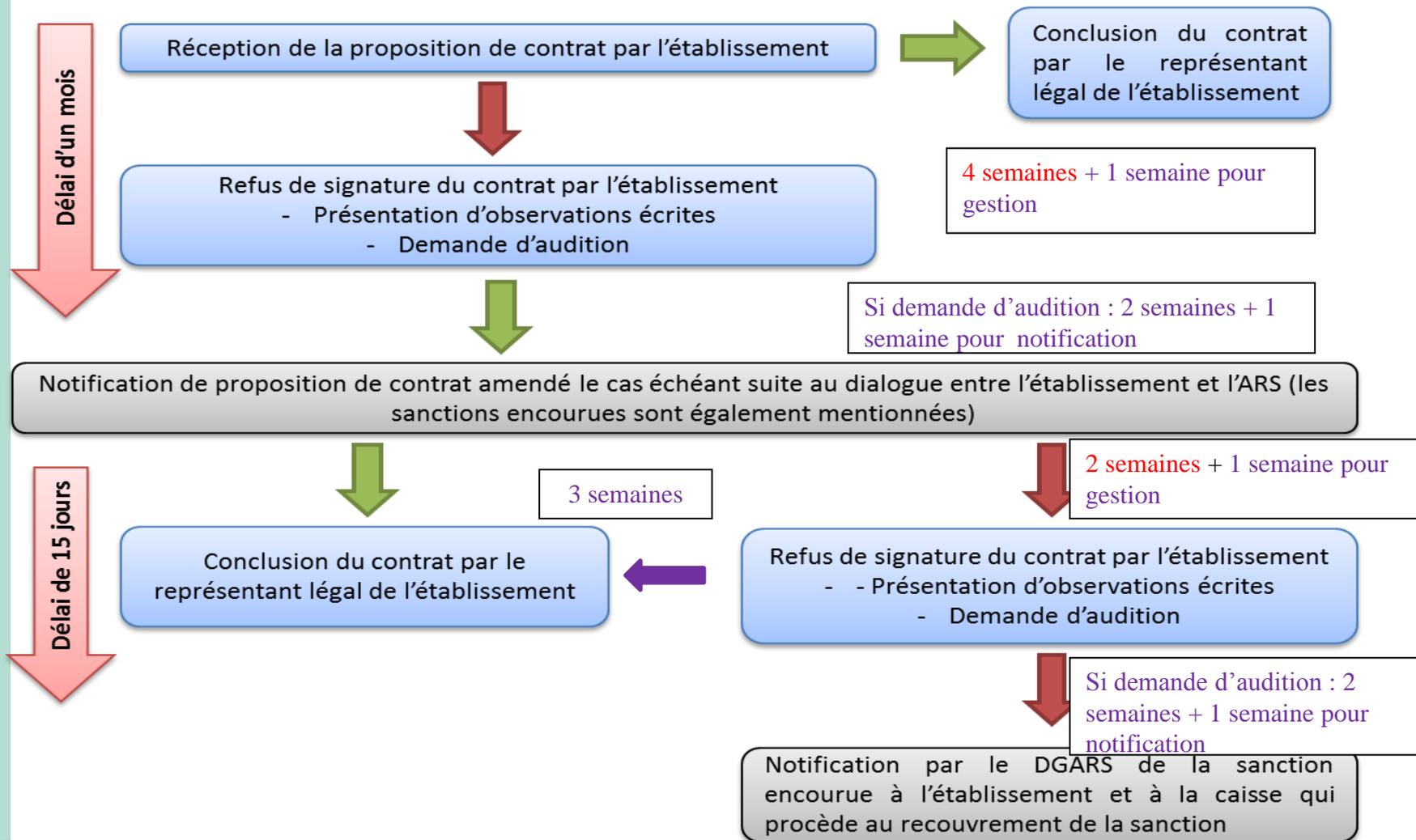


...



La procédure de contractualisation

Proposition de contrat soumise à l'établissement par le DGARS après avis de l'organisme local d'assurance maladie



La procédure de contractualisation

- Au plus tard entre 20 et 22 septembre : Envoi des contrats aux établissements
- Entre 20 et 22 octobre : Retour des contrats, des éventuelles observations ou des demandes d'auditions par les établissements
 - ⇒ Si demande d'audition : rdv entre le 30 octobre et 12 novembre
- Nouvelle notification : au plus tard le 19 novembre
- Entre 19 novembre et 3 décembre : Retour des contrats, des éventuelles observations ou des demandes d'auditions par les établissements
 - ⇒ Si demande d'audition : rdv entre le 11 et 22 décembre

Signature des contrats avant le 31 décembre 2017



Présentation générale

Echanges avec la salle



Présentation du contrat

Mme Mary-Christine LANOUE

Pharmacien coordonnateur, OMEDIT



Le volet socle : bon usage des médicaments, des produits et des prestations

Objectifs du contrat

Le contrat a pour objet de définir les **engagements de l'établissement de santé et des professionnels** qui y exercent compte tenu des objectifs d'amélioration de la **qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins et des prescriptions et de maîtrise des dépenses** qu'il leur est demandé d'atteindre sur la base d'un constat partagé.

Une priorité régionale

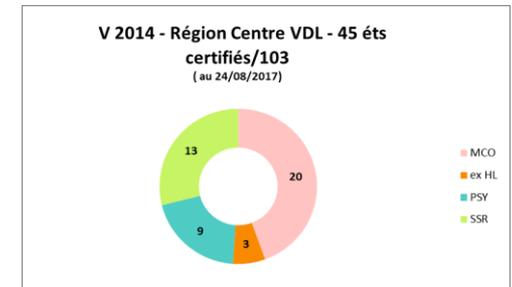
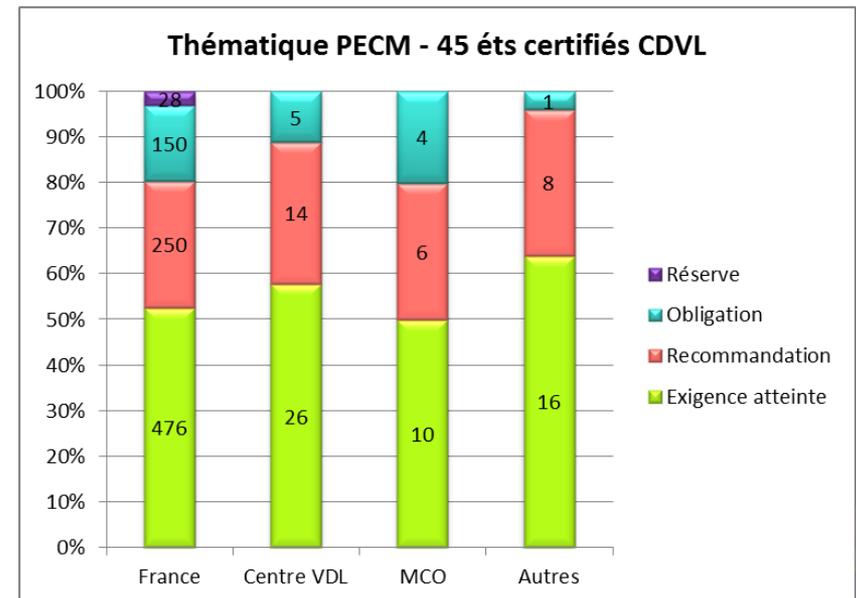
- objectifs d'application immédiate ou à progression personnalisée
- des taux annuels et pour certains des cibles atteignables sur 5 ans
- des indicateurs d'évaluation de l'atteinte des objectifs nationaux et régionaux
- objectifs non atteints d'amélioration de la qualité, de la sécurité des soins / produits de santé ➡ à maintenir dans CAQES
- objectifs régionaux de pertinence



Le volet socle : bon usage des médicaments, des produits et des prestations

Sources du Diagnostic

- Bilan CBU des 54 états MCO, HAD, Dialyse
- Evaluation des 52 états SSR, PSY, ex HL (1 non répondant)
- Suivi dépenses LES OMÉDIT (MCO, HAD)
- Profils CNAMTS PHEV uniquement pour les états publics (MCO, SSR, PSY)
- Collecte OMÉDIT ATIH intra établissement / taux de pénétration génériques et biosimilaires
- IPAQSS
- Certification V2014

Le volet socle : bon usage des médicaments, des produits et des prestations

Construction des indicateurs de suivi des engagements

- **Indicateurs nationaux** dans 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
- **Taux cibles nationaux** dans l'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 mentionnés à l'article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale
- **Indicateurs régionaux** spécifiques
- **Taux cibles régionaux et progression 5 ans**

Des objectifs **ATTEIGNABLES**

- ciblés dans l'intérêt des patients
- dictés par les textes réglementaires
- partagés avec les professionnels



Le volet socle : bon usage des médicaments, des produits et des prestations

8 objectifs cibles et une évaluation annuelle

1. Management de la qualité de la prise en charge des produits de santé
2. Sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient et bon usage des produits de santé
3. Informatisation de la prise en charge médicamenteuse et des produits et prestations
4. Traçabilité informatisée de la prescription à l'administration pour les Médicaments Dérivés du Sang ou à l'utilisation pour Dispositifs Médicaux Implantables
5. Développement des pratiques pluridisciplinaires ou en réseau
6. Engagements relatifs aux prescriptions de médicaments dans le répertoire générique et biosimilaires
7. Engagements relatifs aux PHEV
8. Engagements spécifiques relatifs à la liste en sus et respect des référentiels nationaux de bon usage des médicaments et des produits et prestations



1 - Management de la qualité de la prise en charge des produits de santé

Objectifs prioritaires à échéance fin 2018 et maintien pendant toute la durée du contrat

- Définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles
- Gestion des risques (*a priori et a posteriori*) liés aux prises en charge du patient par des produits de santé
- Référentiels
 - arrêté du 6 avril 2011
 - V 2014 thématique « Prise en charge médicamenteuse (PECM) »
- 2 indicateurs composites évalués par éléments de preuve



1-1 Définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles

Objectifs prioritaires à échéance fin 2018 et maintien pendant toute la durée du contrat

Priorités ↪ Démarche d'amélioration continue

La politique de management de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient (PECM) et du circuit des dispositifs médicaux stériles est

- validée et soutenue par la C(f)ME ET la direction
- formalisée et intégrée au PAQSS
- inscrite dans une dynamique de démarche d'amélioration continue qui s'appuie sur
 - le système de management de la qualité (SMQ)
 - le bilan annuel du Responsable du SMQ
 - les évaluations internes (EPP, audits, ...) et externes (V 2014, IPAQSS, inspection, ...)
 - les analyses systémiques des causes des Evènements Indésirables
 - un plan de formation
- connue des professionnels et des usagers



1-1 Définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles

Objectifs prioritaires à échéance fin 2018 et maintien pendant toute la durée du contrat

En continuité du CBU Priorités ↪ **Démarche d'amélioration continue**
Éléments de preuve + extraction Qalhas et certification

Indicateur composite

1. **Actualisation** du programme d'actions évaluée par 2 sous-critères

1.1 date d'actualisation (au minimum annuelle)

1.2 contenu du programme d'actions intégrant les actions d'amélioration issues

- Des **analyses des évènements indésirables**
- ET des évaluations internes (audit, cartographie des risques, ...)
- ET des évaluations externes (certification notamment si l'établissement fait l'objet d'une **réserve**, inspection, amélioration des indicateurs IPAQSS relatifs à la qualité de la prescription et de la continuité des prises en charge thérapeutiques, rapport d'évaluation du contrat unifié, etc...)
- ET les **barrières de prévention, d'atténuation et de récupération** actualisées en fonction de la mise à jour de la liste des **médicaments à risques**

2. Présentation annuelle du **bilan** des actions d'amélioration mises en œuvre et de leur efficacité à la **CME**

3. **Communication** auprès des professionnels de l'établissement (Objectifs, Plan d'actions, Retours d'Expérience, etc.)

4. Le **plan de formation** de l'établissement propose et met en œuvre des formations ciblées sur la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse



1-2 Gestion des risques (a priori et a posteriori)

Objectifs prioritaires à échéance fin 2018 et maintien pendant toute la durée du contrat

Priorités

a priori

↳ Identification des risques (éléments de preuve)

- Cartographie des risques PECM (tous les 2 ans)
- Cartographie des risques Dispositifs Médicaux (tous les 2 ans)

↳ Barrières de prévention, d'atténuation et récupération (éléments de preuve)

- des « never events »
- des médicaments à risque (liste dynamique suite EI)

a posteriori

↳ Incitation à la déclaration des Evènements Indésirables (bilan annuel)

- Signalement interne et externe
- Analyse des causes pluri professionnelle avec compte-rendu
- Actions d'amélioration/ suivi des plans d'actions

↳ Actualisation du programme institutionnel d'actions d'amélioration



Indicateur composite relatif à la gestion des risques *a priori* (2 critères)

1. Actualisation bisannuelle de la cartographie des risques liés à la **prise en charge médicamenteuse** : Date attendue= année N ou année N-1 évaluée par le **rapport d'étude de risques a priori**

Éléments de preuve

2. Réalisation ou actualisation d'une auto-évaluation de la **sécurisation du circuit des dispositifs médicaux stériles** : Date attendue= année N ou année N-

Indicateur composite relatif à la gestion des risques *a posteriori* (2 critères) :

1. Gestion **interne** des évènements indésirables relatifs aux produits de santé (évaluée par 6 sous critères)

Éléments de preuve
Bilan annuel des signalements et de la gestion des évènements indésirables relatifs aux produits de santé

1.1 **Nombre total d'EI** = N

1.2 **Nombre d'EI / produits de santé** = N1

1.3 **Taux d'EI / produits de santé** = N1/N

1.4 **Nombre d'EI / produits de santé ayant fait l'objet d'une analyse collective pluriprofessionnelle selon une méthode validée (ALARM, REMED, ORION, etc ...)** = N2 ; Indicateur = N2/N1

1.5 **Nombre d'EI / produits de santé avec action(s) d'amélioration** = N3; Indicateur = N3/N2

1.6 **Nombre d'EI / produits de santé avec retour d'expérience partagé (CREX, RETEX, ...) = N4 ; indicateur = N4/N2**

2. Déclaration **externe** des évènements indésirables relatifs aux produits de santé (évaluée par 2 sous critères)

2.1 **Nombre d'EIG / produits de santé déclarés à l'ARS** = N5 ; Indicateur = N5/N1

2.2 **Nombre d'EI / produits de santé ayant fait l'objet d'une déclaration dans le cadre des vigilances réglementaires (pharmacovigilance, matériovigilance, etc.)** = N6 ; Indicateur = N6/N1



2- Sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient et bon usage des produits de santé

Objectifs prioritaires à échéance fin 2018 et maintien pendant toute la durée du contrat

Priorités

↳ **Maitrise des processus - Système de Management Qualité** (éléments de preuve)

- Mise en œuvre des bonnes pratiques (MAQ) et évaluation régulière
- Prescription (livret thérapeutique informatif, injectables, support unique, ...)
- Sécurisation administration (protocoles thérapeutiques médicamenteux infirmiers (PTMI), préparation des piluliers, conditionnement unitaire, broyage, tables de correspondance IDE « Princeps-DCI », ...)
- Gestion médicaments à risques (prescription, stockage, administration)
- Transport et stockage dans les services

↳ **Implication du patient** (éléments de preuve)



2- Sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient et bon usage des produits de santé

Objectifs prioritaires à échéance fin 2018 et maintien pendant toute la durée du contrat

Priorités

↳ Activités de préparation et stérilisation (sous-traitance si besoin)

(éléments de preuve)

- Actualisation régulière des procédures
- Nutrition parentérale, eau hémodialyse, ...

↳ Iatrogénie médicamenteuse évitable chez la personne âgée (éléments de preuve)

- Médicaments inappropriés, IPP, anticholinergiques et chutes, déprescription, ...

↳ Bon usage des DM (éléments de preuve)

- Respect liste « intra-GHS »
- Continuité dans le parcours
- Sécurisation lignes de perfusion



2- Sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient et bon usage des produits de santé

Objectifs à échéance échelonnée sur 5 ans, à progression personnalisée

Priorités

↳ **Continuité de la PECM dans le parcours de soin** (éléments de preuve)

L'établissement s'engage à organiser et assurer la continuité du traitement médicamenteux de **l'admission jusqu'à la sortie** des patients, transfert entre services inclus, ↳ prise en compte **des traitements antérieurs**

et si concerné

- entre les services d'urgences et d'hospitalisation,
- lors d'une chirurgie programmée, dans le cadre d'une collaboration anesthésiste chirurgien définie et formalisée

↳ **Déploiement de la pharmacie clinique et de la Dispensation Nominative**

- Sur les critères de priorisation définis par l'établissement ou la structure définis sur la base d'une analyse de risques



2- Sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient et bon usage des produits de santé

Fin 2016

**Analyse
pharmaceutique**

Niveau 2 = **72%**

DIN = 43%

Progression

Maturité PDCA HAS

Critères IPAQSS

Objectifs à échéance échelonnée sur 5 ans, à progression personnalisée

Fin 2018

Analyse pharmaceutique

Niveau 1 \geq **50%**

Niveau 2 \geq **10%**

Conciliation médicamenteuse

Critères de priorisation

DIN \geq 20%

Fin 2022

Analyse pharmaceutique

Niveau 1 = **100%**

Niveau 2 \geq **50%**

Niveau 3 = 100% des
patients priorités conciliés

**Conciliation médicamenteuse =
100%** des patients priorités en
entrée et sortie

DIN \geq 50%



1. Mise en œuvre d'une stratégie de déploiement de la pharmacie clinique intégrée à la politique de management de la PECM						
1.1 Temps pharmaceutique (ETP de pharmacien ou interne en pharmacie) dédié à la pharmacie clinique rapporté au nombre de lits et places	Progression personnalisée	A fin 2018	A fin 2019	A fin 2020	A fin 2021	A fin 2022
	X ETP/nbre total de lits et places					
1.2 Dynamique de déploiement de l'analyse pharmaceutique	Progression personnalisée	A fin 2018	A fin 2019	A fin 2020	A fin 2021	A fin 2022
Analyse pharmaceutique de la prescription complète de niveau 1 en pourcentage = nombre de lits ou séjours concernés / nombre total de lits ou séjours	Taux de lits et places (en %)	au moins égal à 50%				100%
	Taux de séjours (en %)	au moins égal à 50%				100%
Analyse pharmaceutique de la prescription complète de niveau 2 en pourcentage = nombre de lits ou séjours concernés / nombre total de lits ou séjours	Taux de lits et places (en %)	au moins égal à 10%				au moins égal à 50%
	Taux de séjours (en %)	au moins égal à 10%				au moins égal à 50%
Analyse pharmaceutique de la prescription complète de niveau 3 en pourcentage = nombre de lits ou séjours concernés / nombre total de lits ou séjours	Taux de lits et places (en %)					100% des patients priorités en CM
	Taux de séjours (en %)					100% des patients priorités en CM
1.3. Dynamique de déploiement de la conciliation médicamenteuse	Progression personnalisée	A fin 2018	A fin 2019	A fin 2020	A fin 2021	A fin 2022
Indicateur national						
Nombre de patients priorités et bénéficiant d'une CM d'entrée ET de sortie / Nombre de patients priorités hospitalisés						100%

À compléter par l'établissement



	Progression personnalisée	A fin 2018	A fin 2019	A fin 2020	A fin 2021	A fin 2022
2. Dynamique de déploiement de la Dispensation nominative (DHIN ou DJIN) de la totalité des médicaments	Taux de lits et places (en %)	au moins égal à 20%				au moins égal à 50%
	Taux de séjours (en %)	au moins égal à 20%				au moins égal à 50%
3 . Indicateur composite relatif à la certification du processus « Prise en charge médicamenteuse » Évalué sur les 7 sous étapes du PDCA HAS	Selon dates définies par l'HAS	Progression de la maturité de chacune des 7 sous-étapes du PDCA (Données certification)				
4. Progression des critères IPAQSS relatifs à la qualité de la prescription et de la continuité des prises en charge tout au long du parcours applicables aux médicaments et DM		Progression des critères (Données IQSS)				

À compléter par l'établissement



3- Informatisation de la prise en charge médicamenteuse et des produits et prestations

Objectifs à échéance échelonnée sur 5 ans, à progression personnalisée

En continuité du CBU

Priorités de l'outil informatique

- ↪ Présence des codes FINESS et RPPS
- ↪ Prescriptions en DCI
- ↪ LAP certifié HAS pour l'intra établissement, les sorties et consultations externes
- ↪ Informatisation sans retranscription de la prescription à l'administration de la totalité des traitements du patient
- ↪ Traçabilité totale à toutes les étapes de la PECM



3- Informatisation de la prise en charge médicamenteuse et des produits et prestations

Fin 2016

Informatisation complète PEM = 80,7% des lits totaux

Progression des prescriptions de sortie informatisées y compris pour celles effectuées dans le cadre des consultations externes

Objectifs à échéance échelonnée sur 5 ans, à progression personnalisée

Fin 2020

RPPS et FINESS sur 80% des prescriptions de sortie et de consultations externes

Fin 2022

100% des lits et des unités de soins avec LAP certifié

RPPS et FINESS sur 100% de toutes les prescriptions

Informatisation complète PECM sur 100% des lits et séjours

HOPITAL NUMERIQUE (D3.5 - Résultats Osis) = 100%



Utilisation des logiciels d'aide à la prescription pour toutes les prescriptions de médicaments y compris pour celles effectuées dans le cadre des consultations mentionnées à l'article L. 162-26 ou lors de la sortie de l'établissement de santé

Evaluation annuelle par déclaratif établissement

Taux de prescriptions de sortie informatisées y compris pour celles effectuées dans le cadre des consultations externes :

= Nombre de prescriptions de sortie informatisées/ nombre total de prescriptions de sortie

Objectif annuel : Progression à la hausse entre N et N-1

Source : déclaratif établissement

Taux d'équipement en logiciels d'aide à la prescription dont la version opérationnelle dans le service est certifiée (en nombre de services équipés) :

= Nombre de lits utilisant un LAP certifié/ nombre total de lits de l'établissement

= Nombre d'unités de soins utilisant un LAP certifié/ nombre total d'unités de soins de l'établissement

Objectif annuel fin 2022 : 100% des lits et des unités de soins

Source : Déclaratif établissement



Identification obligatoire des prescriptions réalisées par ses professionnels par l'identifiant personnel du prescripteur autorisé à exercer (numéro du répertoire partagé des professionnels de santé - RPPS) auquel est joint l'identifiant FINESS de l'établissement en application de l'article R.161-45 du CSS

Evaluation annuelle par déclaratif établissement

Taux de prescriptions incluant le numéro RPPS du prescripteur et le numéro FINESS de l'établissement :

= Nombre d'ordonnances de sorties délivrées précisant le numéro RPPS du prescripteur et le numéro FINESS de l'établissement/Nombre total d'ordonnances de sorties

Objectif annuel :

- **A fin 2020 : 80% des prescriptions** incluant le N° RPPS et le N° FINESS
- **A fin 2022 : 100% des prescriptions** incluant le N° RPPS et le N° FINESS

Sources : Données AM + Déclaratif établissement

= Nombre d'ordonnances intra hospitalières précisant le numéro RPPS du prescripteur /Nombre total d'ordonnances intra hospitalières

Objectif annuel : Progression entre année N et N-1 et mise en œuvre d'un plan d'actions

Sources : Déclaratif établissement



<u>A compléter par l'établissement selon une progression personnalisée de 2018 à 2021</u>	A fin 2018	A fin 2019	A fin 2020	A fin 2021	A fin 2022
Informatisation de la totalité des prescriptions avec saisie systématique dans le service de soins (y compris en HAD si concerné) en pourcentage = nombre de lits informatisés pour la totalité des prescriptions/ nombre total de lits					100%
Transmission informatique des prescriptions à la PUI pour l'analyse pharmaceutique complète (y compris en HAD si concerné) en lien avec le dossier patient en pourcentage = nombre de lits avec transmission informatique des prescriptions à la PUI / nombre total de lits					100%
Traçabilité Informatisée de l'administration (y compris en HAD si concerné) en pourcentage = nombre de lits avec traçabilité Informatisée de l'administration / nombre total de lits					100%
HOPITAL NUMERIQUE : D2.3 (Résultats Osis) Taux de services pour lesquels le dossier patient informatisé intègre les comptes rendus de consultations, ..., les traitements de sortie	Au moins égal au seuil fixé nationalement				
HOPITAL NUMERIQUE : D3.1 (Résultats Osis) Taux de séjours disposant de prescriptions de médicaments informatisées* * Le nombre de séjours comportant des prescriptions de médicaments informatisées correspond au nombre de séjours comportant a minima une prescription de médicaments informatisée	Au moins égal au seuil fixé nationalement Ces 3 indicateurs seront extraits d'OSIS				100%
HOPITAL NUMERIQUE : D3.5 (Résultats Osis) Taux de séjours disposant de plan de soins informatisé alimenté par l'ensemble des prescriptions	Au moins égal au seuil fixé nationalement				100%

4- Traçabilité informatisée de la prescription à l'administration pour les Médicaments Dérivés du Sang ou à l'utilisation pour Dispositifs Médicaux Implantables

Objectifs intermédiaires prioritaires à échéance 2020

En continuité du CBU

Priorités

↳ Sécuriser la traçabilité

- Lecture automatisée des codes barres = 100% à fin 2020
- Logiciel dédié
- CLADIMED sur 100% des DMI à fin 2020
- Utilisation de l'identifiant unique des DM (IUD) en commençant par les DM implantables de classe III, conformément à l'art. 27 du règlement européen 2017/745 sur les DM (JOUE 5/5/201), applicable dès mai 2020



5- Développement des pratiques pluridisciplinaires ou en réseau

Objectifs prioritaires à échéance fin 2018 et maintien pendant toute la durée du contrat

En continuité du CBU

Priorités

↳ **Collecte nationale ATIH**

↳ **Transmission sécurisée des informations (MS santé, DMP, DP, DCC, ...)**

↳ **Participation aux travaux de l'OMéDIT**

↳ **Sécurisation chimiothérapies anticancéreuses**

↳ **Lutte contre l'antibiorésistance**

- Limiter les durées de prescriptions supérieures à 7 jours non justifiées Objectif annuel : 0%
- Progression indicateurs PROPIAS
- Atteinte des classes A ou B pour ICATB2, ICA BMR, ICA-LISO



6- Engagements relatifs aux prescriptions de médicaments dans le répertoire générique et biosimilaires

Objectifs prioritaires à échéance fin 2018 et maintien pendant toute la durée du contrat

En continuité du CBU

Priorités ↪ Un plan d'actions

↪ Stratégies thérapeutiques favorisant la prescription de médicaments dans le **répertoire générique**

↪ Politique active de **promotion des biosimilaires** auprès des professionnels et des patients

- politique d'achat de ces produits de santé
- suivi du taux de pénétration

↪ Faciliter **substitution et interchangeabilité** au sein de l'établissement

Progression (en boîtes dispensées en ville ou en UCD dispensées dans l'établissement) entre année N et N-1 et plan d'actions



Part d'achat de génériques et bio similaires

Part d'achat de génériques et bio similaires:

= Nombre d'UCD délivrées appartenant au répertoire des génériques / nombre d'UCD totales délivrées aux services de l'établissement de santé

= Nombre d'UCD délivrées de médicaments biosimilaires / nombre d'UCD de médicaments biologiques appartenant à la liste de référence des groupes biologiques similaires délivrées aux services de l'établissement de santé

Objectif annuel : Progression à la hausse entre année N et N-1 OU preuves de plan d'actions mis en œuvre

Sources : Données collecte ATIH

Promouvoir la prescription de médicaments dans le répertoire générique

Taux de prescription dans le répertoire des génériques pour les PHEV :

= Nombre de boîtes (en excluant le paracétamol du calcul) dans le répertoire des génériques en PHEV / nombre total de boîtes prescrites en PHEV

Objectif annuel : respect du référentiel national publié par arrêté OU preuves du plan d'actions mis en œuvre pour en viser l'atteinte et/ou justification du taux de prescription

Sources : Données AM + preuves établissement



Promouvoir la prescription de médicaments biosimilaires dans les classes autant que possible

Taux de prescription des biosimilaires pour les prescriptions **intra hospitalières**

= Nombre d'UCD de médicaments biosimilaires prescrites par les praticiens de l'établissement / Nombre d'UCD prescrites de médicaments biologiques appartenant à la liste de référence des groupes biologiques similaires pour les prescriptions **intra hospitalières**

Ce taux est calculé séparément pour les médicaments des classes suivantes : EPO, anti TNF, insuline glargine, G-CSF

Objectif annuel : Progression entre année N et N-1 ET preuves du plan d'actions mis en œuvre

Sources : Données collecte ATIH + preuves établissement

Taux de prescription des biosimilaires pour les **PHEV**

= Nombre de boîtes de médicaments biosimilaires prescrites par les praticiens de l'établissement / Nombre de boîtes prescrites de médicaments biologiques appartenant à la liste de référence des groupes biologiques similaires, pour les **PHEV**

Ce taux est calculé séparément pour les médicaments des classes suivantes : EPO, anti TNF, insuline glargine, G-CSF

Objectif annuel : Progression entre N et N-1 OU preuves de plan d'actions mis en œuvre

Sources : preuves établissement

7- Engagements relatifs aux médicaments et aux produits et prestations prescrits à l'hôpital et remboursés sur l'enveloppe soins de ville - PHEV

Objectifs prioritaires à échéance fin 2018 et maintien pendant toute la durée du contrat

Nouveau

Priorités ↪ **Un plan d'actions pour**

↪ **Faciliter** la substitution et l'interchangeabilité **par les pharmaciens d'officines** à l'aide d'une mention l'autorisant sur les formulaires de prescriptions

↪ **Analyser les données** fournies par l'Assurance Maladie avec les services prescripteurs concernés, à fort enjeu de maîtrise des dépenses

↪ Identifier, formaliser dans un plan d'action validé par la CME ou la Cf ME et mettre en œuvre les **actions formalisées de maîtrise du taux d'évolution des dépenses des prescriptions**

↪ **Améliorer la rédaction** des prescriptions de produits et prestations réalisées lors de la sortie des patients

Respect taux cible annuel, preuves du plan d'actions pour en viser l'atteinte et justification de l'évolution de ces dépenses



Mettre en œuvre l'ensemble des actions d'amélioration de la qualité des pratiques hospitalières en termes de prescription et d'organisation de ces prescriptions nécessaires pour assurer le respect du taux d'évolution des dépenses des PHEV de produits de santé

Taux d'évolution des dépenses de médicaments et produits et prestations prescrits en établissements de santé et remboursés sur l'enveloppe de soin de ville :

= Montant des dépenses remboursées de l'année évaluée N/ Montant des dépenses remboursées de l'année précédant celle de l'évaluation (hors rétrocession et hépatite C)

Objectif annuel : respect du référentiel national publié par arrêté OU preuves du plan d'actions mis en œuvre pour en viser l'atteinte et justification de l'évolution de ces dépenses

Sources : Données AM + preuves établissement



8- Engagements relatifs aux médicaments et aux produits et prestations inscrits sur la Liste En Sus

Objectifs prioritaires à échéance fin 2018 et maintien pendant toute la durée du contrat

Continuité CBU

Priorités

- ↳ Information aux prescripteurs
- ↳ Respect des référentiels
- ↳ Suivi des indications et des consommations
- ↳ la CME ou CfCME de l'établissement, recense et analyse toutes les utilisations hors AMM, hors LPP hors RTU, des produits facturés en sus des GHS et leurs argumentaires et en transmet obligatoirement un bilan à l'OMÉDIT de la Région Centre Val de Loire, au directeur de l'ARS et de l'organisme local d'Assurance Maladie

Respect taux cible annuel, preuves du plan d'actions pour en viser l'atteinte et justification de l'évolution de ces dépenses



Suivi des dépenses des médicaments et DMI de la listes en sus

Taux d'évolution des dépenses de médicaments inscrits sur la liste en sus :

= Montant des dépenses de médicaments de la liste en sus remboursées de l'année évaluée N/
Montant des dépenses de médicaments de la liste en sus remboursées de l'année N-1

Taux d'évolution des dépenses de produits et prestations inscrits sur la liste en sus

= Montant des dépenses de produits et prestations de la liste en sus remboursées de l'année évaluée N/ Montant des dépenses de de produits et prestations de la liste en sus remboursées de l'année N-1

Objectif annuel : respect du référentiel national publié par arrêté OU preuves du plan d'actions mis en œuvre pour en viser l'atteinte et justification de l'évolution de ces dépenses

Sources : Données PMSI + preuves établissement

Taux de prescriptions hors référentiels HR (RTU, AMM,) pour les médicaments et produits et prestations de la liste en sus

= Nombre d'initiation de traitements (patients) hors référentiels/ Nombre d'initiation de traitements (patients) total

Objectif annuel : 100% des prescriptions HR justifiées

Sources : Données établissement

L'établissement présente le suivi semestriel de la répartition des prescriptions hors référentiels HR (RTU, AMM,) pour les médicaments et produits et prestations de la liste en sus, le cas échéant accompagné de leur argumentaire, à la CME/cfME

Objectif annuel : OUI

Sources : Données établissement, par classe (ATC 2 ou Cladimed niveau 3) et par spécialité pharmaceutique et code LPP, dans PV CME ou CfME

L'établissement adresse le suivi semestriel de la répartition des prescriptions hors référentiels HR (RTU, AMM,) pour les médicaments et produits et prestations de la liste en sus, le cas échéant accompagné de leur argumentaire, à l'OMÉDIT

Objectif annuel : OUI

Sources : Données établissement par classe (ATC 2 ou Cladimed niveau 3) et par spécialité pharmaceutique et code LPP, reçues à l'OMÉDIT



9- Evaluation interne

Objectifs prioritaires à échéance fin 2018 et maintien pendant toute la durée du contrat

Continuité CBU

Priorités des évaluations à mener

- ↪ l'encadrement des produits facturés en sus des GHS avec traçabilité des indications hors référentiels dans le dossier du patient (à faire chaque année pour les médicaments et les dispositifs médicaux)
- ↪ les prescriptions d'antibiotiques
- ↪ les prescriptions chez les personnes âgées
- ↪ la qualité de la prise en charge médicamenteuse et toute autre pratique professionnelle concernant le bon usage des médicaments et dispositifs médicaux implantables ou non

Éléments de preuve

- Grille d'évaluation
- Nombre de dossiers
- Synthèse des résultats
- Plan d'actions
- Suivi de plan d'actions et réévaluation programmée



Annexe 2

L'évaluation sera faite pour chaque objectif sur la base des échéanciers précisés dans les articles correspondants, à l'exception de l'objectif 1 qui est scindé en deux sous-objectifs.

Après évaluation, chaque objectif sera classé selon l'échelle de cotation, ce qui permettra de calculer un score total.

En l'absence de donnée disponible sur un indicateur quantitatif l'évaluation portera sur la mise en œuvre d'un plan d'actions.

Cotation de chaque objectif

3 : objectif totalement atteint
2 : objectif globalement atteint
1 : objectif partiellement atteint
0 : objectif non atteint (résultat insuffisant)



Volet du contrat	Obligations de résultats	Cotation possible
Obligatoire - Produits de santé		
Objectif cible 1-1	OUI	0 à 3
Objectif cible 1-2	OUI	0 à 3
Objectif cible 2	OUI	0 à 3
Objectif cible 3	OUI	0 à 3
Objectif cible 4	OUI	0 à 3
Objectif cible 5	OUI	0 à 3
Objectif cible 6	OUI	0 à 3
Objectif cible 7	OUI	0 à 3
Objectif cible 8	OUI	0 à 3
Objectif cible 9	OUI	0 à 3
Score total		0 à 30

Sanction possible si score total ≤ 9



Conclusion

2 contrats type, régionaux, aux contenus légèrement différents

- MCO, Dialyse, SSR, PSY, ex HL,
- HAD

Pour l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et la gestion des risques associés pour l'ensemble du processus de prise en charge thérapeutique, cohérents avec la certification, le PAPRAPS, le futur PRS2

Des axes forts sur

- la sécurité et la continuité de la prise en charge thérapeutique du patient dans son parcours de soins notamment à l'aide de la pharmacie clinique
- La maîtrise des dépenses intra hospitalières mais aussi issues des sorties d'hôpital ou des consultations externes notamment à l'aide des génériques, des biosimilaires et de la pertinence des prescriptions
- le bon usage des antibiotiques



Présentation du contrat

Echanges avec la salle

