

AVENANT 2019 AU CONTRAT D'AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE L'EFFICIENCE DES SOINS

Entre les soussignés :

L'Agence Régionale de Santé PACA

ARS PACA

132 Boulevard de Paris, 13002 Marseille

Représentée par : Le Directeur Général

L'organisme local d'assurance maladie

(nom de l'organisme),

(adresse)

Représenté par :

Et

L'établissement de santé:

(nom de l'établissement),

(adresse)

Représenté par :

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-30-2 à L. 162-30-4 ;

Vu l'arrêté 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 ;

Vu l'arrêté 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 en date du 27 avril 2017 ;

Vu le plan régional de la gestion du risque et de l'efficacité du système de soins ;

Vu le plan d'actions pluriannuel régional de l'amélioration de la pertinence des soins ;

Vu l'avis de la conférence médicale d'établissement ou commission médicale d'établissement.

Il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er} : Objet de l'avenant au contrat

L'objet de cet avenant est d'actualiser les objectifs fixés à l'établissement, notamment au regard des taux d'évolution fixés nationalement et annuellement par arrêté des ministres.

Les objectifs fixés par le présent contrat concernent dans tous les cas :

- les indicateurs mentionnés dans l'annexe 1 ci-dessous
- le nouveau plan d'actions CAQES 2019

Article 2 : Durée de l'avenant au contrat

L'avenant au contrat entre vigueur le premier janvier 2019. Il est conclu pour une durée de 1 an à compter de sa date d'entrée en vigueur.

ANNEXE 1 : liste des indicateurs fixés au niveau national en 2019 pour le volet obligatoire produits de santé

Art. 10: Obligations générales de l'établissement

Art. 10-1 : amélioration et sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient et du circuit des produits et prestations

Obligations	Indicateurs	Taux cible
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	Taux de prescriptions de sortie informatisées y compris consultations externes (Q1) :	BALISE
	Nombre de lignes de prescriptions de sortie informatisées / nombre total de prescriptions de sortie	
	Taux d'équipement en logiciels d'aide à la prescription dont la version opérationnelle dans le service est certifiée (en nombre de services équipés) (Q2 et Q2prime) :	BALISE
	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	
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	Taux de prescriptions incluant le numéro RPPS du prescripteur et le numéro FINESS de l'établissement (Q3 et Q3prime) :	BALISE
	Nombre d'ordonnances de sortie délivrées précisant le numéro FINESS et RPPS / nombre total d'ordonnances de sortie	
	Nombre d'ordonnances intra-hospitalières précisant le numéro RPPS / nombre total d'ordonnances intra-hospitalières	
Informatisation et traçabilité de la prise en charge thérapeutique du patient jusqu'à l'administration du médicament, et pour le circuit des produits et prestations mentionnés à l'article D. 165-1 du CSS, de la prescription jusqu'à la pose du dispositif médical	Traçabilité des médicaments (Q4) :	BALISE
	Nombre de lits informatisés de la prescription jusqu'à la traçabilité de l'administration/nombre de lits total	
	Traçabilité des DMI (Q5) :	
	Nombre d'unités de DMI dont l'implantation est informatiquement tracée/ nombre total d'unités de DMI implantées	
	Déploiement de la classification CLADIMED® (Q6) : nombre d'unités de DMI stockées enregistrées selon la classification CLADIMED dans l'établissement / nombre d'unités de DMI stockées dans l'établissement	

Art. 10-2: développement des pratiques pluridisciplinaires et en réseau

Obligations	Indicateurs	Taux cible
Mise en œuvre d'une stratégie de déploiement de la pharmacie clinique intégrée à la politique de management de la PECM et de la conciliation médicamenteuse	Déploiement de la conciliation médicamenteuse chez les patients priorités sur la base d'une analyse des risques (Q7) :	BALISE
	Nombre de patients priorités et bénéficiant d'une conciliation médicamenteuse d'entrée et/ou de sortie / Nombre de patients priorités hospitalisés	
Vigilance et bon usage des antibiotiques (ATB)	Taux de traitement de plus de 7 jours non justifiés (Q8) :	BALISE
	Nombre de traitements par ATB prescrits pour une durée de plus de 7 jours non justifiés / nombre total de traitements par ATB prescrits pour une durée de plus de 7 jours	

Art. 10-3: Engagements relatifs aux prescriptions de médicaments dans le répertoire générique et biosimilaires

Obligations	Indicateurs	Taux cible
Promouvoir la prescription de médicaments dans le répertoire générique	Taux de prescription dans le répertoire des génériques pour les PHEV (Q9) :	49%
	nombre de boîtes (en excluant le paracétamol du calcul) dans le répertoire des génériques en PHEV / nombre total de boîtes prescrites en PHEV	
Promouvoir la prescription de médicaments biosimilaires dans les classes autant que possible	Taux de prescription des biosimilaires (Q10) :	BALISE
	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	
	<i>Ce taux est calculé séparément pour les médicaments des classes suivantes : EPO, anti TNF, insuline glargine, G-CSF</i>	
	Taux de prescription des biosimilaires (Q10prime) :	BALISE
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 PHEV		
	<i>Ce taux est calculé séparément pour les médicaments des classes suivantes : EPO, anti TNF, insuline glargine, G-CSF</i>	
Part d'achat de génériques et biosimilaires	Part d'achat de génériques (Q11) et biosimilaires (Q11prime) :	BALISE
	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	

Art. 10-4: Engagements relatifs aux médicaments et aux produits et prestations prescrits en établissements de santé et remboursés sur l'enveloppe de soin de ville

Obligations	Indicateurs	Taux cible
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 global prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de produits et prestations inscrits sur la liste résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe de soins de ville (Q12) :	3,3%
	Montant des dépenses remboursées de l'année évaluée / montant des dépenses remboursées de l'année précédant celle de l'évaluation - 1 (hors rétrocession et hépatite C)	
	Taux d'évolution des dépenses de médicaments résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe de soins de ville (Q12 prime)	3,2%
	Taux d'évolution des dépenses des produits et prestations inscrits sur la liste résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe de soins de ville (Q12 bis)	3,6%

Art. 10.5 : engagements spécifiques relatifs aux spécialités pharmaceutiques et aux produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation inscrits sur les listes mentionnées aux articles L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et respect des référentiels nationaux de bon usage des médicaments et des produits et prestations

Obligations	Indicateurs	Taux cible
Suivi des dépenses des médicaments et DMI de la liste en sus	Taux d'évolution des dépenses de médicaments inscrits sur la liste en sus (Q13) :	3%
	montant des dépenses de médicaments de la liste en sus remboursées l'année évaluée / montant des dépenses de médicaments liste en sus remboursées l'année précédant celle de l'évaluation - 1	
	Taux d'évolution des dépenses de produits et prestations inscrits sur la liste en sus (Q14) :	3%
	montant des dépenses de produits et prestations liste en sus remboursées de l'année évaluée / montant des dépenses de produits et prestations de la liste en sus remboursées l'année précédant celle de l'évaluation - 1	
	Taux de prescriptions hors référentiels (RTU, AMM) pour les médicaments et produits et prestations de la liste en sus (Q15) : nombre d'initiation de traitement (patients) hors référentiel / nombre d'initiation de traitement (patients) total	BALISE

BALISE = considérer l'indicateur comme devant être atteint par l'établissement en fonction de ses capacités à le déployer. L'établissement se fixe sa vitesse de progression en fonction de sa situation.
VALEUR NUMERIQUE = taux à atteindre fixé par le ministère dans l'année prévue. Ce taux pourra être modulé en fonction de la situation de l'établissement.

Fait à Marseille, le 31 décembre 2018

Pour l'Agence Régionale de Santé
Pour l'organisme local d'assurance maladie concerné
Pour l'établissement de santé

<p>DATE :</p> <p>SIGNATURE DU REPRESENTANT LEGAL DE L'ETABLISSEMENT :</p>
--

<p>DATE :</p> <p>SIGNATURE DU REPRESENTANT DE L'ORGANISME LOCAL DE L'ASSURANCE MALADIE :</p>

<p>DATE :</p> <p>SIGNATURE DU DIRECTEUR GENERAL DE L'ARS :</p>
