

AVENANT 2021 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 nationaux mentionnés dans l'annexe 1 ci-dessous
- les indicateurs régionaux mentionnés dans l'annexe 2 ci-dessous
- les actions pour lesquelles l'établissement s'est engagé (*validées par l'ARS, et l'Assurance Maladie*) sur le document Excel® "PA CAQES 2021".

Article 2 : Durée de l'avenant au contrat

L'avenant au contrat entre en vigueur le 1er janvier 2021. 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 2021 pour le volet obligatoire produits de santé en région PACA

CAQES 2021 - indicateurs nationaux -

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 | Type d'ES concernés |
|---|--|------------|---------------------|
| 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) : Nombre de lignes de prescriptions de sortie informatisées / nombre total de lignes de prescriptions de sortie | BALISE | MCO-HAD-DIA-SSR-PSY |
| | 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) : 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 | BALISE | MCO-HAD-DIA-SSR-PSY |
| 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) : 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 | BALISE | MCO-HAD-DIA-SSR-PSY |
| 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) : Nombre de lits informatisés de la prescription jusqu'à la traçabilité de l'administration/nombre de lits total | BALISE | MCO-HAD-DIA-SSR-PSY |
| | 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 | BALISE | MCO |

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

| Obligations | Indicateurs | Taux cible | Type d'ES concernés |
|---|--|------------|---------------------|
| 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) : Nombre de patients priorités et bénéficiant d'une conciliation médicamenteuse d'entrée et/ou de sortie / Nombre de patients priorités hospitalisés | BALISE | MCO-HAD-DIA-SSR-PSY |
| Vigilance et bon usage des antibiotiques (ATB) | Taux de traitement de plus de 7 jours non justifiés (Q8) : 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 | BALISE | MCO-HAD-DIA-SSR-PSY |

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

| Obligations | Indicateurs | Taux cible | Type d'ES concernés |
|--|--|------------|---------------------|
| Promouvoir la prescription de médicaments dans le répertoire générique | Taux de prescription dans le répertoire des génériques pour les PHEV (Q9) : nombre de boîtes (en excluant le paracétamol du calcul) dans le répertoire des génériques en PHEV / nombre total de boîtes prescrites en PHEV | 50% | PUBLIC + ESPIC |
| Promouvoir la prescription de médicaments biosimilaires dans les classes autant que possible | Taux de prescription des biosimilaires (Q10) : 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> | > 75% | MCO-HAD-DIA-SSR-PSY |
| | Taux de prescription des biosimilaires (Q10prime) : 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> | > 75% | PUBLIC + ESPIC |
| Part d'achat de génériques et biosimilaires | Part d'achat de génériques (Q11) et biosimilaires (Q11prime) : Nombre d'UCD délivrées appartenant au répertoire des génériques / nombre d'UCD totales délivrées aux services de l'établissement de santé | BALISE | MCO-HAD-DIA-SSR-PSY |
| | 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 | BALISE | MCO-HAD-DIA-SSR-PSY |

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 | Type d'ES concernés |
|---|---|------------|---------------------|
| 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) : 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) | 3,3% | PUBLIC + ESPIC |
| | 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% | PUBLIC + ESPIC |
| | 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% | PUBLIC + ESPIC |

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

| Obligations | Indicateurs | Taux cible | Type d'ES concernés |
|--|---|------------|---------------------|
| 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) : 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 | BALISE | MCO-HAD |
| | Taux d'évolution des dépenses de produits et prestations inscrits sur la liste en sus (Q14) : 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 | BALISE | MCO |
| | 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 | < 15% | MCO-HAD |

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 dans l'année prévue. Ce taux pourra être modulé en fonction de la situation de l'établissement.

ANNEXE 2 : liste des indicateurs fixés au niveau régional en 2021 pour le volet obligatoire produits de santé en région PACA

CAQES 2021 - indicateurs régionaux -

Art. 10 : obligations et indicateurs complémentaires définis entre les parties

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

| Obligations | Indicateurs régionaux | Taux cible | Type d'E.S. concernés |
|--|---|------------|-----------------------|
| Mise en œuvre du management de la qualité de la PEC médicamenteuse : obligation de déclarations des EIGS | Nombre d'EIGS relatifs aux produits de santé déclaré à l'ARS (Q16) : | Balise | MCO-HAD-DIA-SSR-PSY |
| | Nombre d'EIGS relatifs à l'identitovigilance déclaré à l'ARS (Q17) : | Balise | MCO-HAD-DIA-SSR-PSY |
| Mise en œuvre de l'informatisation et de la traçabilité, notamment au travers de la dispensation à délivrance nominative (DDN) de la prise en charge thérapeutique du patient jusqu'à l'administration du médicament <small>*La délivrance est dite nominative lorsque, après analyse de l'ordonnance d'un patient, les médicaments sont délivrés pour ce patient, prise par prise et pour des durées variant de un à plusieurs jours</small> | Nombre de lits et places bénéficiant de la DDN* (hors urgence) : <small>Décrire précisément dans la colonne "commentaires" votre méthodologie de calcul (ex : formes concernées, types de lits concernés, services concernés...)</small> | | MCO-HAD-DIA-SSR-PSY |
| | Nombre de lits et places total de l'établissement : | | |
| | Taux de DDN (hors urgence) (Q18) : | Balise | |

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

| Obligations | Indicateurs régionaux | Taux cible | Type d'E.S. concernés |
|---|--|------------|-----------------------|
| Mise en œuvre d'un plan de déploiement de la pharmacie clinique intégrée à la politique de management de la prise en charge médicamenteuse et de la conciliation médicamenteuse | Nombre de lignes de prescriptions validées par le pharmacien avant délivrance | | MCO-HAD-DIA-SSR-PSY |
| | Nombre total de lignes de prescriptions validées par le pharmacien | | |
| Vigilance et bon usage des antibiotiques | Taux de prescriptions validées par le pharmacien avant délivrance (Q19) : | Balise | MCO-HAD-SSR-PSY |
| | Consommation totale d'antibiotiques en DDJ pour 1000 journées (année 2019) : | | |
| | Consommation totale d'antibiotiques en DDJ pour 1000 journées (année 2020) : | | |
| | Taux d'évolution de la consommation totale d'antibiotiques en DDJ pour 1000 journées (2020/2019) (Q20) : | ≤ 0% | |
| | Consommation totale de carbapenemes en DDJ pour 1000 journées (année 2019) : | | |
| Consommation totale de carbapenemes en DDJ pour 1000 journées (année 2020) : | | | |
| Taux d'évolution de la consommation totale de carbapenemes en DDJ pour 1000 journées (2020/2019) (Q21) : | ≤ 0% | | |

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 régionaux | Taux cible | Type d'E.S. concernés |
|--|---|------------|-----------------------|
| Mise en œuvre de 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 | Nombre de lignes prescrites en DCI (en intra-hospitalier et hors biosimilaires) : | | MCO-HAD-DIA-SSR-PSY |
| | Nombre total de lignes prescrites (en intra-hospitalier et hors biosimilaires) : | | |
| | Taux de prescription en DCI (en intra-hospitalier et hors biosimilaires) (Q22) : | 100% | |
| | Taux de prescription en DCI (en PHEV et hors biosimilaires) (Q23) : | 100% | |

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 régionaux | Taux cible | Type d'E.S. concernés |
|--|---|------------|-----------------------|
| Suivi des dépenses des médicaments et DMI de la liste en sus (LES) | Taux de prescription des dispositifs médicaux implantables (DMI) de la liste en sus comportant l'indication (Q24) : | 100% | MCO |
| | Taux de prescription hors AMM (I999999) des molécules onéreuses (MO) de la liste en sus (Q25) : <small>*dépenses T2A remboursées pour des molécules avec code LES 1999999 / total dépenses remboursées T2A (source e-PMSI, tableau 1.V2.VMED)</small> | < 15% | MCO-HAD |
| | Taux de fiches justificatives de prescriptions de MO hors AMM complètes et transmises à l'OMéDIT dans les délais (Q26) : <small>*correspond aux fiches justificatives cancéro et hors cancéro transmises en accompagnement des déclarations T1 T2 T3 T4, pour le hors AMM déclaré. Critères qualité : indication explicite, références bibliographiques, date RCP...</small> | 100% | MCO-HAD |

L'établissement s'engage à répondre dans les délais à toute demande et/ou enquête concernant les produits de santé, demandée ou relayée par l'OMEDIT.

| Obligations | Indicateurs régionaux | Taux cible | Type d'E.S. concernés |
|--|--|------------|-----------------------|
| Suivi des réponses, dans les délais impartis, aux demandes et enquêtes de l'OMEDIT (Q27) | Suivi trimestriel des MO (x4) | 100% | MCO-HAD-DIA |
| | Bilans financiers (x2) | 100% | MCO-HAD-DIA |
| | Enquête ATH 2021 "achat et consommation médicaments à l'hôpital" | 100% | MCO-HAD-DIA-SSR-PSY |
| | Autres enquêtes / études (DGOS, DSS, HAS, ARS, OMEDIT...) | 100% | MCO-HAD-DIA-SSR-PSY |

BALISE = considerer 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.

Fait à Marseille, le 31 décembre 2020

Pour l'Agence Régionale de Santé

Pour l'organisme local d'Assurance Maladie concerné

Pour l'établissement de santé

DATE :

NOM ET PRENOM DU REPRESENTANT LEGAL DE L'ETABLISSEMENT :

SIGNATURE DU REPRESENTANT LEGAL DE L'ETABLISSEMENT :

DATE :

SIGNATURE DU REPRESENTANT DE L'ORGANISME LOCAL DE L'ASSURANCE MALADIE :

DATE :

SIGNATURE DU DIRECTEUR GENERAL DE L'ARS :