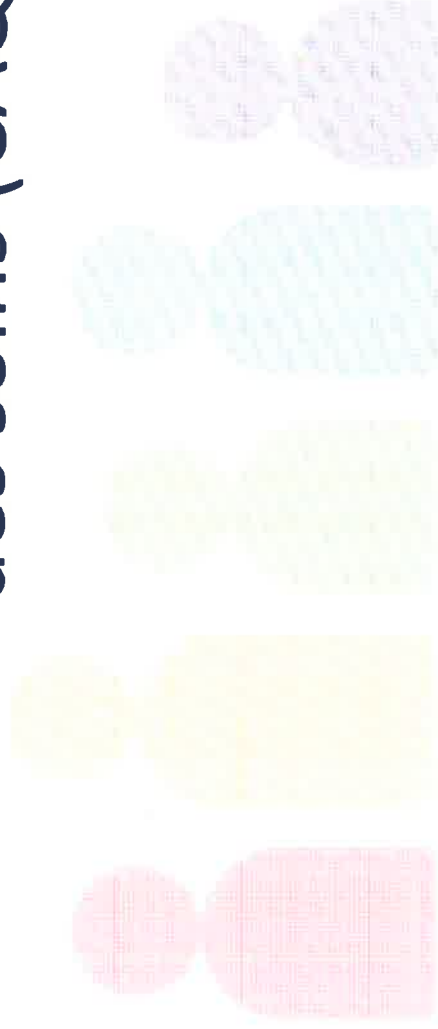




Liberté • Egalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE L'ACTION ET DES COMPTES PUBLICS
MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES)

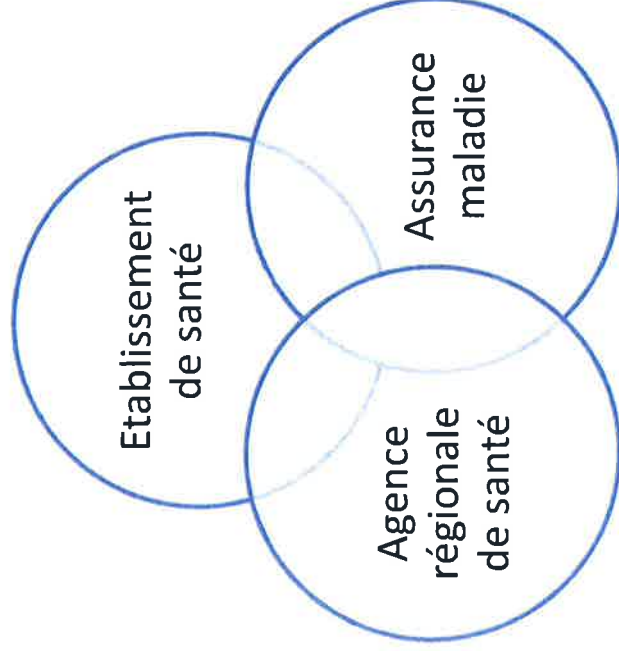


PRÉSENTATION GÉNÉRALE



Le CAQES

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



... remplace les contrats existants :

- ✓ Produits de santé
 - CBU
 - CAQOS PHEV
 - Liste en sus
- ✓ CAQOS transports
- ✓ Pertinence
- ✓ qualité



Objectifs du contrat

3 objectifs principaux :

1. fusionner en un **support unique** l'ensemble les dispositifs contractuels existants entre les établissements de santé, les agences régionales de santé (ARS) et l'assurance maladie
2. **harmoniser et simplifier** les procédures existantes pour que les établissements de santé adoptent une politique globale d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins
3. permettre une **mobilisation plus efficace des outils contractuels** d'amélioration de la qualité des soins et de régulation des dépenses



Approche globale concertée

- ✓ élaboration d'un **diagnostic partagé** de la situation de l'établissement
- ✓ **engagement des actions** considérées comme prioritaires par le niveau national (ex: liste des indicateurs type) et par le niveau régional
- ✓ repérage des **atypies** des établissements
- ✓ **priorisation des actions** à mettre en œuvre en cohérence avec les objectifs à atteindre par les établissements



Articulation avec les anciens contrats

1^{er} janvier 2018 : entrée en vigueur du CAQES

- les anciens contrats deviennent caducs au 31 décembre 2017
- tous les volets socles doivent être signés avant le 31/12 pour une application au 1^{er} janvier

A noter : pour l'année 2018, le contrat pourra éventuellement être signé après le 1^{er} janvier avec une application rétroactive si toutes les parties en conviennent.

- Il est recommandé d'évaluer en 2018 les contrats en cours en 2017 afin d'accompagner afin d'assurer une cohérence entre les actions mises en œuvre antérieurement et celles inscrites dans le CAQES



Architecture du contrat

Volet socle obligatoire

- ✓ Produits et prestations de santé :
 - Qualité et sécurité des soins et de la délivrance et administration des produits de santé
 - Promotion des bio similaires et génériques
 - Maîtrise et suivi de la liste en sus
 - Maîtrise des PHEV
- ✓ Pertinence des prestations, actes et prescriptions hospitalières
- ✓ Transports sanitaires
- ✓ Amélioration des pratiques en établissement de santé (qualité)

Volets additionnels sur ciblage



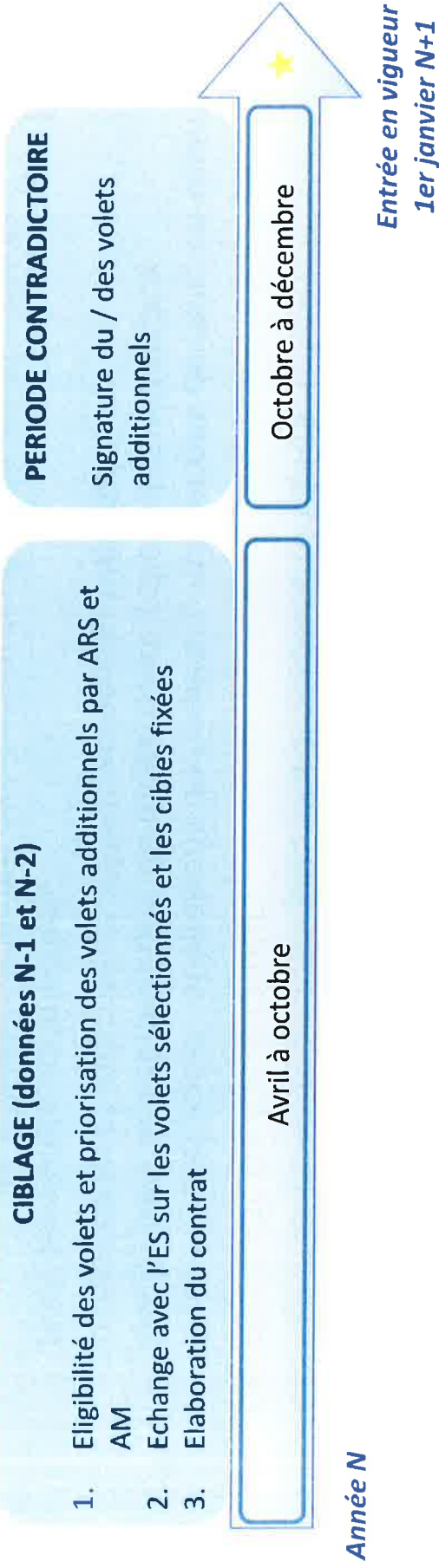
Le contrat s'applique à tous les établissements de santé quelle que soit l'activité : MCO (yc HAD et dialyse), SSR, PSY et USLD

Contractualisation

- ✓ Pour tous sur le volet socle en adaptant les indicateurs obligatoires et optionnels
- ✓ Priorisation des objectifs régionaux
- ✓ Elaboration des diagnostics établissements et priorisation des axes de travail (choix des volets additionnels notamment)
- ✓ Contrat type proposé et adapté aux spécificités des régions et des établissements
 - Ciblage des établissements sur les volets additionnels
 - Plan d’actions assorti d’indicateurs



Contractualisation- calendrier indicatif



Plan d'action et indicateurs

Un plan d'action assorti d'indicateurs est défini pour chaque volet du contrat

- ✓ Construit au **niveau régional**
- ✓ **Adapté** à chaque établissement en fonction de ses objectifs
- ✓ Comprend les **obligations** des établissements et les **indicateurs** permettant de les évaluer
 - Pour le volet socle : obligations de résultats, obligations de mise en œuvre, obligations de mobilisation de moyens) et indicateurs nationaux obligatoires et indicateurs définis au niveau régional
 - Pour les volets additionnels :
 - des obligations de résultat dont le niveau de réalisation sera à l'origine du déclenchement de l'intéressement ou de la sanction
 - des obligations complémentaires qui permettront de pondérer le niveau d'intéressement ou de sanction
- ✓ Actualisation annuelle par avenant si nécessaire



Liste des indicateurs nationaux (1)

Art. 10-1 : amélioration et sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient et du circuit des produits et prestations	
Obligations	Indicateurs
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	<p>Taux de prescriptions de sortie informatisées y compris consultations externes : nombre de prescriptions de sortie informatisées / nombre total de lignes-de prescriptions de sortie</p> <p>- 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.</p> <p>- Nombre d'unités de soins utilisant un LAP certifié / nombre total d'unités de soins de l'établissement</p>
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	<p>Taux de prescriptions incluant le numéro RPPS du prescripteur et le numéro FINESS de l'établissement : - nombre d'ordonnances de sortie délivrées précisant le numéro FINESS et RPPS / nombre total d'ordonnances de sortie</p> <p>-nombre d'ordonnances intra-hospitalières précisant le numéro RPPS / nombre total d'ordonnances intra-hospitalières</p>
Information 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	<p>Traçabilité des médicaments : -Nombre de lits informatisés de la prescription jusqu'à la traçabilité de l'administration/nombre de lits total</p> <p>Traçabilité des DMI : - nombre d'unités de DMI dont l'implantation est informatiquement tracée/ nombre total d'unités de DMI implantées - Déploiement de la classification CLADIMED @ : nbre d'unités de DMI stockées enregistrées selon la classification CLADIMED dans l'établissement / nombre d'unités de DMI stockées dans l'établissement</p>
Art. 10-2: développement des pratiques pluridisciplinaires et en réseau	
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	<p>Déploiement de la conciliation médicamenteuse chez les patients priorités sur la base d'une analyse des risques : Nombre de patients priorités et bénéficiant d'une conciliation médicamenteuse d'entrée et/ou de sortie / Nombre de patients priorités hospitalisés</p>
Vigilance et bon usage des antibiotiques	<p>Progression des indicateurs PROPIAS quantitatifs (axe 2 et axe 3), locaux et de recueil annuel pour les ES.</p>

Liste des indicateurs nationaux (2)

Art. 10-3: Engagements relatifs aux prescriptions de médicaments dans le répertoire générique et biosimilaires	
Promouvoir la prescription de médicaments dans le répertoire générique	<p>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</p>
Promouvoir la prescription de médicaments biosimilaires dans les classes autant que possible	<p>- Taux de prescription des biosimilaires : 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</p> <p>Ce taux est calculé séparément pour les médicaments des classes suivantes : EPO, anti TNF, insuline glargine, G-CSF</p> <p>- Taux de prescription des biosimilaires : 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</p> <p>Ce taux est calculé séparément pour les médicaments des classes suivantes : EPO, anti TNF, insuline glargine, G-CSF</p>
Part d'achat de génériques et bio similaires	<p>Part d'achat de génériques et biosimilaires :</p> <p>- Nombre d'UCD délivrées appartenant au répertoire des génériques / nombre d'UCD totales délivrées aux services de l'établissement de santé</p> <p>- 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</p>

Liste des indicateurs nationaux (3)

<p>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</p>	<p>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</p>	<p>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 / montant des dépenses remboursées de l'année précédant celle de l'évaluation - 1</p> <p>hors rétrocession et hépatite C</p>
<p>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</p>	<p>Suivi des dépenses des médicaments et DMI de la liste en sus</p>	<p>Taux d'évolution des dépenses de médicaments inscrits sur la liste en sus : 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</p> <p>Taux d'évolution des dépenses de produits et prestations inscrits sur la liste en sus : 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</p> <p>Taux de prescriptions hors référentiels (RTU, AMM) pour les médicaments et produits et prestations de la liste en sus : nombre d'initiation de traitement (patients) hors référentiel / nombre d'initiation de traitement (patients) total</p>

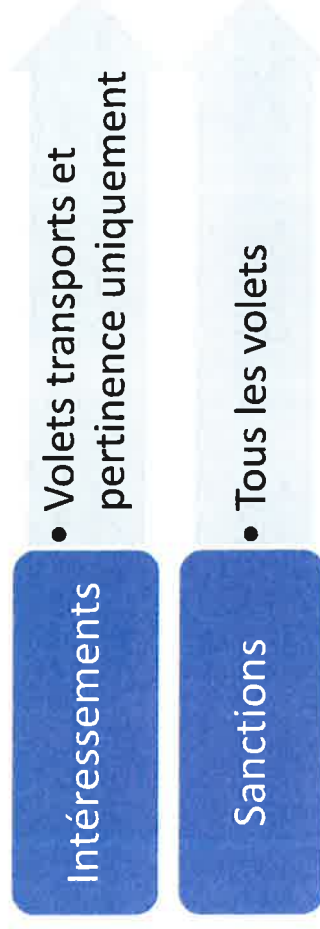
Evaluation annuelle

- ✓ **Evaluation annuelle** globale
 - contrat socle relatif aux produits de santé : évaluation sur l'ensemble des obligations de ce volet
 - volets additionnels :
 - Un objectif principal quantifiable par volet dont la réalisation ou non déclenche des intéressements ou sanctions
 - Un ou des objectifs complémentaires permettant de moduler le montant de l'intéressement ou de la sanction
- ✓ Support d'évaluation en annexe du contrat type : **grille d'évaluation**
- ➔ Evaluation réalisée dans une **logique de dialogue** entre les parties (l'établissement s'autoévalue également)



Intéressements et sanctions

- ✓ Sur décision du directeur général de l'ARS après avis de l'assurance maladie
- ✓ Notification à l'établissement de la somme des intéressements ou sanctions (notification sur le résultat net)



A noter : le DGARS dispose d'un pouvoir de modulation de la sanction au regard de la situation de l'établissement et au vu du niveau de réalisation des obligations inscrites aux contrats.



Types de sanctions

