

CONTRAT D'AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE L'EFFICIENCE DES SOINS (CAQES)

Entre les soussignés :

L'agence régionale de santé de Corse
ARS CORSE

Route Saint-Joseph, 20700 Ajaccio

Représentée par : Monsieur Gilles BARSACQ, 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 :

Préambule

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 rassemble l'ensemble des dispositifs contractuels ayant pour objectif de garantir un juste recours à des soins de qualité au sein d'un contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins.

Ce dispositif contractuel est complémentaire à celui du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements sur lequel repose la structuration de l'offre de soins, les missions des établissements de santé et l'allocation budgétaire correspondante.

Ce contrat constitue le support d'un dialogue de gestion annuel entre l'établissement, l'agence régionale de santé et l'organisme local d'assurance maladie et s'inscrit dans une démarche globale de recherche de qualité, d'efficacité et de régulation de l'offre de soins. Il permet, sur la base d'un constat partagé, d'établir une feuille de route unique relative à l'amélioration des pratiques dans tous les domaines où des marges de progrès significatives existent.

La signature du présent contrat a pour objet d'impliquer les établissements à concourir à la mise en œuvre des thèmes qui les concernent, conformément aux référentiels nationaux et aux orientations régionales et nationales d'amélioration de la qualité, de la sécurité, de la pertinence et de l'efficacité des soins.

Ce contrat comporte un volet obligatoire relatif au bon usage des médicaments, des produits et des prestations et, le cas échéant en fonction de ce qui a été convenu dans le cadre du dialogue annuel avec l'établissement et du plan pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficacité du système de soin incluant le plan régional d'amélioration de la pertinence des soins, un ou plusieurs volets additionnels. Ces volets additionnels sont conclus avec les établissements identifiés en application de ce plan ou en raison du non-respect, par professionnels y exerçant, pour certains actes, prestations ou prescriptions, d'un ou plusieurs référentiels de qualité, de sécurité des soins ou des taux d'évolution des dépenses d'assurance maladie mentionnés à l'article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale.

Le présent contrat est applicable à l'ensemble des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale (MCO y compris HAD et dialyse, SSR, PSY). Toutefois, à titre exceptionnel, lorsque les dispositions ne peuvent pas trouver à s'appliquer en raison du type d'activité exercé (exemple: établissements psychiatriques qui n'ont donc pas de liste en sus au sens de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale), elles ne sont pas opposables.

CHAPITRE I

Conditions générales d'application

Les clauses énumérées au chapitre I sont applicables à l'ensemble des volets du contrat.

Article 1er : objet du contrat

Le contrat a pour objet de définir les engagements de l'établissement de santé et les professionnels qui y exercent compte tenu des objectifs d'amélioration de la qualité, de la sécurité et 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.

Article 2 : durée du contrat

Le présent contrat est signé pour une durée indéterminée et entre en vigueur au 1er janvier suivant la date de signature.

Si le contrat comporte un ou plusieurs volets additionnels, ils sont conclus pour une durée maximale de cinq ans et entrent en vigueur au 1er janvier suivant la date de leur signature.

Tout avenant au présent contrat entre également en vigueur au 1er janvier suivant sa date de signature.

Article 3 : obligations générales des parties

L'établissement s'engage à :

- respecter l'ensemble des obligations et mettre en œuvre les moyens nécessaires au respect des objectifs fixés dans chaque volet du contrat et à en assurer la diffusion auprès des professionnels exerçant en son sein et intervenant dans la prise en charge des patients ;
- mettre en œuvre les plans d'actions figurant dans chaque volet du contrat et en assurer un suivi et une évaluation régulière ;
- prendre connaissance du plan pluriannuel régional de gestion du risque et de l'efficacité du système de soins (PPRGDRESS) et du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) et à en assurer la diffusion auprès des professionnels exerçant en son sein et intervenant dans la prise en charge des patients ;
- communiquer en interne et auprès des usagers sur le contenu du contrat, le plan d'actions défini et les résultats attendus et mettre en place un dispositif de suivi ;
- mettre à disposition des professionnels de santé exerçant en son sein les référentiels applicables et actualisés, les données nécessaires au diagnostic, au suivi et à l'évaluation de la pertinence des prises en charge ;
- promouvoir les démarches collectives d'évaluation et d'amélioration de la pertinence des actes, prestations et prescriptions ;
- favoriser les échanges interprofessionnels et interdisciplinaires ;
- s'assurer que les prescriptions réalisées par ses professionnels contiennent obligatoirement : 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 code de la sécurité sociale ;
- communiquer à l'agence régionale de santé et à l'organisme local d'assurance maladie un rapport annuel d'évaluation du contrat ainsi que les éléments leur permettant d'apprécier l'atteinte des objectifs ;

- désigner un interlocuteur privilégié pour chaque volet concerné ;
- signaler à l'agence régionale de santé et à l'organisme local d'assurance maladie tout changement relatif à sa situation.

L'agence régionale de santé et l'organisme local d'assurance maladie s'engagent, chacun en ce qui le concerne, à :

- identifier un ou plusieurs référents pour accompagner l'établissement dans sa démarche d'amélioration et de suivi de ses objectifs ;
- transmettre à l'établissement une fiche récapitulant l'ensemble des données qui lui seront transmises dans le cadre du suivi du contrat et le calendrier prévisionnel de diffusion de ces éléments et des points d'étapes qui seront réalisés, les objectifs, notamment les taux cibles régionaux d'évolution des dépenses d'assurance maladie quand ils existent ;
- réaliser une évaluation annuelle de l'atteinte des objectifs de ce contrat et procéder à un dialogue partagé afin d'envisager les perspectives d'actions, sur la base d'un rapport d'évaluation ;
- mettre en place des réunions d'information et de sensibilisation des professionnels de santé exerçant dans l'établissement.

Article 4 : sources des données utilisées

Pour la fixation des objectifs à atteindre et leur évaluation, sont notamment utilisées les données mentionnées à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique et celles transmises à l'État par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

Article 5 : évaluation

Conformément à l'article L. 162-30-4 du code de la sécurité sociale, le contrat fait l'objet d'une évaluation annuelle par les parties sur la base des indicateurs et obligations fixés dans chaque volet consolidé. Elle donne lieu à un rapport d'évaluation.

L'établissement se dote d'un dispositif de suivi et d'audit interne lui permettant de s'assurer de l'application des engagements souscrits. Ce dispositif et l'évaluation qui en est faite permettent d'alimenter un rapport annuel d'autoévaluation.

Article 6 : intéressement et sanctions

Chaque volet du contrat fait l'objet d'une évaluation.

Pour le volet obligatoire, l'évaluation porte sur l'ensemble des obligations fixées au contrat et en particulier, sur la réalisation du plan d'action et de l'atteinte des cibles qui y sont fixées. Cette évaluation peut conduire à l'application des sanctions dans les conditions définies à l'article D. 162-16 du code de la sécurité sociale.

Pour chacun des volets additionnels, il est prévu une obligation de résultat qui, si elle est respectée peut conduire à la notification d'un intéressement lorsqu'il est prévu par le volet.

Si cette obligation n'est pas respectée, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, dans les conditions définies à l'article D. 162-16 du code de la sécurité sociale et après avis de l'organisme local d'assurance maladie, prononcer une sanction financière, la réduction du taux de prise en charge des produits de la liste en sus ou engager une procédure de mise sous accord préalable, selon les modalités fixées dans chaque volet. Ces sanctions ou le cas échéant,

intéressements sont pondérés par le niveau de réalisation des obligations complémentaires éventuellement fixées.

A l'issue de cette évaluation, il est procédé à la somme des sanctions et intéressements. Ce montant est ensuite notifié à l'établissement dans les conditions fixées au même article.

Article 7 : révision du contrat

Dans le cadre de l'évaluation annuelle de la situation de l'établissement de santé, en cas de modifications des orientations ou référentiels nationaux ou en cas de modification substantielle de la situation de l'établissement de santé, il peut être procédé à une révision du contrat par voie d'avenant dans les mêmes conditions que le contrat initial.

En outre, chacune des parties peut demander, en accord avec les autres parties signataires, une révision du présent contrat par voie d'avenant.

L'avenant est proposé et approuvé dans les mêmes formes que le contrat.

Article 8: résiliation d'un volet du contrat

Si les parties signataires décident d'un commun accord de mettre fin à l'un des volets additionnels du contrat, le directeur de l'agence régionale de santé et le représentant de l'organisme local d'assurance maladie signent avec l'établissement de santé un avenant de résiliation dont la date d'effet est fixée au 31 décembre de l'année en cours.

Article 9 : voies de recours

En cas de contestation de la sanction, de son montant ou du montant de l'intéressement, l'établissement de santé peut saisir le tribunal administratif dans le ressort duquel l'autorité qui a pris la décision attaquée a légalement son siège, par lettre recommandée dans le délai de 2 mois à compter de la réception de la notification de la décision contestée.

En cas de contestation des modalités de recouvrement, l'établissement peut saisir dans le même délai et la même forme le tribunal des affaires de sécurité sociale.

CHAPITRE II

Volet obligatoire relatif au bon usage des médicaments, des produits et des prestations

Article 10: obligations générales de l'établissement

L'établissement s'engage à améliorer et à sécuriser le circuit du médicament et des produits et prestations (LPP), à favoriser et à garantir le respect des référentiels de bon usage des médicaments, dispositifs médicaux et prestations.

Il s'engage également à mettre en œuvre l'ensemble des moyens nécessaires à la promotion de la prescription des produits génériques ou biosimilaires et au respect des taux d'évolution des dépenses résultant des prescriptions des produits de santé inscrits sur les listes mentionnés aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 du code de la sécurité sociale et de ceux prescrits à l'hôpital et remboursés sur l'enveloppe soins de ville.

Il s'engage à mettre en œuvre une politique de qualité de la prise en charge médicamenteuse et de lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse. A cette fin, il élabore notamment un système de management de la qualité qui s'inscrit dans la politique d'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.

Figurent à l'annexe 1 ci-jointe les objectifs de réalisation pour chacun des engagements souscrits. Ils sont accompagnés d'indicateurs de suivi et/ou de résultats et d'un échéancier de mise en œuvre.

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

L'établissement, dans le respect des référentiels de bonnes pratiques existants, souscrit à des engagements relatifs aux médicaments et aux produits et prestations qui prennent la forme d'un plan d'actions pluriannuel devant porter notamment sur les points suivants :

- le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse ;
- la prescription en dénomination commune internationale (DCI) ;
- la traçabilité depuis la prescription jusqu'à l'administration des médicaments ou jusqu'à l'utilisation pour les dispositifs médicaux au travers de l'informatisation du parcours patient ;
- l'informatisation et la traçabilité, notamment au travers de la dispensation à délivrance nominative 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 code de la sécurité sociale, de la prescription jusqu'à l'implantation du dispositif médical ;
- l'utilisation des logiciels d'aide à la prescription pour toutes les prescriptions de médicaments par les praticiens 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 ;

Article 10-2 : développement des pratiques pluridisciplinaires ou en réseau

L'établissement s'engage à développer des pratiques pluridisciplinaires tant au niveau interne qu'au niveau territorial et régional en vue de garantir la continuité de la prise en charge thérapeutique du patient tout au long de son parcours de soins.

Il conçoit et met en œuvre 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.

Il met également en œuvre un plan de vigilance et de bon usage des antibiotiques.

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

L'établissement s'engage à mettre en place des actions visant à :

- promouvoir la prescription de médicaments dans le répertoire générique ;
- promouvoir la prescription de médicaments biosimilaires dans les classes autant que possible ;
- mettre en œuvre les moyens nécessaires à la maîtrise de l'évolution de la part des dépenses de médicaments génériques et biosimilaires.

Article 10-4 : engagements relatifs aux médicaments et de la liste des produits et prestations prescrits en établissement de santé et remboursés sur l'enveloppe de soins de ville

L'établissement doit 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 prescriptions effectuées en établissements de santé de médicament et de la liste des produits et prestation remboursés sur l'enveloppe de soins de ville, fixé par l'arrêté mentionné à l'article L. 162-30-3.

Article 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 à l'article 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

Pour les spécialités pharmaceutiques et les produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, l'établissement met notamment en œuvre les engagements suivants :

- respecter les taux d'évolution des dépenses des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale ;
- respecter les taux d'évolution des dépenses des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale ;

- garantir une utilisation des produits conforme aux indications de l'autorisation de mise sur le marché, sous réserve des restrictions de prise en charge apportées le cas échéant par les arrêtés d'inscription des produits sur les listes, aux conditions de prise en charge prévues par la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pour les produits et prestations, le cas échéant aux recommandations temporaires d'utilisation mentionnée à l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique ou pour les produits et prestations. A défaut, et par exception en l'absence d'alternative pour le patient, lorsque le prescripteur ne se conforme pas aux dispositions précédentes, il porte au dossier médical l'argumentation qui l'a conduit à prescrire, en faisant référence aux travaux des sociétés savantes ou aux publications des revues internationales à comité de lecture.
- assurer le suivi par service, par UCD et par prescripteur des prescriptions hors référentiels (hors AMM, hors RTU) en colligeant l'argumentation qui a conduit à prescrire.

Article 10-6 : évaluation

Une information portant sur l'analyse des prescriptions et de leur évolution est présentée chaque semestre à la commission ou à la conférence définie à l'article R. 6111-10 du code de la santé publique et adressé à l'observatoire mentionné à l'article D.162-9 du code de la sécurité sociale, directeur de l'ARS ainsi qu'à l'organisme local d'assurance maladie.

Une évaluation annuelle de l'ensemble des obligations du volet socle et les obligations générales du contrat ci-dessus permettront de déterminer leur niveau d'atteinte et de déclencher, le cas échéant, le mécanisme de sanction.

En cas de non atteinte des objectifs fixés, l'établissement est passible :

- d'une sanction financière correspondant à un montant maximum de 1% des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos.
- ou**
- d'une diminution de la part prise en charge par l'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale dans la limite de 30 % et en tenant compte de ces manquements.

Ce contrat est composé de :

- Un socle commun avec les indicateurs nationaux et obligations générales de l'établissement (annexe 1)
- Des indicateurs régionaux (annexe 2)
- Un plan d'action type (annexe 3)
- Selon les établissements, des volets additionnels relatifs à :
 - l'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les transports
 - la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé
 - l'amélioration des pratiques en établissement de santé (CAPES)

ANNEXE 1 : liste des indicateurs fixés au niveau national 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) : Nombre de lignes de prescriptions de sortie informatisées / nombre total de prescriptions de sortie	BALISE
	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
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
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
	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) : Nombre de patients priorités et bénéficiant d'une conciliation médicamenteuse d'entrée et/ou de sortie / Nombre de patients priorités hospitalisés	BALISE
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
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) : nombre de boîtes (en excluant le paracétamol du calcul) dans le répertoire des génériques en PHEV / nombre total de boîtes prescrites en PHEV	45,5%
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>	BALISE
	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>	BALISE
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 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
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 d'évolution des dépenses de médicaments et produits et prestations prescrits en établissements de santé et remboursés sur l'enveloppe de soin de ville (Q12) : Montant des dépenses remboursées de l'année évaluée / montant des dépenses remboursées de l'année précédant celle de l'évaluation - 1 <i>hors rétrocession et hépatite C</i>	5,1%
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) : 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	3,8%
	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	6,7%
	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 = 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. 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.		

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

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
Mise en œuvre du management de la qualité de la PEC médicamenteuse : obligation de déclarations des EIGS	Nombre d'EIG relatifs aux produits de santé déclaré à l'ARS (Q16) : Nombre d'EIG relatifs à l'identitovigilance déclaré à l'ARS (Q17) :	BALISE
		BALISE
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 et pour le circuit des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, de la prescription jusqu'à l'implantation du dispositif médical	Taux de DDN (hors urgence) (Q18) : Nombre de lits et places bénéficiant de la DDN* (hors urgence) / nombre de lits et places total <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>	BALISE
Art. 10-2 : développement des pratiques pluridisciplinaires et en réseau		
Obligations	Indicateurs régionaux	Taux cible
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	Taux de prescriptions validées par le pharmacien avant délivrance (Q19) : Nombre de lignes de prescriptions validées par le pharmacien avant délivrance / Nombre total de lignes de prescriptions validées par le pharmacien.	BALISE
Vigilance et bon usage des antibiotiques	Nombre de lignes de prescriptions de carbapénèmes (en intra-hospitalier) (Q20) :	BALISE
	Nombre de lignes de prescriptions de carbapénèmes (en PHEV) (Q21) :	BALISE
	Consommation totale d'antibiotiques en DDJ pour 1000 journées (PROPIAS) (Q22) :	BALISE
Art. 10-3 : engagements relatifs aux prescriptions de médicaments dans le répertoire générique et biosimilaires		
Obligations	Indicateurs régionaux	Taux cible
Promotion de la prescription de médicaments biosimilaires dans les classes autant que possible	Nombre de patients switchés sous biosimilaire (en intra-hospitalier) (Q23) : Nombre de patients switchés sous biosimilaire (en PHEV) (Q24) :	BALISE
		BALISE
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
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	Taux de prescription en DCI (en intra-hospitalier) (Q25) : Nombre de lignes prescrites en DCI / nombre total de lignes prescrites (en intra-hospitalier)	BALISE
	Taux de prescription en DCI (en PHEV) (Q26) : Nombre de lignes prescrites en DCI / nombre total de lignes prescrites (PHEV)	BALISE
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
Suivi des dépenses des médicaments et DMI de la liste en sus (LES)	Taux de prescription des molécules onéreuses (MO) de la liste en sus comportant l'indication (Q27) : Nombre de prescriptions des MO de la LES comportant l'indication / Nombre total de prescriptions des MO de la LES	BALISE
	Taux de prescription des dispositifs médicaux implantables (DMI) de la liste en sus comportant l'indication (Q28) : Nombre de prescriptions des DMI de la LES comportant l'indication / Nombre total de prescriptions des DMI de la LES	BALISE
L'établissement s'engage à répondre à toute enquête concernant les produits de santé, demandée ou relayée par l'OMEDIT.		OUI

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.

ANNEXE 3 (voir document joint) : plan d'actions annuel type rempli et signé par le représentant légal de l'établissement.

DATE :

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 :