



Direction de la sécurité sociale
Sous-direction du financement du
système de soins
Bureau des établissements de santé et
médico-sociaux (1A)

Aurélie OLIVIER

tél : 01 40 56 43 34

mél : aurelie.olivier@sante.gouv.fr

Alexandra ROELENS

tél : 01 40 56 46 15

mél : alexandra.roelens@sante.gouv.fr

Caisse nationale d'assurance maladie
des travailleurs salariés
Direction déléguée à la gestion et
à l'organisation des soins
Direction de l'offre de soins
Département de l'hospitalisation (DHOSPI)

Florence LALARDRIE

tél : 01 72 60 17 05

mél : florence.lalardrie@cnamts.fr

Typhaine MOGUEROU

tél : 01 72 60 23 93

mél : typhaine.moguerou@cnamts.fr

La ministre des solidarités et de la santé

Le ministre de l'action et des comptes publics,

Le Directeur Général de l'Union Nationale des
Caisses d'Assurance Maladie

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé (pour
application)

Mesdames et Messieurs les directeurs coordonnateurs régionaux de la gestion du risque (pour application)

Mesdames et Messieurs les directeurs des organismes locaux d'assurance maladie (pour application)

Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements de santé (pour application)

Mesdames et Messieurs les coordonnateurs des observatoires du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (pour application)

INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE 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

Date d'application : immédiate

NOR : SSAS1722173J

Classement thématique : Sécurité sociale

Validée par le CNP le 6 juillet 2017 - Visa CNP 2017-85

Publiée au BO : oui

Déposée sur le site circulaire.legifrance.gouv.fr : oui

Catégorie : mesures d'organisation des services retenues par le ministre pour la mise en œuvre des dispositions dont il s'agit.

Résumé : cette instruction précise les modalités d'application et de fonctionnement du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) créé par l'article 81 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016.

Mots-clés : établissements de santé, contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins

Textes de référence :

- Code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-30-2, L. 162-30-3 et L. 162-30-4 ;
- Code de la santé publique, notamment ses articles L. 6113-7 et L. 6113-8
- 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

Annexes :

Annexe 1 : Fiche explicative portant sur le volet obligatoire relatif au bon usage des médicaments, des produits et des prestations

Annexe 2 : Liste indicative d'indicateurs dédiés aux établissements HAD

Annexe 3 : Liste des indicateurs nationaux obligatoires et propositions d'indicateurs régionaux facultatifs

Annexe 4 : Fiche explicative portant sur le volet additionnel relatif à l'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les transports

Annexe 5 : Fiche explicative portant sur le volet additionnel relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé

Annexe 6 : Fiche explicative portant sur le volet additionnel relatif à l'amélioration des pratiques en établissement de santé

Diffusion : les ARS et le réseau de l'assurance maladie doivent être destinataires de cette instruction

Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES), créé par l'article 81 de la LFSS pour 2016, permet de fusionner en un support unique l'ensemble des dispositifs contractuels existants entre les établissements de santé, les agences régionales de santé (ARS) et l'assurance maladie. L'objectif est d'harmoniser et de simplifier les procédures existantes et de permettre une mobilisation plus efficiente des outils contractuels d'amélioration de la qualité des soins et de régulation des dépenses.

Ce contrat remplace, à partir du 1^{er} janvier 2018, les contrats d'objectifs existants portant sur les produits de santé (CBU¹, CAQOS² PHMEV-LPP³, liste en sus), les transports (CAQOS transports), la pertinence et la qualité des soins. Il prend la forme d'un contrat socle, obligatoire pour tous les établissements (regroupant notamment les dispositions des anciens CBU, CAQOS PHMEV-LPP et liste en sus) et de trois volets additionnels facultatifs portant sur la pertinence des soins, les transports et la qualité et la sécurité des soins.

Ce dispositif va permettre d'harmoniser les pratiques et donc d'apporter une meilleure lisibilité des objectifs et de faciliter la mise en œuvre de la contractualisation avec les établissements. Cependant, malgré l'existence d'un contrat-type, une grande marge d'adaptation des contrats est laissée à l'initiative des parties. En effet, chaque établissement signera un contrat qui reflète son activité, ses marges de progression et ses objectifs propres (d'une part, à travers des mécanismes de ciblage pour les volets additionnels et d'autre part, par le choix des indicateurs régionaux et l'élaboration des plans d'actions).

Des actions d'accompagnement et de communication seront menées conjointement avec l'appui du Ministère et de la CNAMTS afin de favoriser l'appropriation de ce nouveau contrat par les cosignataires.

¹ Contrat de Bon Usage des médicaments, produits et prestations

² Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Organisation des Soins

³ Prescriptions Hospitalières Exécutées en Ville

Lorsqu'un ou plusieurs établissements couverts par le présent contrat sont rattachés à un établissement de santé signataire d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) prévu à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique, ceci est mentionné dans le présent contrat et les parties signataires veillent à l'articulation et à la cohérence des engagements pris dans chacun des contrats. Le CAQES pourra comme toutes les conventions être annexé au CPOM à titre informatif.

I. Contenu du contrat

L'architecture du CAQES est construite autour de trois chapitres. Les chapitres I (*Conditions générales d'application*) et II (*Volet obligatoire relatif au bon usage des médicaments, des produits et des prestations*) constituent la partie dite « contrat socle » du contrat. Le chapitre III couvre les volets additionnels.

Le contrat socle, obligatoire, s'applique à l'ensemble des établissements de santé (MCO dont HAD et dialyse, SSR psychiatrie et USLD). Inspiré par l'ancien CBU, il a été amendé afin d'une part, de le recentrer sur les priorités affichées en matière de qualité et sécurité des soins et d'autre part, de le compléter avec de nouveaux objectifs d'efficience de la prescription (notamment relatifs aux prescriptions hospitalières exécutées en ville ou à la diffusion et à la promotion des génériques et biosimilaires).

Les volets additionnels peuvent être proposés aux établissements notamment au regard de référentiels nationaux de pertinence, de qualité, de sécurité des soins, ou de seuils, exprimés en taux, en volume ou en dépenses d'assurance maladie, sur certains actes, prestations ou prescriptions des établissements de santé ou des professionnels de santé y exerçant. À ce jour, les volets additionnels sont inspirés des contrats préexistants sur trois champs :

- le contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins sur les transports prescrits en établissement mais exécutés en ville (CAQOS transports), qui recouvre un aspect régulation de la dépense et qui est amendé afin de mieux appréhender et valoriser les actions mises en œuvre par les établissements ;
- le contrat « amélioration des pratiques », qui vise la sécurité des soins et repose sur le ciblage de trois risques (médicamenteux, infectieux, rupture de parcours) ;
- le contrat « pertinence », applicable sur le champ des prestations, actes et prescriptions hospitalières dont il a vocation à améliorer la pertinence et l'adéquation aux recommandations de bonnes pratiques.

Ce nouveau contrat a pour ambition de faciliter la concertation, entre les établissements de santé, les ARS et l'assurance maladie. Il s'inscrit dans une démarche globale d'amélioration de la qualité et de l'efficience de soins en leur offrant une meilleure visibilité sur l'ensemble de leurs marges de progression. En effet, cette approche concertée globale de l'activité des établissements va permettre la prise en compte des atypies des établissements et une priorisation des actions à mettre en œuvre en cohérence avec les objectifs à atteindre par ces derniers.

Outil de promotion de la qualité des soins et de l'efficience de la dépense, il permettra également de fédérer les différents acteurs autour d'un diagnostic partagé et d'engager ainsi

des actions considérées comme prioritaires, soit par le niveau national (liste des indicateurs-types notamment), soit par le niveau régional.

De plus, dans la mesure où ce contrat sera désormais conclu dans un calendrier annuel commun à celui de l'ONDAM, il permettra une meilleure adéquation entre les objectifs d'efficience de la dépense affichés lors de la construction des campagnes, et leur déclinaison auprès des établissements de santé.

Pour rappel, en vertu de l'article 81 précité, la contractualisation avec l'ensemble des établissements de santé doit être réalisée au plus tard le 31 décembre 2017. Toutefois, en raison de cet important flux, la contractualisation sur les volets additionnels pourra s'inscrire dans une démarche plus progressive. Ainsi, il pourra être envisagé, pour l'année 2018, de prioriser les actions sur les établissements les plus atypiques et/ou sur ceux déjà intégrés dans la démarche contractuelle (poursuite des CAQOS transports en cours repris dans le volet additionnel), et pour les autres de privilégier les mesures d'accompagnement que vous mettez d'ores et déjà en œuvre.

II. Modalités d'élaboration des contrats

Comme évoqué *supra*, les contrats se font sur la base d'un « contrat type », adapté à chaque établissement en fonction de ses spécificités, de ses objectifs, et des indicateurs retenus pour évaluer la réalisation de son plan d'actions. Le contrat détaille, dans son chapitre I « Conditions générales d'application » les modalités de contractualisation et les obligations générales des parties.

a. Procédure de contractualisation

i. Parties au contrat

Les parties au contrat sont le représentant légal de l'établissement de santé, le directeur général de l'ARS et le directeur de l'organisme local d'assurance maladie.

Pour rappel, le contrat est signé par le représentant légal de l'établissement. Dans tous les cas, l'entité responsable de la contractualisation est celle disposant d'une personnalité juridique. C'est elle qui se voit notifier les crédits dans le cadre des campagnes tarifaires et budgétaires⁴.

La contractualisation doit donc s'opérer au niveau de l'entité juridique seule à pouvoir engager la responsabilité de ses membres (ex. cas de la Croix Rouge ou de l'UGECAM). Toutefois, il est recommandé que la négociation du contrat se fasse au niveau local, en particulier lorsque l'établissement dispose de plusieurs entités géographiques.

Pour les établissements membres d'un GHT, et dans le cadre de leur montée en charge, il conviendra tout particulièrement de veiller à ce que les contrats soient préparés et négociés de façon coordonnée, notamment dans le cadre de fonctions mutualisées telles que les PUI.

⁴ S'agissant des établissements privés lucratifs, c'est généralement l'entité géographique qui dispose de la personnalité juridique. Les contrats seront donc signés à ce niveau, contrairement aux établissements de santé publics ou ESPIC (ex-DG en particulier), pour lesquels la personnalité juridique est détenue par l'entité juridique.

La conférence médicale d'établissement ou la commission médicale d'établissement est associée à la procédure de contractualisation au sein de l'établissement de santé. La commission des usagers (CDU) peut également être associée à la procédure de contractualisation au sein de l'établissement de santé.

Pour l'Assurance Maladie, le directeur coordonnateur régional de la gestion du risque (DCGDR) est chargé de la coordination et de l'animation du réseau en vue de la participation des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) à la contractualisation, en lien avec l'ARS. Il s'assure de la bonne articulation avec les caisses des autres régimes. Il veille en outre à ce que la direction régionale du service médical de l'Assurance maladie (DRSM) soit associée aux échanges ou, *a minima*, informée des contrats passés avec les établissements de santé de son territoire (afin notamment d'inscrire ce nouveau dispositif dans la continuité des actions mises en œuvre antérieurement).

A noter que les caisses de la Mutualité sociale agricole peuvent en tant qu'organisme local d'assurance maladie signer ces contrats ; elles sont alors intégrées au dispositif. Dans ce cas, le service du contrôle médical de la MSA contractante doit être associé aux échanges. En tout état de cause, les caisses de la MSA doivent *a minima*, être informées des contrats passés avec les établissements de santé de leur territoire et informer les CPAM compétentes des contrats qu'elles concluent.

Cas particulier des établissements du service de santé des armées (SSA)

Dans le cadre du renforcement de la coopération entre le SSA et le service public de santé, qui passe notamment par une nouvelle approche de la relation des hôpitaux d'instruction des armées (HIA) avec leurs ARS, les HIA vont expérimenter cette démarche CAQES, uniquement sur le volet obligatoire, en 2018. Le contrat sera alors signé entre l'HIA, l'ARS et la caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS), caisse pivot du SSA.

L'évaluation se fera sur la base des indicateurs nationaux et régionaux définis pour le volet obligatoire du CAQES. Par ailleurs, une synthèse des indicateurs nationaux des 8 HIA (qui ne disposent pas de personnalité morale propre) sera réalisée par la direction centrale du SSA.

ii. Déroulé des échanges et de la contractualisation

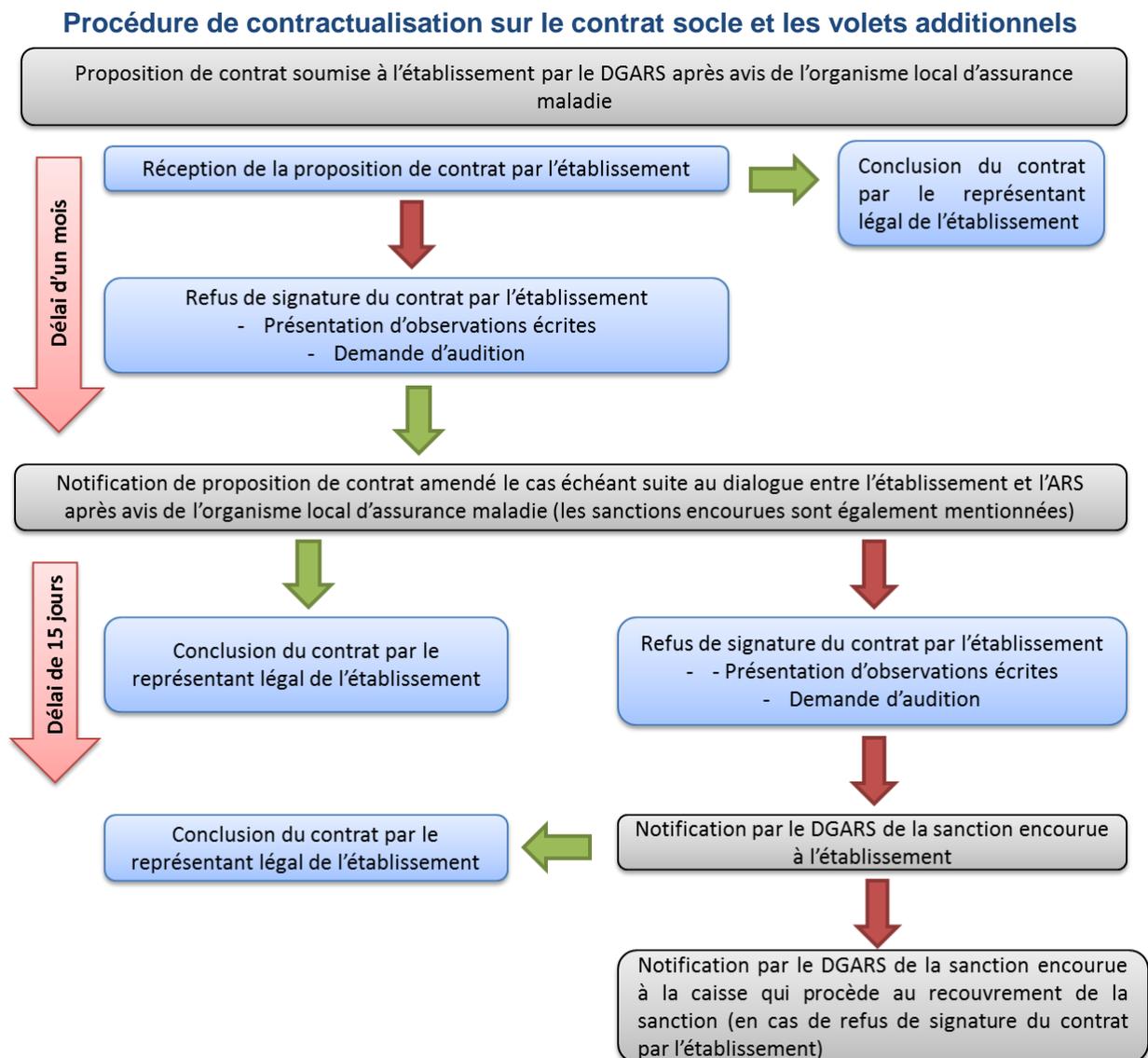
En amont de la contractualisation, sur la base d'analyses menées conjointement entre l'ARS et l'Assurance maladie avec l'appui des observatoires du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT), il est établi un diagnostic de la situation de l'établissement de santé au regard des dernières données disponibles d'activité et de dépenses, et notamment :

- les dernières données disponibles produites par la CNAMTS, l'ATIH, la HAS ou l'établissement ;
- les indicateurs mentionnés dans l'arrêté « référentiels » du 27 avril 2017 susvisé ;
- les taux de recours aux soins ;

- le plan régional de la gestion du risque et de l'efficacité du système de soins (PRGDRESS) ;
- le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS).

À l'issue de cette première phase, une période de concertation s'engage entre l'ARS, l'assurance maladie (représentée par le DCGDR et/ou l'organisme local d'assurance maladie) et les établissements de santé (éventuellement en lien avec les fédérations hospitalières), permettant de prioriser les travaux et de définir les indicateurs à mobiliser et les plans d'actions à programmer. Les OMEDIT participent au processus de contractualisation sur la partie socle. Cette nouvelle période de concertation dont le périmètre couvre l'ensemble de l'activité de l'établissement présente un double avantage : éviter les incohérences entre les différents objectifs contractuels proposés et avoir une approche globale de l'organisation, du fonctionnement et de l'activité de l'établissement.

La procédure de contractualisation, applicable à tous les volets, précisée dans le décret du 20 avril 2017 susvisé, se fait en plusieurs étapes selon le schéma suivant :



Il est à noter que le délai de 15 jours pour contractualiser est prolongé jusqu'à l'audition de l'établissement de santé, si elle a été demandée avant l'expiration de ce délai. En d'autres termes, si le représentant légal de l'établissement demande une audition au 14^{ème} jour du délai, ce dernier court jusqu'au jour de l'audition.

Le contrat doit être envoyé à l'établissement de santé ainsi qu'à l'ensemble des parties prenantes par tout moyen permettant d'apporter la preuve de sa bonne réception. Ainsi, un envoi électronique est possible à la condition qu'un accusé de réception soit émis par l'établissement de santé à l'ARS. Après entrée en vigueur du contrat, il est toujours possible de le modifier par avenant. Les avenants, comme les contrats, entrent en vigueur le 1^{er} janvier de l'année suivant leur signature. La révision ou résiliation du contrat s'effectue dans les mêmes conditions que celles applicables à la contractualisation initiale. Les avenants peuvent être signés pour toute modification du contrat telles que : l'ajout d'un volet additionnel, la modification du contrat socle, la modification des plans d'actions et indicateurs, l'ajustement des objectifs à atteindre...

En cas de décision consensuelle entre les parties signataire de résilier un volet du contrat, un avenant de résiliation du volet est signé. Il prend effet au 31 décembre de l'année en cours.

À défaut de contractualisation, l'établissement de santé est passible d'une sanction mécanique de 1% de ses recettes d'assurance maladie ou d'une réduction de 30% du remboursement des produits de la liste en sus pour le volet produits de santé. Cette sanction est fixée et notifiée par le Directeur général de l'ARS dans les conditions mentionnées *supra*.

iii. Définition du contrat socle

Le contrat socle s'applique à tous les établissements MCO (y compris pour les activités d'HAD ou de dialyse), SSR, psychiatrie et USLD, il est signé pour une durée indéterminée mais peut être amendé selon les dispositions présentées *supra*.

Il a vocation à couvrir les obligations de bon usage de qualité, sécurité et d'efficience des produits de santé, et est à ce titre obligatoire pour tous les établissements de santé. Il regroupe de nombreuses obligations contenues précédemment dans le CBU, les contrats PHMEV-LPP et liste en sus.

iv. Définition des volets additionnels

La contractualisation sur les volets additionnels résulte de ciblage. En fonction de critères prédéfinis par l'arrêté « référentiels » du 27 avril 2017, de critères de ciblage prévus au PAPRAPS, et éventuellement de taux de recours aux soins, l'ARS et l'assurance maladie identifient les établissements dont l'activité est atypique ou qui contribuent à l'atypie de consommation de soins au niveau du territoire. Ils se verront proposer une contractualisation sur un ou plusieurs volets additionnels.

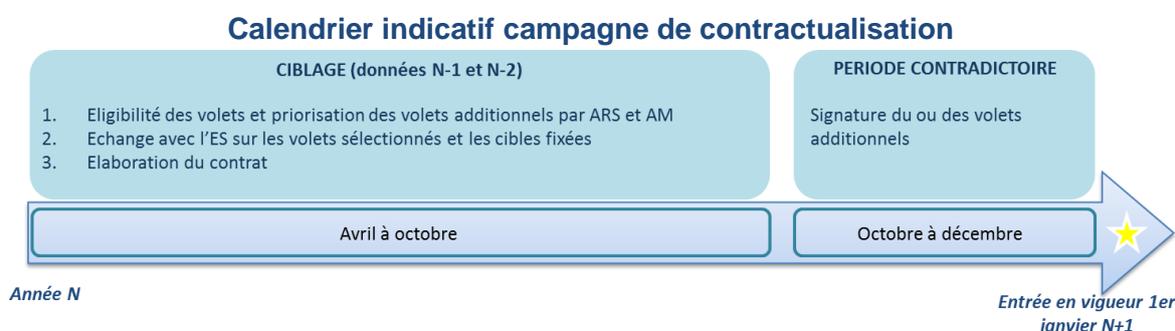
Les volets additionnels sont signés pour une durée entre 1 et 5 ans et peuvent être renouvelés par voie d'avenant

Il est à noter qu'il peut être opportun de prioriser les volets additionnels. Il est recommandé, lorsqu'un établissement est ciblé sur plusieurs volets, de prioriser les actions à mettre en œuvre et, le cas échéant, de limiter les volets additionnels donnant lieu à sanction. Cette priorisation sera déterminée durant la période de concertation entre les parties.

b. Calendrier de contractualisation

i. Principales modalités

Afin de conserver une certaine souplesse dans la contractualisation, il n'est pas prévu de calendrier préétabli à destination des parties au contrat. Cependant, certaines étapes sont obligatoires et vont rythmer le calendrier annuel de contractualisation :



La première année est caractérisée en particulier par l'élaboration du contrat socle et d'éventuels volets additionnels notamment pour les établissements à forts enjeux. Après la première année, la contractualisation concernera principalement les volets additionnels et les ajustements des contrats socles (modification des axes stratégiques, des indicateurs ou des obligations par exemple). Cette contractualisation pourra se dérouler en même temps que l'évaluation de l'année précédente : un échange global entre les parties au contrat portant sur l'évaluation de l'année antérieure et les évolutions à venir pour l'année ultérieure pourra ainsi être organisé si nécessaire.

ii. Disponibilité des données

Les données, nécessaires pour le ciblage des volets additionnels et l'évaluation de l'ensemble des volets du contrat, sont mises à disposition à différentes périodes de l'année par les organismes chargés de leur production. L'évaluation des objectifs annuels se fait sur la base des données disponibles à la date de l'évaluation. Les données N-1 sont répertoriées dans le tableau suivant :

Type de données	Période de transmission des données	Producteur de données
Bon usage des médicaments	Rapport d'auto-évaluation dont l'échéance de l'envoi est à définir par chaque région	Établissements de santé

Liste en sus	Données M12 de l'année N-1 transmises en avril de l'année N	ATIH
Prescriptions hospitalières de produits de santé exécutées en ville	Données M12 de N-1 transmises en avril N Données M6 de N transmises en septembre/octobre de N ; Données M9 de N transmises en décembre N ; M12 de N transmises en avril de N+1.	CNAMTS
Pertinence	Données PMSI N-1 transmises en juillet de l'année N Données issues des profils établissement N-1 transmises en octobre de l'année N	ATIH CNAMTS
Transports	Données N-1 transmises en mars N. Données du 1er semestre N transmises en septembre N Données M9 de N transmises en décembre N Profil MCO sur l'année N-1 transmis en octobre N Données affinées sur la dialyse sur l'année N-1 transmises en octobre N	CNAMTS
Qualité	Données M12 (de l'année N-1 ou N-2 en fonction de la disponibilité des données) transmises en novembre de l'année N	HAS / établissements de santé

iii. Articulation avec les contrats antérieurs

Le nouveau contrat entre en vigueur le 1^{er} janvier 2018. Jusqu'à cette date, les contrats antérieurs en cours restent applicables et pourront être évalués en 2018 sur les objectifs de l'année 2017.

2017	<ul style="list-style-type: none"> • Les contrats antérieurs continuent à produire leurs effets jusqu'à échéance et maximum jusqu'au 31 décembre • Campagne de contractualisation sur le nouveau contrat simplifié (contrat socle et ciblage des volets additionnels) • Evaluation des contrats en vigueur sur les objectifs de l'année 2016 (CBU, CAQOS PHMEV- LPP et transports, liste en sus)
2018	<ul style="list-style-type: none"> • Abrogation des contrats antérieurs • Entrée en vigueur du nouveau dispositif de

	<p style="text-align: center;">contractualisation au 1^{er} janvier</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évaluation des contrats en vigueur sur les objectifs de l'année 2017 (CBU, CAQOS PHMEV-LPP et transports, liste en sus)
--	--

Par ailleurs, si des sanctions au titre du CBU ont été prononcées en 2017 au titre de 2016, il est préconisé, afin d'homogénéiser les prises en charge dans cette année de mise en œuvre, de n'appliquer la minoration du taux de prise en charge que jusqu'au 31 décembre 2017. Ainsi, un taux de 100% pour le remboursement des produits de la liste en sus pourra être appliqué dès 2018.

III. Définition des obligations et leur déclinaison en plan d'actions

Le contrat fixe des obligations aux établissements de santé, qui sont déclinées en plan d'actions dont la réalisation est mesurée sur la base d'indicateurs. Chaque établissement dispose d'un plan d'actions adapté à sa situation et ses activités. Il est construit et rédigé au niveau régional (ARS, DCGDR, organisme local d'assurance maladie et le cas échéant, les représentants des établissements de santé), durant la période de concertation tripartite. Ces plans d'actions sont adaptables et peuvent y intégrer les items qu'elles estiment nécessaires après accord des parties prenantes au contrat.

Le niveau régional peut également construire un plan d'actions type par activité (MCO, HAD, SSR, PSY, USLD), concerté avec les établissements de santé ou leurs représentants, puis l'adapter le cas échéant à chaque établissement. Le plan d'actions peut également être proposé par l'établissement lui-même et validé par les parties.

L'arrêté « référentiel » du 27 avril 2017⁵ présente deux types de taux :

- des taux de ciblage qui servent de base au ciblage des établissements susceptibles de conclure un ou plusieurs volets additionnels au contrat (transports et cible indicateurs qualité)
- des taux cibles nationaux (PHMEV-LPP, générique, liste en sus), qui servent de références et sont à adapter par les régions en fonction de la situation de la région et de l'établissement. Les taux cibles de l'établissement seront donc négociés avec ce dernier et seront généralement différents des taux arrêtés. En effet, il est important de souligner que le taux de ciblage ou le taux cible national diffère des objectifs cible fixés à l'établissement de santé: le premier permet de désigner un établissement de santé comme atypique, le second correspond à l'objectif à atteindre et est établi par les parties et doit refléter la situation et l'activité de l'établissement.

Le plan d'actions annexé au contrat type peut être actualisé chaque année par avenant, à la suite de l'évaluation et de l'échange annuel avec l'établissement. Il comprend les obligations de l'établissement, ainsi que les indicateurs permettant d'évaluer l'atteinte ou non de ses objectifs. Au sein du plan d'actions, les obligations sont déclinées en actions et chaque action est assortie d'un ou plusieurs indicateurs.

⁵ Par ailleurs, sur le volet pertinence, le ciblage repose sur les dispositions du PAPRAPS et les référentiels pertinence.

Le plan d'actions présente plusieurs types d'obligations (obligations de résultats, obligations de mise en œuvre, obligations de mobilisation de moyens) :

- pour le contrat socle relatif aux produits de santé : le support d'évaluation portera sur l'ensemble des obligations de ce volet ;
- pour les volets additionnels : des obligations de résultat dont la réalisation (ou l'absence de réalisation) sera à l'origine du déclenchement de l'intéressement ou de la sanction lors de l'évaluation, ainsi que des obligations complémentaires qui permettront de pondérer le niveau d'intéressement ou de sanction.

Ces obligations seront évaluées par deux types d'indicateurs différents :

- les indicateurs obligatoires, fixés au niveau national et qui s'appliquent à tous les établissements ;
- les indicateurs additionnels, définis au niveau régional, qui peuvent être sélectionnés parmi une liste figurant en annexe ou mis en place directement par les régions.

Il est à noter que certains indicateurs, y compris ceux obligatoires, sont inapplicables à certains types de structures compte tenu de leur activité. Il est alors recommandé de ne pas les inclure au plan d'actions de l'établissement. Comme cas particuliers peuvent être cités les établissements HAD, les établissements ne prescrivant pas sur la liste en sus mentionnée à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale (c'est-à-dire les établissements SSR et PSY), ou encore les structures de dialyse. Pour les établissements exerçant une activité de HAD, une liste indicative d'indicateurs dédiés figure en annexe de cette instruction (annexe 1) et pourra servir à la contractualisation avec ces structures.

Pour certaines activités, la disponibilité des données étant limitée, les plans d'actions peuvent inclure des actions relatives à l'amélioration de la fiabilité des données produites et axer certains indicateurs sur ce thème, plutôt que de reprendre les indicateurs nationaux auxquels les établissements ne seront pas capables de répondre. Ce cas se présente, par exemple, pour certains établissements privés dont les données transports ou PHMEV-LPP ne sont pas disponibles de manière fiable à ce jour.

La période de concertation doit permettre d'aboutir à un contrat applicable pour l'établissement et dont les objectifs peuvent être évalués annuellement.

IV. Suivi et évaluation des objectifs

Le CAQES permet une évaluation globale et simultanée des objectifs fixés aux établissements de santé. Ce suivi global est une opportunité de remettre en cohérence les différents contrats des établissements et d'éviter les contradictions potentielles entre les objectifs fixés.

Une évaluation annuelle du contrat est prévue par le dispositif, dont le calendrier est laissé à la discrétion des parties afin de conserver une souplesse dans la gestion annuelle des échanges. A la suite de l'autoévaluation de l'établissement et à un échange autour des résultats atteints, un rapport d'évaluation doit être produit. L'évaluation est réalisée d'après les dernières données disponibles.

a. *Modalités d'évaluation*

Afin d'obtenir une évaluation pertinente et complète, l'évaluation s'inscrit dans une logique de dialogue entre les parties, au même titre que la fixation des objectifs et la contractualisation des différents volets. Il peut être fait appel aux OMEDIT afin d'accompagner les ARS et l'assurance maladie (DCGDR et/ou organisme local d'assurance maladie) dans leurs échanges avec l'établissement.

Les établissements doivent disposer d'un dispositif d'audit et de suivi leur permettant de s'assurer de l'application de leurs engagements et de produire un rapport annuel d'autoévaluation. Ce dernier sert de base à l'évaluation annuelle des actions figurant dans leur plan d'actions.

Par ailleurs, la grille d'évaluation annexée au contrat type synthétise les éléments d'évaluation de l'établissement et sa traduction financière (intéressements et sanctions le cas échéant). Pour le contrat socle, la grille est complétée des obligations et de leur résultat (atteinte ou non de l'objectif). Pour les volets additionnels, la grille est complétée :

- d'un objectif principal quantifiable par volet et de son résultat ; c'est sur la réalisation de cet objectif que sera basé le déclenchement d'intéressement ou de sanction le cas échéant ;
- d'objectifs complémentaires et de leurs résultats ; leur réalisation permet de moduler le montant de l'intéressement ou de la sanction.

Cette grille, complétée d'éléments de contexte, peut servir de rapport d'évaluation et de base pour les objectifs de l'année suivante. Elle constitue un résumé du niveau d'atteinte des engagements de l'établissement.

La grille d'évaluation se présente sous la forme suivante :

Volet du contrat	Obligations de résultat (reporter les obligations ou les cibles inscrites dans le contrat)	Résultats (atteinte oui/non ou niveau)	Obligations complémentaires (cibles ou obligations)	Résultats (atteinte oui/non ou niveau)	Montant de l'intéressement (+) ou de la sanction (-)
Volet obligatoire					
Transports					
Pertinence					
Qualité					

TOTAL					
-------	--	--	--	--	--

Il est essentiel que les établissements aient connaissance, dès la signature du contrat, de la manière dont ils seront évalués, des critères d'évaluation et de leurs conséquences (nature et niveau de sanction ou d'intéressement). Ces paramètres sont à fixer lors de la période de concertation consacrée au ciblage et à la contractualisation. Les colonnes liées aux obligations de l'établissement peuvent être remplies avant la signature du contrat, ces dernières étant une déclinaison du plan d'actions concerté en amont du processus de contractualisation.

b. Intéressements et sanctions

Les intéressements ou sanctions sont décidés par le directeur général de l'ARS après avis de l'assurance maladie, et calculés en fonction de la grille d'évaluation. La somme des différents intéressements ou sanctions qui lui sont appliqués est notifiée à l'établissement. Le détail des montants est fixé dans la grille d'évaluation et les modulations sont motivées par le directeur général de l'ARS. Leur montant relève de la décision du directeur général de l'ARS qui la notifie à l'établissement et en informe simultanément l'organisme local d'assurance maladie.

i. Intéressements

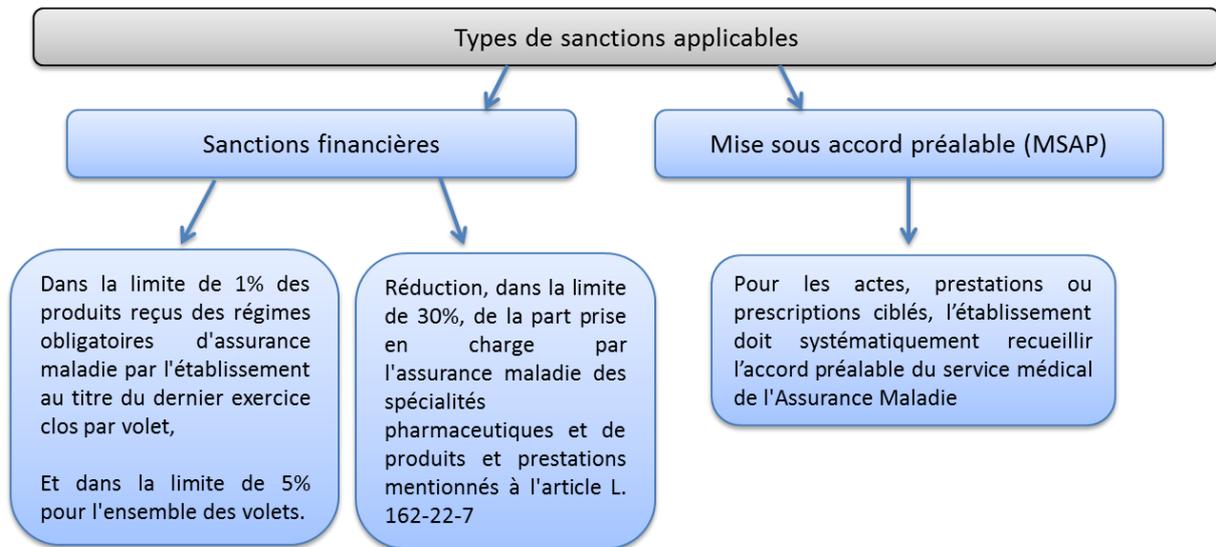
À ce jour, l'intéressement ne concerne que certains volets additionnels du contrat (les volets transports et pertinence). Pour chacun de ces volets additionnels, l'obligation de résultat peut conduire, si elle est respectée, au déclenchement d'un intéressement selon un montant maximal fixé dans le contrat. Le niveau d'intéressement est ensuite modulé par le niveau de réalisation des objectifs complémentaires (voir *supra*).

Deux vecteurs de financement de l'intéressement ont été retenus : les crédits du fonds d'intervention régional (FIR) pour la pertinence ou, pour le volet transports, par l'économie résultant de la moindre prescription de transports (c'est-à-dire la différence constatée entre la cible de dépenses attendue et la cible effectivement réalisée). En cas d'intéressement sur les économies réalisées, le reversement ne peut excéder 30% du montant de ces économies supplémentaires.

Enfin, compte tenu de son périmètre, aucun intéressement n'est prévu pour le volet qualité.

ii. Sanctions

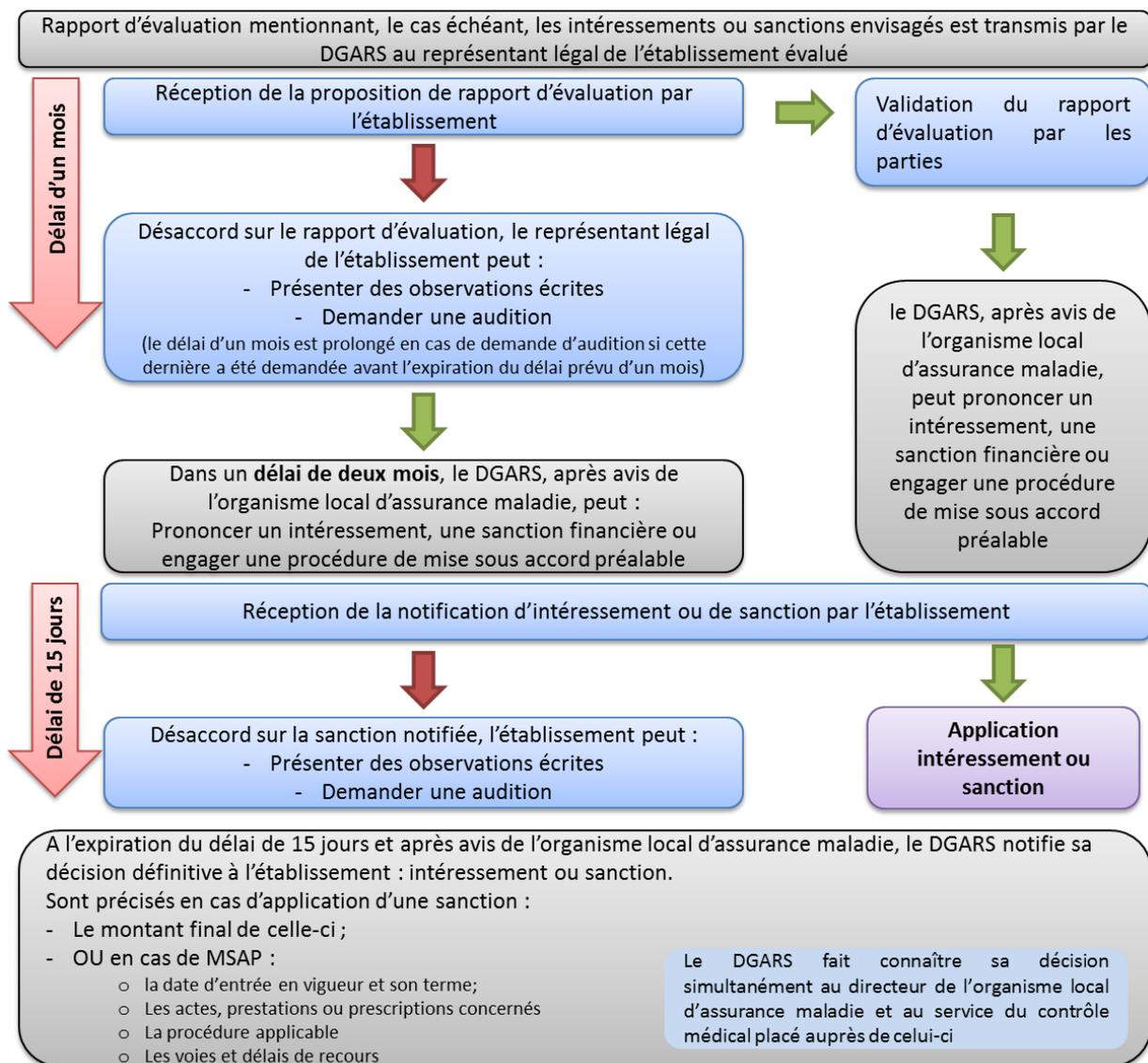
En cas de non atteinte de ses objectifs par l'établissement, l'évaluation peut conduire à la notification de sanctions :



La sanction financière portant sur les produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie peut s'appliquer à tous les volets du contrat. En revanche, la réduction de la part prise en charge pour les produits de santé de la liste en sus ne s'applique qu'en cas de manquements relatifs aux produits de santé. La MSAP s'applique à tous les actes, prestations et prescriptions ciblés sauf en cas d'urgence pour le patient.

Comme pour les intéressements, le niveau de sanction peut être modulé par le niveau de réalisation des objectifs complémentaires (voir *supra*).

Procédure d'application des intéressements et sanctions



iii. Les voies de recours

En cas de contestation, les voies de recours diffèrent selon le type de contestation :

Voie de recours	Type de contestation	Délai et forme
Tribunal administratif (TA)	- Contestation de la sanction - Contestation du montant de la sanction ou de l'intéressement	- Tout moyen permettant d'apporter la preuve de bonne réception de la contestation
Tribunal des affaires de sécurité sociale (TASS)	- Contestation des modalités de recouvrement de la sanction ou intéressement	- Délai de 2 mois à compter de la réception de la notification de la décision contestée

Nous vous invitons à nous tenir informés de toute difficulté rencontrée dans la mise en œuvre de cette instruction à cette adresse : DSS-SD1-BUREAU1A@sante.gouv.fr

Pour les ministres et par délégation,

La directrice de la sécurité sociale
Mathilde LIGNOT-LELOUP

signé

Le directeur général de l'union nationale des
caisses d'assurance maladie
Nicolas REVEL

signé

Le secrétaire général
Pierre RICORDEAU

signé

Annexe 1 : Fiche explicative portant sur le volet obligatoire relatif au bon usage des médicaments, des produits et des prestations

Le contrat socle, qui s'applique à tous les établissements de santé quel que soit leur secteur d'activité, porte sur le bon usage des produits de santé. En effet, la qualité et la sécurité des soins, la pertinence des prescriptions et la diffusion des bonnes pratiques par le biais des systèmes d'informations et des outils de prescription sont des priorités nationales qu'il est apparu important de suivre sur la base d'un volet unique. Les actions relatives aux produits de santé étaient auparavant portées par de nombreux vecteurs hétérogènes (CBU, avenant liste en sus, CAQOS PHMEV-LPP), ce qui entraînait une application et une évaluation fragmentées. De plus, seuls les établissements de santé MCO étaient ciblés, alors que les autres secteurs (SSR et PSY) sont également concernés par le bon usage des produits de santé.

Ce volet propose ainsi d'axer l'évaluation des actions des établissements de santé sur deux aspects : la qualité et la sécurité d'une part, et l'efficacité des prescriptions de produits de santé d'autre part. Il doit également servir d'outil pédagogique et de dialogue entre les prescripteurs et les autres acteurs. Inspiré par l'ancien CBU, ce volet vise à donner une vision d'ensemble sur les objectifs et cibles à atteindre pour améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge thérapeutique des patients par des médicaments ou des dispositifs médicaux, au moyen d'indicateurs de production, de processus ou de résultats. Le bilan de la certification montre en effet que, la prise en charge médicamenteuse du patient (PECM) reste le principal sujet de décisions pour les établissements dont moins de la moitié satisfait aux attendus dans ce domaine. Dans la continuité de la V2010, les constats V2014 montrent la persistance de situations ou pratiques à risques.

Les engagements de l'établissement portés par ce volet doivent refléter sa politique de prescription et impliquer les acteurs du circuit des produits de santé, depuis leur prescription jusqu'à leur administration. Aussi, les parties doivent convenir d'un plan d'actions répondant à l'ensemble des obligations liées aux priorités nationales (arrêtées dans le contrat type et illustrées par les indicateurs obligatoires) et régionales. Ces priorités sont exprimées par les indicateurs qui sont retenus dans le contrat. S'agissant des indicateurs nationaux, l'arrêté du 27 avril 2017 prévoit des cibles nationales utilisables pour fixer les objectifs des établissements de santé. Contrairement aux volets additionnels, ces références, qui peuvent être révisées annuellement, ne servent pas au ciblage.

1. Contenu du volet

Le champ « qualité » comporte différentes catégories d'obligations relatives, d'une part, à l'amélioration et la sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient et d'autre part, au développement des pratiques pluridisciplinaires ou en réseau. Ce volet permet donc notamment de cibler les actions des établissements de santé sur la traçabilité (informatique et sanitaire) et le suivi des prescriptions (développement de la prescription en DCI, limitation des prescriptions hors référentiels). Il peut prévoir également des engagements relatifs à la conciliation médicamenteuse, processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient, associant le patient et reposant sur le partage d'informations et la coordination pluri professionnelle.

Le champ « efficacité » concentre quant à lui des obligations relatives à la maîtrise des dépenses par le recours au juste produit de santé. Ce volet permet notamment de contractualiser sur l'utilisation des produits de la liste en sus, pour lesquels des différences marquées d'usage entre les établissements sont observées. La forte augmentation des dépenses de la liste en sus, si elle s'explique en partie par la prise en charge de nouvelles thérapies innovantes, nécessite toutefois de s'assurer que le recours aux produits de cette liste est toujours justifié.

Le volet comporte également des actions relatives à la promotion et à l'utilisation des médicaments génériques et biosimilaires, dont l'utilisation contribue à garantir la soutenabilité du système de soins et la disponibilité des médicaments pour les patients. La pertinence des prescriptions hospitalières exécutées en ville, tant pour les médicaments que pour les dispositifs médicaux, sera assurée par des objectifs de maîtrise de l'évolution des dépenses de PHMEV-LPP.

2. Modalités d'évaluation et de sanction

Chaque année, le contrat fait l'objet d'une évaluation en fonction des résultats obtenus par l'établissement.

L'évaluation annuelle porte sur l'ensemble des obligations du contrat socle et des obligations générales du contrat, c'est une évaluation globale de l'atteinte des objectifs du contrat et de celles relatives au bon usage des médicaments, des produits et des prestations fixés à l'établissement de santé lors de la contractualisation.

S'agissant des PHMEV-LPP, le taux d'évolution des dépenses de médicaments et produits et prestations prescrits en établissements de santé et remboursés sur l'enveloppe de soins de ville s'évalue à partir des montants en € de l'année évaluée par rapport à l'année d'avant. Le périmètre de calcul des montants remboursés peut évoluer d'une année sur l'autre, notamment du fait de l'entrée/sortie de produits de santé sur la liste des produits remboursables. En cas d'évolution impactant la lecture des données, l'Assurance maladie s'engage à transmettre à l'ensemble de réseaux, une grille de lecture permettant de comprendre, transmettre et utiliser les données.

L'évaluation est notamment basée sur le rapport annuel d'autoévaluation produit par les établissements et sur la grille d'évaluation annuelle mentionnée dans le corps de cette instruction. Cette grille d'évaluation, complétée lors de la contractualisation, répertorie tous les indicateurs (indicateurs obligatoires nationaux et indicateurs régionaux sélectionnés par les ARS) définis dans le plan d'actions des établissements. Les indicateurs peuvent être assortis de coefficients permettant une pondération des résultats obtenus par les établissements pour chaque indicateur. Dans le cas des indicateurs obligatoires nationaux, les coefficients peuvent être fixés à 0% s'ils ne sont pas applicables à l'établissement.

À l'issue de cette évaluation, les résultats de l'établissement sont appréciés dans leur ensemble et, le cas échéant, en fonction des coefficients. Cette appréciation déterminera l'application ou non d'une sanction, notifiée par le directeur général de l'ARS dans les conditions définies *supra*. L'intéressement n'est pas applicable sur ce volet.

Deux types de sanctions sont applicables pour ce volet :

- Une sanction financière correspondant à un montant exprimé en pourcentage des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos (dans la limite de 1% de ces produits) ;
- Une diminution de la prise en charge par l'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 126-22-7 du CSS (liste en sus), dans la limite de 30% de cette prise en charge.

Annexe 2 : liste indicative d'indicateurs dédiés aux établissements HAD

Le contrat socle s'applique à tous les établissements de santé quel que soit leur secteur d'activité et traduit leurs engagements en matière d'amélioration de la qualité des soins et de politique de prescription de produits de santé. Il est élaboré après un processus d'échanges entre parties signataires au contrat (établissement d'HAD, ARS, organisme local d'Assurance maladie).

Cependant, certains indicateurs sont inadaptés aux établissements d'HAD compte tenu de leur activité, il convient de ne pas les inclure au plan d'action des établissements d'HAD ou de les pondérer en fonction de la situation de chaque établissement.

Des indicateurs complémentaires aux indicateurs obligatoires, portés au niveau régional par les ARS, peuvent permettre d'améliorer le pilotage et la pertinence du contrat conclu. Les indicateurs proposés ci-dessous sont ainsi dédiés spécifiquement aux établissements d'HAD :

- Actions mises en œuvre pour sécuriser la phase d'administration des médicaments
- Traçabilité des administrations des médicaments par l'IDE
- Sécurisation de la procédure de gestion du traitement personnel du patient à l'admission
- Garantie de la continuité de la prise en charge médicamenteuse et de celle des dispositifs médicaux fournis aux patients par une bonne transmission du traitement aux patients
- Rédaction et mise en œuvre d'une procédure organisationnelle en cas de retrait de lots de médicaments (alerte ANSM)
- Informatisation de la prise en charge médicamenteuse du patient (en fonction de l'avancement) :
 - Rédaction et publication d'un cahier des charges
 - Choix d'une solution répondant au cahier des charges
- Mise en place d'un système de communication à distance par l'établissement
- Traçabilité de l'évaluation et de la réévaluation périodique de l'autonomie des patients au regard de la prise en charge médicamenteuse
- Définition de l'organisation du circuit du médicament
- Définition d'une politique de prise en charge médicamenteuse
- Définition des modalités de transport et de stockage des informations
- Existence d'une doctrine entre prescripteurs et pharmaciens de PUI ou d'officine pour faciliter l'accès aux éléments cliniques et biologiques

Annexe 3 : liste des indicateurs nationaux obligatoires et propositions d'indicateurs régionaux facultatifs

a. Liste des indicateurs nationaux obligatoires

<i>Art. 10-1 : amélioration et sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient et du circuit des produits et prestations</i>	
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 :</p> <p>- 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>
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	<p>Traçabilité des médicaments :</p> <p>-Nombre de lits informatisés de la prescription jusqu'à la traçabilité de l'administration/nombre de lits total</p> <p>Traçabilité des DMI :</p> <p>- nombre d'unités de DMI dont l'implantation est informatiquement tracée/ nombre total d'unités de DMI implantées</p> <p>- 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

Obligations	Indicateurs
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 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	Nombre de traitements par ATB prescrits pour une durée de plus de 7 jours non justifié / 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
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
Promouvoir la prescription de médicaments biosimilaires dans les classes autant que possible	- 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 Ce taux est calculé séparément pour les médicaments des classes suivantes : EPO, anti TNF, insuline glargine, G-CSF - 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 Ce taux est calculé séparément pour les médicaments des classes suivantes : EPO, anti TNF, insuline glargine, G-CSF

Part d'achat de génériques et bio similaires	Part d'achat de génériques et biosimilaires : - 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
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 / montant des dépenses remboursées de l'année précédant celle de l'évaluation - hors rétrocession et hépatite C
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
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 : 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
	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
	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

b. Liste non exhaustive d'indicateurs complémentaires facultatifs

Ce tableau énumère des indicateurs dont les contractants peuvent se servir pour la partie relevant des indicateurs régionaux.

Engagements complémentaires	Construction de l'indicateur	Éléments d'information
Mettre en place un programme d'action déclinant la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge thérapeutique des patients	Présence ou absence : - d'actualisation du programme d'actions (date d'actualisation et contenu du programme d'actions) - de présentation annuelle du bilan des actions d'amélioration mises en œuvre et de leur efficacité à la commission (conférence) médicales d'établissement (CME/CfME) - de communication auprès des professionnels de l'établissement (Objectifs, Plan d'actions, Retours d'expérience, etc)	Formaliser le portage institutionnel du développement de la culture de sécurité. Si l'élément de preuve est présent, répondre OUI, sinon répondre NON. Si l'ES répond OUI sur les trois items, la cible de l'indicateur est atteinte
Mettre en œuvre des formations ciblées sur la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse en fonction des missions exécutées par les professionnels de l'établissement	Nombre de personnels de l'établissement ayant suivi une formation sur la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse (année A) / Nombre de personnels de l'établissement (année A)	Favoriser une formation à la qualité et à la sécurité de la prise en charge médicamenteuse adaptée au circuit du médicament de l'établissement. Possibilité de définir un taux cible à atteindre
Réaliser une étude des risques <i>a priori</i> prenant en compte e tout le processus de la prise en charge médicamenteuse	L'étude porte sur un ou plusieurs de ces items en fonction des priorités de l'établissement : - Médicaments à risques - Patients à risque - Traitements personnels des patients - Risques liés à l'informatisation (notamment identitovigilance) - Stockage dans les unités de soins et dans la PUI - Conditions d'administration (notamment interruptions de taches)	réponse oui/non
Sécuriser prescription jusqu'à l'administration de la nutrition parentérale	- Centralisation de la préparation des poches de nutrition parentérale sous responsabilité pharmaceutique - Taux de poches de nutrition parentérale réalisées sous responsabilité pharmaceutique : Nombre de poches réalisées sous responsabilité pharmaceutique (sous-traitance + préparation par l'établissement) / Nombre de poches délivrées - Taux de poches de nutrition parentérale avec AMM délivrées : Nombre de poches de nutrition parentérale avec AMM délivrées / Nombre total de poches de nutrition parentérale délivrées	Réponse OUI/NON Privilégier les poches avec AMM et réaliser ou faire réaliser l'intégralité des poches de nutrition parentérale sous responsabilité pharmaceutique.

Engagements complémentaires	Construction de l'indicateur	Éléments d'information
<p>Améliorer les scores des indicateurs des domaines D2 (Dossier patient informatisé et interopérable et communication extérieure) et D3 (Prescription électronique alimentant le plan de soins) du programme Hôpital numérique</p>	<p>Les indicateurs à suivre plus particulièrement sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - D 2.3 - Taux de services pour lesquels le dossier patient informatisé intègre les comptes rendus (de consultation, d'hospitalisation, opératoires, d'exams d'imagerie), les traitements de sortie et les résultats de biologie - D 2.5 - Taux de consultations externes réalisées par des professionnels médicaux pour lesquelles le dossier patient informatisé a été mis à jour - D 3.1 - Taux de séjours disposant de prescriptions de médicaments informatisées : Nombre de séjours comportant a minima une prescription de médicaments informatisée / Nombre de séjours total - D 3.5 - Taux de séjours disposant d'un plan de soins informatisé alimenté par l'ensemble des prescriptions 	<p>Elever le niveau de maturité des systèmes d'information dans l'ensemble des établissements de santé vers un socle commun, de façon à améliorer significativement la qualité et la sécurité des soins.</p> <p>Son socle commun est constitué de pré-requis et de cinq domaines fonctionnels (de D1 à D5).</p>
<p>Mettre en œuvre une procédure validée par le responsable du système de management de la qualité pour le repérage des «never events»</p>	<p>Existence d'une procédure validée</p>	<p>Réponse oui/non</p> <p>Prévenir la survenue des évènements évitables potentiellement graves, voire mortels et « qui ne devraient jamais arriver » (<i>never events</i>) définis dans la circulaire DGOS du 14 février 2012</p>
<p>Mettre en œuvre la déclaration systématique des évènements indésirables graves (EIG)</p>	<p>Nombre d'EIG relatifs aux produits de santé déclarés à l'ARS <i>via</i> le portail des vigilances</p>	<p>Mesurer l'évolution des déclarations des évènements indésirables graves associés aux soins</p>

Engagements complémentaires	Construction de l'indicateur	Eléments d'information
<p>Suivre les résultats de la certification</p>	<p>Si l'établissement fait l'objet d'une réserve sur l'un des critères suivants lors de la procédure de certification, il met en place un programme d'action(s)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Référence 20 - La prise en charge médicamenteuse - Critère 20.a (PEP) : Management de la prise en charge médicamenteuse du patient - Critère 20.a bis (PEP) : Prise en charge médicamenteuse du patient - Critère 20.b : Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé <p>Et critères associés</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1.g : Culture qualité et sécurité - 6.f : Achats et approvisionnements - 8.h : Bon usage des antibiotiques - 8.i : Vigilances et veille sanitaire - 15.a : Identification du patient (PEP) - 18.a : Continuité et coordination de la prise en charge - 18.b : Gestion des urgences vitales internes - 23.a : Education thérapeutique du patient - 24.a : Sortie du patient - 28.a : Mise en œuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles - 28.b : Pertinence des soins <p><u>Et pour les DMI</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 26.a : organisation du bloc opératoire - 26.b : organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur 	<p>Réponse OUI/NON</p> <p>Le suivi de la certification est réalisé par la HAS et son suivi au niveau du CAQES permet de compléter le dispositif</p> <p>Il appartient à l'établissement de proposer, par rapport au(x) risque(s) identifié(s), un(des) plan(s) d'actions d'améliorations, incluant les documents de preuve attendus et un dispositif de suivi de mise en œuvre de ces actions (cibles à atteindre).</p>

Engagements complémentaires	Construction de l'indicateur	Éléments d'information
Améliorer la dispensation nominative	Nombre de lits et places en dispensation nominative / Nombre de lits et places	Mesurer le déploiement de la dispensation nominative au niveau du nombre de lits et places. En fonction de la situation de l'établissement, un taux cible à atteindre peut être défini
Suivi des indicateurs relatifs aux infections associées aux soins (IAS)	L'indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains (ICSHA.2) est en progression. L'Indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB.2) a atteint la classe performance A ou B L'indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes (ICA-BMR) a atteint la classe de performance A ou B L'indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire (ICA-LISO) a atteint la classe de performance A ou B	Assurer un suivi de l'amélioration des indicateurs relatifs aux IAS Réponse OUI/NON
Mettre 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	<ul style="list-style-type: none"> - Taux d'ordonnances intra hospitalières avec validation pharmaceutique tracée de niveau 1 : Nombre d'ordonnances intra hospitalières avec validation pharmaceutique tracée de niveau 1 / Nombre d'ordonnances intra hospitalières - Taux d'ordonnances intra hospitalières avec validation pharmaceutique tracée de niveau 2 : Nombre d'ordonnances intra hospitalières avec validation pharmaceutique tracée de niveau 2 / Nombre d'ordonnances intra hospitalières - Taux d'ordonnances intra hospitalières avec validation pharmaceutique tracée de niveau 3 : Nombre d'ordonnances intra hospitalières avec validation pharmaceutique tracée de niveau 3 / Nombre d'ordonnances intra hospitalières - Traçabilité des interventions pharmaceutiques : Nombre d'interventions pharmaceutiques acceptées / Nombre d'interventions pharmaceutiques proposées - Repérage et suivi des divergences intentionnelles et non intentionnelles des patients ayant bénéficié d'une conciliation médicamenteuse à l'entrée ou à la sortie, ou bien à l'entrée et à la sortie : Nombre de divergences (non intentionnelles + intentionnelles) / Nombre de séjours de patients conciliés 	Mesurer le déploiement des activités de pharmacie clinique au travers d'indicateurs de production. En fonction de la situation de l'établissement, définition d'un taux cible à atteindre.

Engagements complémentaires	Construction de l'indicateur	Éléments d'information
<p>Veiller à la vigilance et bon usage des antibiotiques</p>	<p>Suivi d'indicateurs du PROPIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux d'évolution de la consommation totale d'antibiotiques : Nombre de DDJ/1000JH [Nombre de doses définies journalières pour 1000 journées d'hospitalisation] (année N) / Nombre de DDJ/1000JH (année N-1) - Proportion d'antibioprophylaxies péri-opératoires de plus de 24h : Nombre d'antibioprophylaxies péri-opératoires > 24h / Nombre d'antibioprophylaxies péri-opératoires 	<p>Diminuer la consommation d'antibiotiques. Le taux d'évolution de la consommation totale d'antibiotiques doit être nul ou négatif.</p>
<p>Participer aux enquêtes nationales portant sur les produits de santé</p>		<p>Réponse OUI/NON</p> <p>Assurer un suivi des établissements participant ou non aux enquêtes de l'ATIH portant sur les produits de santé lorsqu'ils sont sollicités.</p>
<p>Promouvoir la prescription de médicaments biosimilaires dans les classes autant que possible</p>	<p>Taux de prescription de biosimilaires en initiation de traitement chez les patients naïfs: Nombre de patients naïfs (en initiation de traitement) pour lesquels a été prescrit un biosimilaire / Nombre total de patients naïfs (en initiation de traitement) pour lesquels un médicament biologique appartenant à la liste de référence des groupes biologiques similaires a été prescrit</p>	<p>Mesurer le taux de prescription médicaments biosimilaires chez les patients naïfs de traitement</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 de prescription en dénomination commune internationale (DCI), pour les prescriptions intra hospitalières: Nombre d'ordonnances intra hospitalières rédigées en DCI / Nombre total d'ordonnances intra hospitalières</p> <p>Développement de la prescription en DCI, pour les prescriptions de sortie: Nombre d'ordonnances de sorties rédigées en DCI / Nombre total d'ordonnances de sortie</p>	<p>Mesurer le taux d'ordonnances rédigées en DCI au niveau de l'établissement</p> <p>Cet indicateur peut être lu en complément de l'indicateur obligatoire sur les LAP, dont le développement favorise largement la prescription en DCI</p> <p>Mesurer le taux d'ordonnances rédigées en DCI au niveau de l'établissement</p>

Engagements complémentaires	Construction de l'indicateur	Éléments d'information
<p>Suivre des prescriptions et des indications hors GHS par la CME / CfME</p>	<p>Pour chacun des items ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'établissement présente le suivi semestriel de la répartition des prescriptions des médicaments hors GHS, accompagnées le cas échéant de leur argumentaire, à la CME / CfME - L'établissement adresse le suivi semestriel de la répartition des prescriptions des médicaments hors GHS, accompagnées le cas échéant de leur argumentaire, à l'ARS, à l'OMEDIT et à l'organisme local d'assurance maladie - L'établissement présente le suivi semestriel de la répartition des prescriptions des dispositifs médicaux hors GHS, accompagnées le cas échéant de leur argumentaire, à la CME / CfME - L'établissement adresse le suivi semestriel de la répartition des prescriptions des dispositifs médicaux hors GHS à l'ARS, à l'OMEDIT et à l'organisme local d'assurance maladie 	<p>Réponse OUI/NON</p> <p>L'établissement doit organiser le suivi et la présentation des résultats de ce suivi devant la communauté médicale et les institutions pour en partager les constats et les évolutions</p>

Annexes 4 : Fiche explicative portant sur le volet additionnel relatif à l'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les transports

Le présent volet remplace, en le rénovant, l'ancien CAQOS portant sur les transports de patients. Son objectif est de maîtriser les dépenses de transports de patients prescrits par l'établissement et financés sur l'enveloppe des soins de ville, tout en incitant l'établissement à promouvoir des pratiques efficaces de prescription et de commande des transports (plateformes de centralisation de la commande, recours raisonné à l'ambulance, transports partagés,...).

1. Ciblage et contractualisation

Les établissements sont ciblés lorsque :

- leur **taux d'évolution annuel en valeur des dépenses** de transports prescrits par l'établissement et remboursés sur l'enveloppe des soins de ville ;
ou
- leur **montant annuel des dépenses** de transports prescrits par l'établissement et remboursés sur l'enveloppe des soins de ville,

dépasse le seuil fixé par l'arrêté référentiels du 27 avril 2017 susvisé⁶. Dans ce cas, l'ARS et l'assurance-maladie peuvent proposer à l'établissement de signer ce volet additionnel.

Il est signé pour une durée maximale de cinq ans, à compter du 1er janvier suivant la date de signature du contrat, date à laquelle il entre en vigueur.

2. Contenu du volet

Le volet additionnel comprend un ou deux objectifs pour l'établissement :

- une cible obligatoire d'évolution des dépenses de transports prescrits par l'établissement et remboursés sur l'enveloppe des soins de ville pour l'année à venir⁷ ;
- un objectif supplémentaire facultatif peut figurer ou non dans le contrat, lié à un axe d'amélioration souhaitant être privilégié par les parties. Cet axe dépend de la situation de l'établissement et est fixé en concertation avec ce dernier (par exemple : la centralisation des transports entre services, la mise en place d'une plateforme de commande de transports, le taux de recours à l'ambulance dans l'ensemble des prescriptions, etc.).

En outre, un plan d'actions détaillé fixant les mesures à prendre par l'établissement et les indicateurs qui serviront à évaluer l'évolution de ces mesures est annexé à ce volet. Ce plan d'actions est régulièrement amendé pour prendre en compte l'évolution de l'activité de l'établissement.

3. Modalités d'évaluation, intéressement et sanction

Chaque année, ce volet fait l'objet d'une évaluation en fonction des résultats obtenus par l'établissement.

Intéressement

Si l'ensemble des objectifs (objectif obligatoire et, le cas échéant, objectif facultatif) sont atteints, l'établissement est éligible à un intéressement correspondant au maximum à 30% des économies

⁶ À titre d'exemple, pour l'année 2017, ces seuils sont fixés respectivement à 2,2% et 500 000€ par 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.

⁷ Le volet mentionne également un objectif prévisionnel d'évolution pour l'année suivante.

réalisées⁸. Le contrat précise les actions qui seront financées par ce vecteur. Afin de fixer le montant de l'intéressement, l'évaluation prend en compte la réalisation ou non des actions prévues par le plan d'actions en annexe du volet.

Sanction

Si l'objectif facultatif (ou, en l'absence de ce dernier, l'objectif obligatoire) n'est pas atteint, l'établissement est passible d'une sanction financière correspondant au maximum à 1% des recettes perçues par l'établissement au titre de l'assurance maladie obligatoire lors du dernier exercice clos. Afin de fixer le montant de la sanction, l'évaluation prend en compte la réalisation ou non des actions prévues par le plan d'actions en annexe du volet.

En synthèse :

	Cible d'évolution des dépenses de transport atteinte	Cible d'évolution des dépenses de transport non atteinte
Objectif supplémentaire atteint	Intéressement	Ni intéressement, ni sanction
Objectif supplémentaire non atteint	Sanction	Sanction
Pas d'objectif supplémentaire	Intéressement	Sanction

Intéressement : au maximum 30% des économies réalisées, modulée en fonction de la progression du plan d'actions

Sanction : au maximum 1% des produits perçues de l'assurance-maladie obligatoire, modulée en fonction de la progression du plan d'actions

⁸ Les économies réalisées sont la différence entre le montant de dépenses prévisionnel en l'absence de mesures de maîtrise médicalisée et le montant de dépenses observé.

Annexes 5 : Fiche explicative portant sur le volet additionnel relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé

Le volet contractuel « pertinence » s'inscrit dans la démarche d'amélioration de la pertinence des soins. L'objectif de ce volet est de promouvoir l'amélioration de la pertinence des soins auprès des établissements et des professionnels de santé. A ce titre, il doit aussi servir d'outil pédagogique et de dialogue avec les professionnels de santé⁹.

La pertinence des soins est en effet un enjeu fort pour l'efficacité de notre système de santé et pour l'efficience des dépenses de santé, à la fois en évitant les risques potentiels pour les patients et en évitant les dépenses non pertinentes.

Définition de la Pertinence des Soins

La définition de la pertinence des soins de santé, selon l'association médicale canadienne, est la suivante : les bons soins fournis par les bons fournisseurs au bon patient, au bon endroit et au bon moment aboutissant à des soins de qualité optimale. C'est le juste choix pour une prescription optimale : évitant l'excès de traitement, la prescription inappropriée et l'insuffisance de traitement. Un soin est donc pertinent dès lors qu'il est utile et adapté.

1. Ciblage et contractualisation

Le présent volet constitue une des modalités d'application du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS), élaboré en concertation avec votre instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS).

Le champ d'application du volet recouvre les domaines d'actions suivants : actes, prestations et prescriptions retenues portant le cas échéant sur la structuration des parcours de santé et l'articulation des prises en charge en ville et en établissement de santé avec ou sans hébergement. Ce champ d'application correspond aux domaines définis comme prioritaires par le PAPRAPS. Chaque région définit ainsi, sous réserve le cas échéant d'orientations nationales, les actions prioritaires sur lesquelles elle souhaite travailler.

Ce volet va porter sur des données quantitatives (taux de recours, nombre de séjours, coefficient de variation), permettant d'identifier les atypies par rapport à un taux moyen national, et sur des données qualitatives (outils de la Haute Autorité de Santé et des Sociétés savantes).

Ciblage des établissements :

Sur une même région, tous les établissements sont ciblés à partir des critères définis par le PAPRAPS. Ils sont ciblés lorsque sont constatés :

- *un écart significatif entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable ;*
- *Ou une proportion élevée d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé non conformes aux référentiels établis par la HAS.*

Ce volet est signé pour une durée maximale de 5 ans à compter du 1^{er} janvier suivant la date de signature du contrat. Il peut être modifié par avenant.

⁹ Un guide méthodologique pour l'amélioration de la pertinence des soins et un atlas des variations des pratiques médicales publiés par la DGOS détaillent plus précisément ces objectifs.

2. Contenu du volet

Les établissements ciblés en application du PAPRAPS se verront, sur cette base, fixer des objectifs adaptés à la ou aux thématiques ayant mené à la contractualisation. *A minima*, un objectif quantifié devra figurer au titre de la thématique principale qui permettra de déterminer le déclenchement de la sanction ou de l'intéressement le cas échéant. Des objectifs complémentaires pourront également être fixés, y compris de nature qualitative, qui permettront de moduler la sanction ou l'intéressement. Ces objectifs gagneront à être quantifiés dans la mesure du possible et pourront concerner les thématiques que vous jugerez plus accessoires que celle justifiant, pour l'essentiel, le recours au contrat.

Plan d'actions :

Le plan d'action peut préciser les éléments suivants :

- la thématique et le champ d'application (pertinence des actes, pertinence des prescriptions, pertinence des modes de prises en charge, pertinence des parcours), ayant mené à la contractualisation ;
- les objectifs à atteindre (quantitatifs ou qualitatifs) ;
- les actions à mettre en œuvre (accompagnement des Etablissements de Santé, suivi des MSAP, actions de formation, outils décisionnels...) qui sont priorisées ;
- les indicateurs de suivi permettant d'évaluer l'atteinte des objectifs fixés à l'établissement ;
- le pilote et les acteurs associés ;
- les ressources financières et/ou humaines nécessaires ;
- les difficultés éventuelles ;
- les dates de début et de fin

3. Modalités d'évaluation, intéressement et sanction

Chaque année, le volet additionnel fait l'objet d'une évaluation en fonction des résultats obtenus par l'établissement.

L'évaluation porte sur l'ensemble des indicateurs définis dans le plan d'actions des établissements. Néanmoins, lors de la contractualisation, une thématique principale est arrêtée par les parties et permet de déclencher des intéressements ou la sanction le cas échéant. Le montant final est ensuite déterminé après évaluation des éventuelles pondérations calculées en fonction des résultats obtenus sur les autres indicateurs et thématiques (le cas échéant).

Les intéressements ou sanctions seront notifiés par le directeur général de l'ARS.

Deux types de sanction sont applicables pour ce volet : la MSAP et la retenue de maximum 1% des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement au titre du dernier exercice clos. La nature de la sanction est déterminée lors de l'étape de contractualisation.

Glossaire

Pertinence des soins

Outre la définition classique de la pertinence qui est : le bon acte pour le bon patient, au bon moment, sur la base des définitions de la RAND Corporation et de celle du NHS, la HAS *retient que l'analyse de la pertinence d'une intervention de santé comporte potentiellement plusieurs dimensions:*

- *la balance entre les bénéfices et les risques ;*
- *la probabilité pour l'intervention d'aboutir aux résultats attendus (par comparaison avec d'autres traitements) ;*

- *la qualité de l'intervention de santé (au regard de standards) ;*
- *la prise en compte des préférences des patients (ce qui implique une information appropriés) ;*
- *la prise en compte du contexte social, culturel et de la disponibilité des ressources de santé.*

La notion « d'intervention » peut être comprise dans un sens large renvoyant par exemple au parcours de soin du patient.

Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) :

Le PAPRAPS définit la stratégie régionale en matière d'amélioration de la pertinence des actes, prestations et prescriptions. Il est adopté par l'ARS, après avis de la commission de coordination des actions de l'agence régionale de santé et de l'assurance maladie et en étroite association avec l'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS).

En tant que fondement juridique du volet contractuel « pertinence », le PAPRAPS précise explicitement les domaines pour lesquels les établissements de santé de la région pourront être amenés à conclure le volet additionnel relatif à la promotion de la pertinence, ou être soumis à la procédure de mise sous accord préalable dans ce cadre. Cependant, son champ d'application ne se limite pas aux seuls établissements de santé. Toute action menée au niveau régional en matière d'amélioration de la pertinence des soins méritera d'y figurer.

Instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS) :

L'IRAPS concourt à la diffusion de la culture de la pertinence des soins et à la mobilisation des professionnels de santé autour de cette démarche. Elle est consultée sur le projet de PAPRAPS, lors de sa préparation, de sa révision et de son évaluation. Cette instance consultative doit donc jouer un rôle moteur dans la conception et la mise en œuvre de la stratégie régionale d'amélioration de la pertinence dans toutes ses dimensions.

Cette instance se veut largement ouverte aux professionnels de santé (professions médicales, de la pharmacie, auxiliaires médicaux en fonction des domaines prioritaires dans la région). En complément des membres désignés nominativement par arrêté, il est possible d'inviter, en tant que de besoin, des personnalités extérieures pour contribuer aux travaux de l'instance.

La liste des établissements de santé ayant été ciblés en application du PAPRAPS devra être présentée chaque année aux membres de l'IRAPS ainsi qu'une synthèse des résultats obtenus, de manière générale, dans le cadre de la politique de contractualisation avec les établissements de santé en vue d'améliorer la pertinence des soins. L'objectif est de permettre aux membres de l'IRAPS d'évaluer les résultats de la stratégie régionale et de se prononcer sur les révisions éventuelles du PAPRAPS. En revanche, l'instance n'a pas vocation à examiner la situation individuelle des établissements de santé.

Procédure de mise sous accord préalable

La mise sous accord préalable est une procédure fixée par l'article 37 de la loi de financement de la Sécurité Sociale 2008.

Elle consiste à subordonner à l'avis du service médical de la Sécurité Sociale, une activité de l'établissement de santé ou une prescription d'un professionnel de santé.

Son objectif se veut pédagogique et vise à sensibiliser les établissements et les professionnels de santé à l'application des référentiels médicaux de la HAS ou aux recommandations des sociétés savantes. Elle vise également à l'amélioration de l'organisation de la prise en charge des patients (chirurgie ambulatoire, rééducation en SSR).

Accord préalable et hypocholestérolémiants

Accord préalable et actes de masso-kinésithérapie (référentiels déterminant le nombre de séances remboursables sans accord préalable)

Accord préalable et chirurgie ambulatoire portant sur 55 gestes (actes chirurgicaux avec hospitalisation d'au moins une nuit)

Accord préalable et rééducation en SSR (orientation des patients du MCO vers les établissements SSR)

Autorisation préalable et soins à l'étranger

Accord préalable et transport

La mise sous accord préalable démarre alors à la date de sa notification ; elle est prononcée pour une période maximum de 6 mois et concerne un nombre de gestes ou de prestations limitatif.

Critères de ciblage des établissements de santé

Les motifs de ciblage de MSAP sont prévus à l'article L.162-1-17 du CSS. La mise sous accord préalable est justifiée par l'un des constats suivants :

- une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation,
- une proportion élevée de prescriptions de ces prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation,
- un écart significatif entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable
- une proportion élevée d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé.

Le ciblage des établissements est réalisé conjointement par l'Assurance Maladie et l'ARS.

Annexe 6 : Fiche explicative portant sur le volet additionnel relatif à l'amélioration des pratiques en établissement de santé

1. Objectifs

L'objectif principal de ce volet est d'accompagner les établissements les plus en retard sur le plan de la qualité et de la sécurité de certaines pratiques médicales. Il constitue un outil de ciblage des établissements pour lesquels les enjeux de qualité et de sécurité des soins doivent faire l'objet d'un traitement renforcé dans leur CPOM et le dialogue de gestion.

L'établissement peut faire l'objet d'une sanction s'il ne souhaite pas s'engager dans une démarche d'amélioration de ses pratiques (refus de signature), ou s'il ne répond pas aux objectifs qui lui sont assignés. Toutefois, la sanction est modulée selon le nombre de risques concernés et selon l'atteinte des objectifs figurant dans le plan d'amélioration. Les risques identifiés en termes de sécurité des soins sont le risque infectieux, le risque médicamenteux et le risque de rupture dans le parcours de soins.

2. Les indicateurs utilisés pour le ciblage

Pour repérer les établissements dits « à risque », il est proposé de s'appuyer sur des indicateurs déjà recueillis par les établissements de santé (indicateurs en diffusion publique et un indicateur hôpital numérique qui s'impose déjà aux établissements). Si un établissement n'est pas soumis au recueil d'un des indicateurs, il ne peut être ciblé sur ce risque (par exemple, un établissement HAD pour l'indicateur DEC à 0 jours).

Risque infectieux

Le risque infectieux est mesuré par l'indicateur **ICALIN2**, indicateur composite de la lutte contre les infections nosocomiales. Cet indicateur est présenté sous la forme d'une note sur 100 et d'une classe de performance, qui objective l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé, les moyens mobilisés et les actions mises en œuvre.

Les établissements dont le résultat les positionne en classe C, D ou E, et les non-répondants seront ciblés par cet indicateur. La valeur de référence pour un établissement de santé est le résultat publié sur le site internet Scope Santé (<http://www.scopesante.fr>). Les résultats des établissements, actualisés tous les deux ans, sont mis en ligne sur le site Scope Santé fin novembre. Pour les ARS, ils sont également disponibles sur le tableau de bord régional mis à leur disposition sur la plateforme QUALHAS.

Risque médicamenteux

S'agissant du **risque médicamenteux**, l'indicateur d'hôpital numérique **D3.1** « Taux de séjours disposant de prescriptions de médicaments informatisées » est mobilisé. Cet indicateur se présente sous la forme du taux de séjours comportant *a minima* une prescription de médicaments informatisée. La valeur cible est 50% des séjours.

Les établissements de santé dont le résultat est strictement inférieur à 10% seront ciblés par cet indicateur. La valeur de référence pour un établissement est le résultat publié sur le site internet de l'Observatoire des Systèmes d'Information de Santé, oSIS (<http://osis.atih.sante.fr>). Les résultats sont disponibles sur la base oSIS. Les ARS peuvent accéder aux données régionales mises à jour deux fois par an, fin juin et fin décembre.

Pour les établissements qui n'auraient pas renseigné la valeur de l'indicateur dans la base, l'opportunité de signer un contrat est laissée à l'appréciation de l'ARS.

Risque de rupture du parcours

Le **risque de rupture de parcours** sera évalué par l'indicateur **DOC**, document de sortie en MCO. Cet indicateur se présente sous la forme de taux qui évalue la qualité du document de sortie produit le jour de la sortie du patient. Les établissements de santé dont le taux de conformité est significativement inférieur à 10% (c'est-à-dire ceux pour lesquels l'intervalle de confiance du résultat est strictement inférieur à 10%), et les non-répondants **seront ciblés par cet indicateur**. La valeur de référence pour un établissement est le résultat publié sur le site internet Scope Santé. Les résultats des établissements, actualisés tous les deux ans, sont mis en ligne sur le site Scope Santé fin novembre. Pour les ARS, ils sont également disponibles sur le tableau de bord régional mis à leur disposition sur la plateforme QUALHAS.