

Enjeux liés à la signature du CAQES avec l'ARS et l'AM en 2018

Produits de santé / Transports sanitaires

CME 11 octobre 2017

DOMU DEFIP

■ A compter du 01/01/2018, le CAQES remplace 5 contrats (rendus caducs) :

- ▶ **CBUS**
- ▶ **PHEV** (*prescriptions hospitalières exécutées en ville*)
- ▶ **CAQOS transports** (*contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins*)
- ▶ **Contrat de la pertinence des soins**
- ▶ **CAPEs** (*contrat d'amélioration des pratiques en ES*)

Objectifs de qualité et d'efficience

■ Le CAQES donne lieu à un rapport d'évaluation annuel

- ▶ Il fixe des cibles à atteindre avec des indicateurs nationaux et régionaux
- ▶ L'AP-HP est considérée comme un établissement unique, mais les cibles restent une référence vers laquelle chaque site hospitalier doit tendre.
- ▶ Si non respect des exigences → sanction financière et/ou mise sous accord préalable (diapo suivante)

■ Calendrier d'élaboration du CAQES APHP :

- ▶ Une proposition de contrat par l'ARS et l'AM a été transmise à l'AP-HP, négociation en cours ; signature prévue avant la fin 2017 après avis de la CME

Sanction financière

Mise sous accord préalable si non atteinte des objectifs

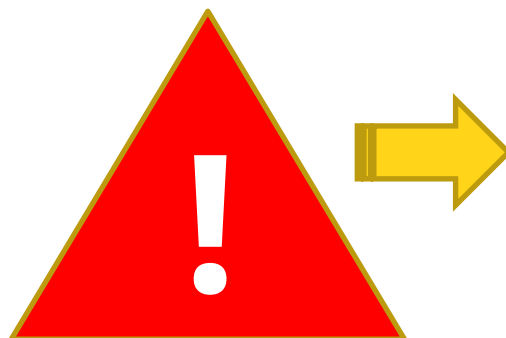
ou

Basée sur les produits reçus des régimes d'assurance maladie: jusqu'à 1% **pour chaque volet** du CAQES

Basée sur la réduction des remboursements listes en sus: jusqu'à 30%

Recueil systématique de l'accord préalable du service médical de l'AM pour les actes et prestations ou prescriptions ciblées

1% ≈ 50 millions €
Les sanctions par volet s'additionnent



Zone de risque financier +++

■ INFORMATISATION DE LA TOTALITE DU CIRCUIT du médicament et des DM

- ▶ Y compris interfaçages + logiciels d'aide à la prescription disponibles lors de toute prescription
- ▶ Y compris les consultations
- ▶ Information du patient : Document de sortie type HAS ; en cas de pose d'un DMI : remise systematique d'un document de traçabilité au patient

■ DEVELOPPEMENT DE LA PHARMACIE CLINIQUE en fonction du profil d'activité de chaque site

- ▶ Conciliation médicamenteuse

■ BON USAGE DES PRODUITS DE SANTE DE LA LISTE EN SUS

- ▶ Maitrise des dépenses
 - *Taux d'évolution à respecter: +4,1% pour les médicaments, 5,8% pour les DMI (arrêté du 27 04 2017)*
- ▶ Utilisation conforme à l'AMM et à la LPP / prescription non conforme uniquement en l'absence d'alternatives et si « evidence based medicine »

■ Pour l'Assurance Maladie, un enjeu sur ce poste de dépenses

- ▶ + 1,1 Md € en 2016 pour l'AP-HP, soit plus de la moitié des dépenses de tous les établissements d'IDF) → forte mobilisation souhaitée

■ Objectifs fixés dans la proposition de CAQES :

- ▶ TAUX D'EVOLUTION DES DEPENSES PHEV DES PRODUITS DE SANTE
 - *Taux d'évolution à ne pas dépasser en 2017 : + 4 % (Spécialités pharmaceutiques et produits inscrits à la LPP)*
- ▶ PRESCRIPTION EN DCI/promotion génériques et bio-similaires
 - *Taux à atteindre de prescription de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques = 45,5 %. (taux AP-HP en 2016 = 42,8%)*
- ▶ MENTION DU CODE RPPSS (en plus du FINESS) sur toutes les ordonnances exécutées en ville
 - *RPPS mentionné dans 36% des ordonnances de pharmacie exécutées en ville de l'AP-HP (6% à 53% selon les sites): chiffres assurance maladie 2017*
- ▶ PSAD (*prestataires de service à domicile*): régulation de leurs interventions dans les services de soins de l'AP-HP
 - *Dépenses assurance maladie : 100 millions d'euros en 2016 suite prescriptions de l'AP-HP; 231 PSAD concernés (hors pharmacie de ville)*

■ Ce poste de dépense représente à l'AP-HP 153,5 M€ (+7,9% 2016/2015)

■ Objectifs du CAQES :

Réduction des dépenses ; gestion centralisée des commandes de transports ; optimisation du recours aux ambulances ; développement du transport partagé

■ Cibles CAQES :

- Respect du taux de croissance annuel fixé à 2,2%
- Mobilisation des prescripteurs de transports, sensibilisation des patients
- Objectif de 100% de prescriptions préalables au transport sauf cas d'urgence
- Progression du recours au SCA pour les transports à la charge de l'AM

Avis de la CME?



ANNEXES

→ Amélioration de la qualité des soins
→ Régulation des dépenses

1 Volet obligatoire = Contrat socle Produits de santé

→ Tous les ES

Qualité & Sécurité

Effizienz des prescriptions

Obligation de résultats, de mise en œuvre ou de mobilisation de moyens

Plan d'actions

Indicateurs nationaux
+ indicateurs régionaux

Evaluation annuelle de l'atteinte des objectifs (auto-évaluation, échanges puis rapport d'évaluation)

Sanction financière et/ou mise sous accord préalable si non atteinte des objectifs

3 Volets additionnels

→ ES ciblés par ARS et Assurance maladie

Transport ville/hôpital

Pertinence des soins

Sécurité des soins

Obligation de résultats

Indicateurs régionaux

Intéressement (transport) ou Sanction financière

Sanction financière

Objectifs communs avec le CBUS

- Management de la qualité et gestion des risques**
- Informatisation des circuits des produits de santé**
- Bon usage des produits de santé**
- Décisions pluridisciplinaires**
- Maîtrise des dépenses hospitalières**

+ Objectifs communs avec le PHEV

- Maîtrise des dépenses en ville**
- Prescription en DCI**
- Mention du n°RPPS des prescripteurs sur les ordonnances de sortie**
- PSAD (*prestataires de service à domicile*): régulation de leur intervention**

+ Objectifs renforcés

- Sécurisation du parcours du patient**
- Sécurisation de la prescription**
- Sécurisation de l'administration**
 - ✓ Étiquetage des formes unitaires sèches et injectables
 - ✓ Préparation injectables hors cancérologie
 - ✓ Automatisation de la délivrance nominative

BILAN 10 du CBUS

QUELQUES CONSTATS

10 ANS DE CBUS A L'AP-HP

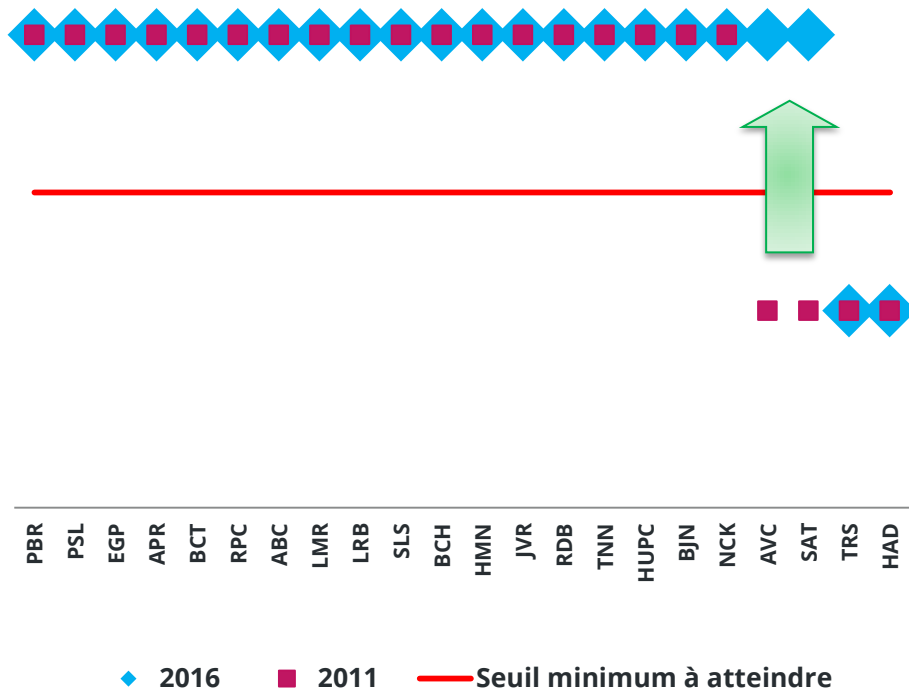
- **CBUS: une obligation pour tous les hôpitaux MCO:** tous les sites sont rentrés dans la démarche mais toujours des différences
- **Contexte début des années 2000: Volonté des tutelles**
 - ▶ Sécuriser les circuits des PS, manager par la qualité, gérer les risques et renforcer le bon usage des PS (textes juridiques, recommandations, plans, certification des établissements de santé...)
- **Au niveau institutionnel:**
 - ▶ MANAGEMENT de la qualité de la prise en charge médicamenteuse /RSMQ
 - ▶ GESTION DES RISQUES/CGRAS
 - ▶ FORMATION ET SENSIBILISATION du personnel concerné
 - ▶ SECURISATION DE L'ADMINISTRATION DES ANTICANCEREUX /centralisation en PUI des préparations
 - ▶ OPTIMISATION DE LA PECM: Prises de décisions pluridisciplinaires, pharmacie clinique, comités de juste prescription...
- **Feuille de route ARS 2017**
 - ▶ Pharmacie clinique à développer (*analyse pharmaceutique de l'ordonnance, préparation des doses à administrer, conciliation médicamenteuse...*)
 - ▶ Finalisation de l'informatisation des circuits des produits de santé
 - ▶ Focus sur le circuit des DMI à optimiser...

Dynamique institutionnelle

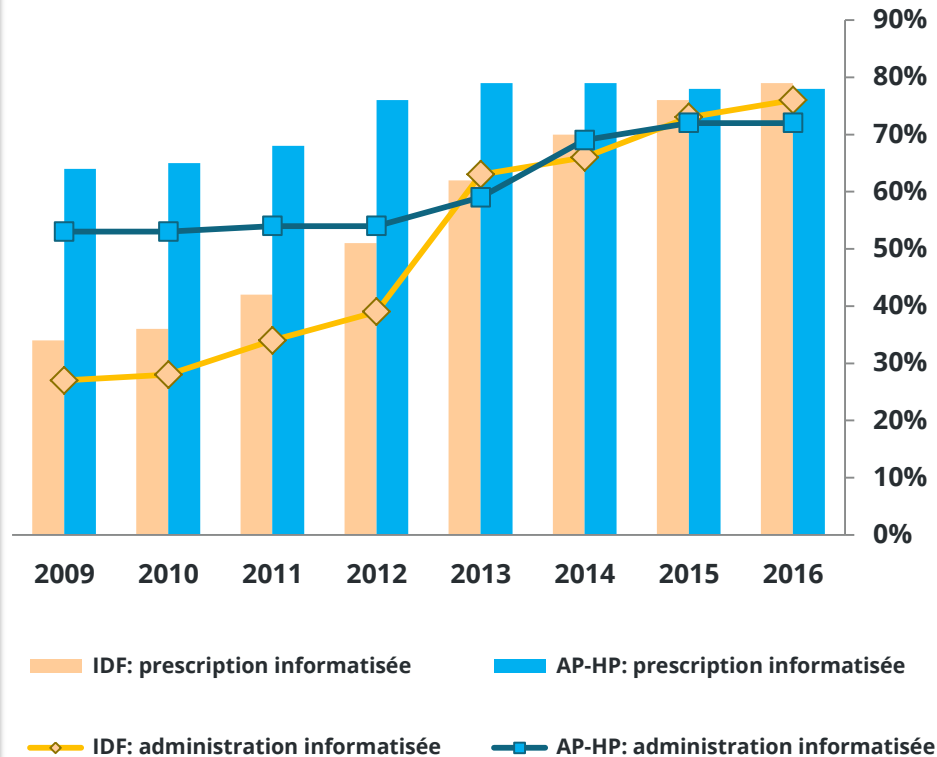
- ▶ **Les professionnels de l'AP-HP travaillent ensemble (contacts multiples entre les différents métiers) et partagent leur expérience**
- ▶ **Mobilisation des équipes et mise à disposition d'outils sur le circuit du médicament, beaucoup moins sur le circuit des dispositifs médicaux stériles**
- ▶ **Points de faiblesse identifiés (ruptures de tâche, présence de personnels intérimaires...)**
- ▶ **Points critiques : taille de l'institution, personnels en formation, informatisation incomplète et hétérogène avec des problèmes d'interopérabilité entre les applications ...**

EVOLUTION AP-HP VERSUS IDF (1/2)

Evolution du score des hôpitaux MCO & HAD de l'AP-HP

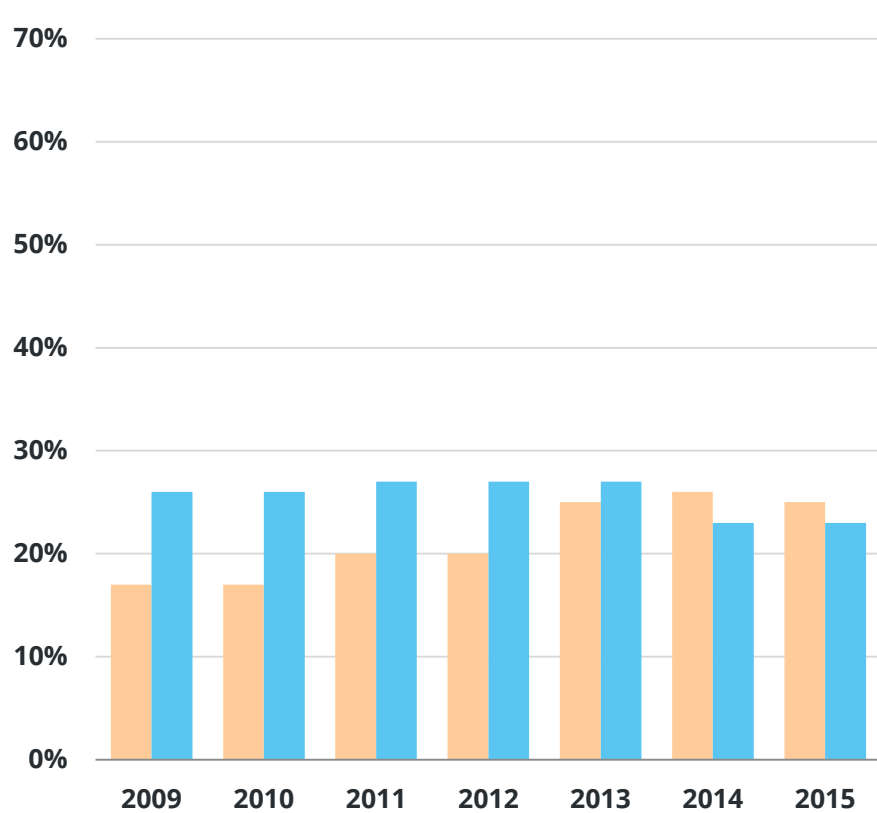


AP-HP vs IDF : Evolution du développement de la prescription informatisée et de l'administration informatisée (% lits/places totaux)



AP-HP vs IDF: évolution du % lits/places MCO

DELIVRANCE NOMINATIVE



ANALYSE PHARMACEUTIQUE

