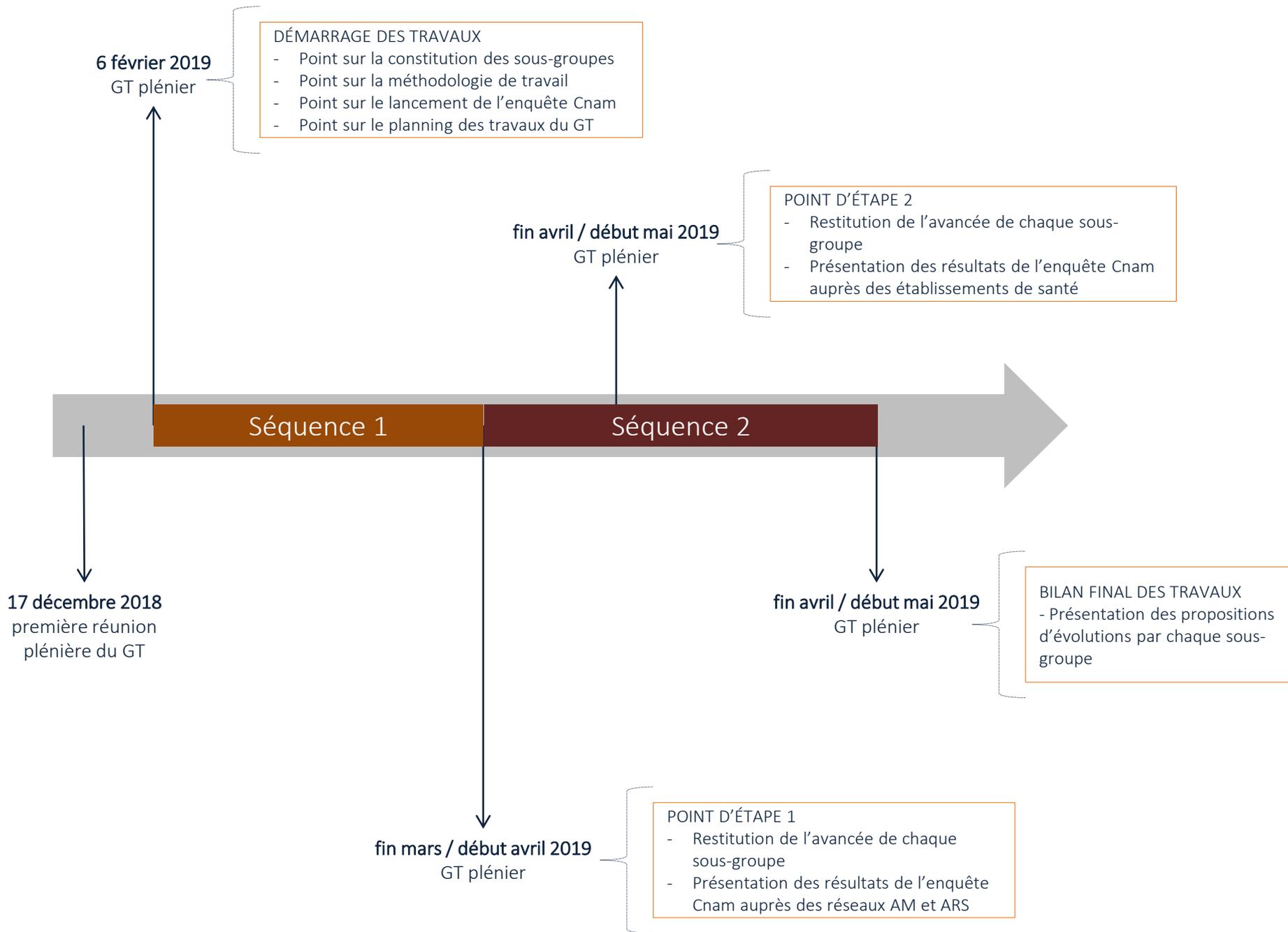


Comité stratégique OMÉDIT Normandie

Réunion Comité stratégique
30/04/2019

ODJ

- Point CAQES : restitution des 4 GT
- Prochaine journée régionale « OMÉDIT Moi Tout ! »
- Dates des prochaines réunions
 - Comité stratégique, Comité régional + COPIL CAQES, CT/GT



Retour d'expérience et perspectives

Entretiens Réseaux AM

- Etude qualitative / discussion avec les différents acteurs d'explorer en profondeur leur vision sur le CAQES, sa mise en œuvre et les évolutions à apporter. L'échantillon interrogé, ne permet certes pas de quantification, mais rend compte de tous les points de vue possibles en incluant l'ensemble des profils des acteurs concernés.
- 8 entretiens approfondis d'une 1h30 par téléphone ayant eu lieu du 13/2/2019 au 1/3/2019 avec des représentants des réseaux de l'Assurance Maladie et des ARS/Omedit directement impliqués dans la mise en œuvre du CAQES.
- Les résultats agrégés et anonymes. Ils présentent la synthèse des propos recueillis.
- Les contextes régionaux sont très différents mais ils aboutissent à des conclusions solides sur les 2 réseaux. Des spécificités ressortent eu égard aux missions et aux organisations propres à chaque réseau.



Bilan de la première campagne CAQES (2017-2018)

Les 2 réseaux s'accordent à dire que la mise en œuvre du CAQES depuis 2017 représente :

- Une démarche intéressante
- Qui permet d'avoir une approche globale de la qualité et de l'efficience
- Vecteur de dialogue avec les établissements

MAIS

- Un dispositif lourd en termes de ressources
- Compliqué dans l'application
- A mettre en place dans un délai contraint
- Auprès d'un grand nombre d'établissements
- Relativement descendant du national vers les régions

Pour les participants, il est essentiel :

- D'aller au bout de la démarche de simplification initialement affichée
- De ne pas fragiliser le travail réalisé avec les établissements de santé (ES)
- Faire adhérer l'ensemble des personnels concernés au sein des ES pour que le CAQES soit porteur de SENS dans leur pratique.



Collaboration ARS / Omedit / AM

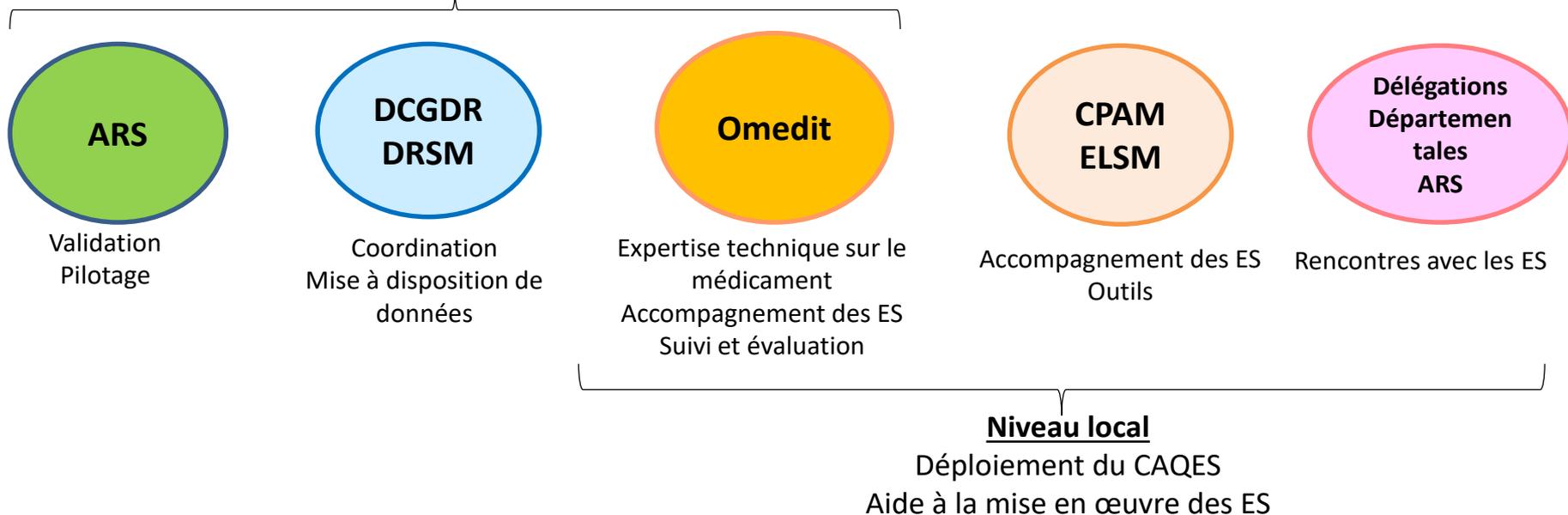
Une mise en œuvre du CAQES qui nécessite une très forte mobilisation :

- De compétences pluridisciplinaires : administratives, médicales, statistiques, évaluation
- Disponibles au sein de plusieurs organismes, ayant des missions différentes (ARS = tutelle, Omedit = qualité/sécurité sur le champ du médicament, AM = régulation des dépenses de l'enveloppe de ville)
- Implémentés sur plusieurs niveaux territoriaux
- Dont les ressources sont limitées

Niveau régional

Définition des orientations stratégiques

Rencontres avec les Fédérations et établissements



Collaboration ARS / Omedit / AM

Apports perçus

- Une collaboration au niveau régional entre l'ARS/Omedit/AM : COPIL / Groupes techniques de travail/ réunions dédiées pour le CAQES et pour les volets additionnels
- Une collaboration renforcée mais perfectible entre le régional/local et transverses entre les CPAM / ELSM et les Directions Départementales des ARS
- Des outils de partage mis en place par les Omedit pour faciliter la contractualisation (ex : plateformes d'échange, BAL, sharepoint...)

Freins

- Difficultés d'organisation et de communication
- Un dispositif qui demande une mobilisation importante en pilotage et en contribution mais qui repose sur peu de personnes
- Manque d'information et de données du niveau régional vers le niveau local, qui porte le contrat auprès des établissements
- Des champs de compétences « historiques » et des objectifs propres à chaque institution qui interrogent sur les rôles et l'implication de chacun
- Accompagnement morcelé de la contractualisation selon les intervenants et les thèmes

L'enjeu est de partager une vision commune, sous des angles différents, d'être au même niveau d'information et de disposer d'outils communs.

Définition des priorités ARS/Omedit/AM

1-Définition des priorités

Choix des indicateurs du volet socle Produits de santé :

- Sélection des indicateurs en fonction de la typologie des établissements (neutralisation si nécessaire). La contractualisation de masse empêche de réaliser une personnalisation effective du contrat par ES contractant.
- Le volet socle a vocation à avoir une vision complète sur le bon usage des produits de santé. Il a bénéficié des réflexions et des travaux menés antérieurement pour des contrats pré-existants (CBUM, CAQOS, CAPES) et la PHMEV.
- 2 angles de vue différents liés aux missions propres de chacun :

Assurance Maladie

- PHEV, génériques, biosimilaires
- Indicateurs quantitatifs et financiers

ARS / Omedit

- CAQES dans la continuité du CBUM
- Indicateurs qualitatifs
- Approche maximaliste sur les indicateurs de qualité, sécurité, traçabilité des médicaments. +++
- Problème avec les indicateurs nationaux en termes de nombre, de définition, de faisabilité de recueil.

2-Présentation du CAQES aux ES

Nécessité d'un lien pour équilibrer les rôles et l'implication de chacun

Définition des priorités AM/ARS/Omedit

Choix des volets additionnels :

1-Définition des priorités



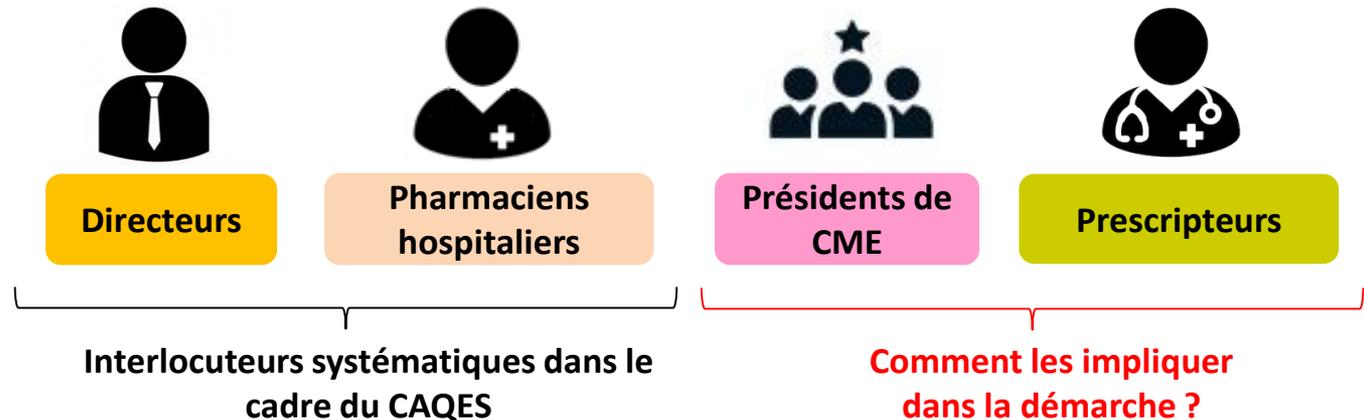
2-Présentation du CAQES aux ES

		Décision prise en fonction du contexte régional	
		Contractualisation	Non contractualisation
Volet transport	<ul style="list-style-type: none"> -Continuité du CAQOS -Auprès des ES qui représentent 80-90% des dépenses de la région -Sujet bien maîtrisé par l'AM 	<ul style="list-style-type: none"> -Impact de l'article 80 -Difficile d'imputer les résultats à l'établissement : les variations de taux d'évolution des dépenses peuvent lui être extérieures. 	
Volet pertinence	Thèmes retenus : <ul style="list-style-type: none"> -Chirurgie bariatrique -Césarienne programmée -Canal carpien -Insuffisance cardiaque -Transport (car plans d'action disponibles dans PAPRAPS) -Ciblage : les établissements les plus en écart -Travail avec l'IRAPS 	En mineur : <ul style="list-style-type: none"> -Les indicateurs d'adéquation des séjours et des actes sont dans le CPOM. -Démarche MSAP 	
Volet qualité	/	Aucune contractualisation sur le volet qualité dans les 4 régions interrogées. <ul style="list-style-type: none"> -La rubrique qualité a été intégrée dans le volet socle -Les cibles nationales sont trop basses. -Les indicateurs ne semblent pas pertinents ou sont déjà ciblés par d'autres dispositifs régionaux. 	

Contractualisation CAQES avec les établissements



- Le CAQES a été présenté :
 - dans un premier temps aux Fédérations hospitalières,
 - puis aux collectivement aux ES dans le cadre de réunions en territoire
- Des présentations ont été faites en CME mais de façon non systématique, et parfois en aval de la démarche.
- Présenté comme la continuation des anciens contrats (CBUM, CAQOS)



Contractualisation CAQES avec les établissements

Perception des partenaires hospitaliers sur le CAQES (vision des participants ARS et AM) :

- Pas d'opposition sur le principe d'un contrat mais le dispositif paraît trop complexe et trop contraignant.
- Le CAQES est vu comme un outil administratif et non un levier pour la qualité et l'efficacité.

Directeurs

- Les prescripteurs leur opposent la liberté de prescription.
- Ont besoin de données détaillées pour identifier les différents contributeurs (service ou prescripteur) en termes de volumes / dépenses.
- Manquent de ressources en interne pour la mise en œuvre et le suivi du CAQES.
- N'ont pas de leviers dans les cliniques privées sur les prescripteurs libéraux.

Présidents de CME

- Ont connaissance du CAQES.
- Pas d'opposition de principe mais pas encore au stade de mise en place d'un plan d'action.
- Ont besoin de données de prescription fines pour la mise en œuvre et le pilotage des plans d'action.

Pharmaciens hospitaliers

- N'ont pas de leviers pour agir sur les prescriptions exécutées en ville.
- Dans le cadre des appels d'offres, le choix de l'offre économiquement la plus avantageuse peut être contradictoire avec les objectifs du CAQES. Ex : prix des offres des biosimilaires plus élevés que ceux des princeps.

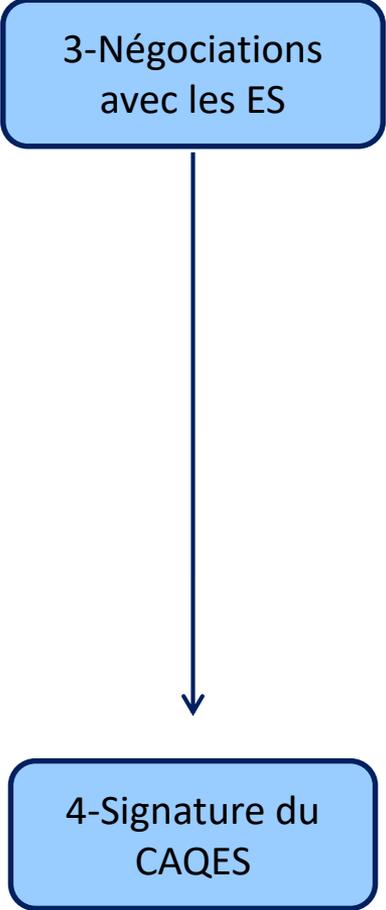
Prescripteurs

- Ne connaissent pas le CAQES et ses objectifs.
- Ne se sentent pas impliqués dans la démarche. Pas associés à la réflexion et à la définition des plans d'actions, ou très en aval.

Contractualisation CAQES avec les établissements

Négociations avec les ES :

3-Négociations avec les ES



Freins

- **Le principe des sanctions a été source de blocage dans les discussions avec les ES jusqu'à l'annonce du délai de 2 ans avant l'entrée en vigueur des sanctions.**
- Les Fédérations ont recherché l'équité entre les régions après avoir comparé les pratiques sur le territoire.
- Les cliniques privées se sont attachées à demander des neutralisations sur les indicateurs PHEV en raison de la difficulté de rattacher à un établissement les prescriptions de PS libéraux.

Leviers

- La fixation des cibles en amont avec les établissements est utile dans le cadre des dialogues de gestion et est de nature à les faire adhérer à la démarche.
- Les indicateurs de moyens permettent d'embarquer les établissements.

4-Signature du CAQES

Signature des contrats :

Un dispositif de contractualisation très chronophage :

- Volume de contrats important = 100% des établissements
- Au format papier. Pas de dématérialisation totale possible pour rendre les contrats opposables

Mise en œuvre du CAQES dans les établissements

5-Diagnostic régional à t0 avec les ES



6-Plans d'actions fournis par les ES



7-Analyse des plans d'action



8-Mise en œuvre des plans d'action

Un accompagnement des ES tout au long de la mise en œuvre

- Pour les régions où une évaluation à t0 a été réalisée, (indicateurs avec les données 2017), celle-ci a permis aux établissements de se positionner et de fixer conjointement des cibles adaptées.
- Interface avec les ES et co-construction des plans d'action avec certains ES.
- En fonction des capacités d'intervention, accompagnement individuel des ES qui représentent la plus grande part des dépenses, rencontrés par l'ARS et l'AM lors des dialogues de gestion, accompagnement MMH de l'AM, accompagnement Omedit...

Problématique

Les ES demandent de données détaillées par service voire par médecin pour identifier les actions, les mettre en place, et les suivre. Toutefois, les profils fournis par l'AM portent sur des données trop anciennes et incomplètes. Problème de rattachement du RPPS du PS et du FINESS de l'établissement signataire.

L'absence de données des prescriptions des PS libéraux intervenant dans les cliniques privées empêche le suivi au niveau de l'établissement.

Outils en régions

Construction de profils régionaux (ex : à partir des données du régime général...) pour un accompagnement personnalisé des ES.

Suivi et évaluation

L'évaluation a été le sujet de nombreuses questions de la part des établissements, notamment car les résultats sont opposables pour les éventuels intéressements et sanctions. 2 niveaux d'évaluations : Omedit sur le volet socle et AM sur la régulation

9-Suivi des indicateurs et évaluation

Problématiques

- Trop d'indicateurs. Pas de lisibilité et perte de sens. +++
- Modalités d'évaluation non stabilisées. Peu d'instructions du national.
- Données produites à des timings différents.
- Travail chronophage d'évaluation alors que les effectifs des ARS/Omedit/AM/établissements se réduisent.
- Faute d'un outil national spécifique au CAQES, utilisation d'outils régionaux « Omedit ».

Attentes

- Permettre aux régions de sélectionner les indicateurs qui permettront de suivre la montée en charges des plans d'action
- Réduire le nombre d'indicateurs à suivre (surtout les indicateurs nationaux) pour aller plus loin qu'un travail de reporting pour les ES et donner du sens à l'évaluation.
- Développer un outil national permettant d'injecter des données établissements/AM, d'automatiser le calcul des taux d'atteintes et faciliter l'analyse, et partager les informations entre les différents acteurs.

10-Intéressement / sanction

Intéressement et sanction

Problématiques

- Les sanctions ont été sources de blocage dans les discussions avec les établissements, avant l'annonce du délai d'entrée en vigueur des sanctions.
- Pas de connaissance de l'enveloppe pour l'intéressement.
- Pas de méthode de calcul précisée par le niveau national.
- Les règles différentes retenues pour les dispositifs d'intéressement hors CAQES (expérimentation biosimilaires, article 51) ont été sources de confusion pour les établissements.
- Il est compliqué de calculer un intéressement ou une sanction sur des périmètres qui évoluent constamment (nouveaux médicaments, intégration de nouveaux régimes, article 80...)

Attentes

- Le montant de l'enveloppe et les directives sur les méthodes de calcul doivent être communiquées en amont aux régions afin de pouvoir valoriser cet aspect du contrat auprès des ES et de les accompagner au mieux.
- Le mécanisme d'intéressement doit être incitatif.
- Il pourrait permettre à un pôle ou un service d'être rétribué directement afin d'impliquer les prescripteurs et de les mobiliser sur les plans d'action.

9-Suivi des indicateurs et évaluation



10-Intéressement / sanction

Pistes d'évolution du CAQES (1/3)

Le process que devrait suivre le CAQES :

- Elaboration de la stratégie régionale
- Déclinaison au niveau des établissements
- Définition d'un plan d'action concerté avec les ES (cœur du contrat)
- Définition des indicateurs permettant de suivre la montée en charge du plan d'action
- Suivi et évaluation
- Calcul des taux d'atteinte
- Intéressement

Pilotage
ARS / AM



Accompagnement
ciblé Omedit / AM
pour aider les ES

Simplifier le CAQES

- Le format du contrat est intéressant car c'est un vecteur de dialogue de gestion avec les ES. Il permet d'impliquer les directions.
- L'avantage du contrat unique est d'avoir une approche globale. Il doit concerner toutes les structures mais il faudrait des modèles par typologie d'ES ou la possibilité de faire des contrats a minima. Les indicateurs de régulation ont par exemple très peu d'impact pour certaines catégories d'ES (ex biosimilaires dans les SSR ou HAD).
- Limiter le nombre d'indicateurs nationaux
- Au niveau régional, les plans d'action inclus dans les CAQES doivent être des déclinaisons opérationnelles des axes stratégiques : Les indicateurs doivent se limiter à ceux permettant de suivre la montée en charge des plans d'action inclus dans le CAQES de l'établissement.
- Les indicateurs doivent être définis clairement et focalisés sur le plan d'action.

Pistes d'évolution du CAQES (2/3)

Impliquer les prescripteurs via l'intéressement

- Impliquer directement les prescripteurs et leurs services dans l'intéressement (à l'instar du dispositif retenu dans l'expérimentation biosimilaires – article 51)
- Définir un mécanisme d'intéressement incitatif, clair et simple
- Faire entrer l'innovation thérapeutique ou clinique dans le contrat.
- Faire connaître les modalités de l'intéressement en amont.
- Eviter la redondance avec d'autres dispositifs d'intéressements (ex : IFAQ).
- Accompagner les équipes hospitalières sur des sujets ciblés.

Faire évoluer les données fournies aux ES

- Pour renforcer la collaboration, fournir des données de façon réactive, même si elles ne portent que sur le régime général.
- Présenter les profils avec les classes ATC plutôt que les classes CEPS afin de permettre aux ES de se positionner plus facilement.
- L'idéal : un profil par prescripteur. Difficultés connues : même si rattachement du RPPS au FINESS, la difficulté viendra du fait qu'un même PS peut exercer dans plusieurs ES. Il faudra aussi sensibiliser les pharmaciens de ville à la qualité de la saisie.
- Mutualiser les requêtes existantes au niveau local pouvant répondre aux besoins des régions.

Pistes d'évolution du CAQES (3/3)

S'appuyer davantage sur l'outil de contractualisation

- Relier le CAQES au CPOM soit par un document chapeau CPOM-CAQES, soit mettre le CAQES en annexe du CPOM, voire fusionner les deux contrats. En tout état de cause, garantir la place de l'AM dans les négociations.
- Inclure de nouveaux thèmes (ex innovation, parcours de soins/ouverture sur la ville...).

Ajouter une dimension territoriale au CAQES

- Intégrer une approche territoriale avec les autres acteurs contractuels (GHT, CPTS, CNP...).
- Des dialogues de gestion ont lieu au niveau du GHT. Contractualiser au périmètre du GHT dans le cadre du projet médical partagé donne du sens au niveau territorial. La contractualisation serait difficile en raison du statut et car les ES ont des tailles et des problématiques diverses.
- Des sujets médicaments, informatique et achats sont traités dans le cadre du GHT.

Faciliter la collaboration ARS / Omedit / AM / ES

- Avec un outil national web permettant d'injecter des données établissements/AM, d'automatiser le calcul des taux d'atteintes et faciliter l'analyse, et partager les informations entre les différents acteurs.
- Permettant des requêtes sur différents niveaux d'agrégat (national, régional, catégorie d'ES...) pour les indicateurs nationaux

Fiche d'orientation

Groupe de travail CAQES

Sous-groupe A : données de ciblage
des établissements

Proposer des évolutions

Le **choix de suivre l'ensemble des données qualité – sécurité et efficacité dans un dispositif unique** : il semble cohérent d'allier qualité et sécurité de la prise en charge médicamenteuse, avec l'efficacité.

Comment optimiser la productions des données ? : par le national des fichiers consolidés et produire des profils ou un partage des sources (logiciels ?) avec analyses croisées qui améliorent la réactivité de diffusion aux organismes locaux?
+ améliorer la fiabilité des données

Pour les ES responsabilisés sur la démarche d'efficacité, **comment les impliquer** dans les analyses des données ? **fournir des données plus fines** (par prescripteur ? – contraintes juridiques évoquées) pour répondre à certaines demandes ? Ou analyses ciblées par services ?

Groupe de travail CAQES A

Réflexions du RESOMEDIT.

- **L'évaluation s'appuie sur l'ensemble des données relatives aux produits de santé** (même approche pour le pilotage intra établissement) dans une vision globale et cohérente, sans doublon en terme d'intéressement /sanction.
 - **Conserver dans un volet socle une exigence d'amélioration de la qualité et de l'efficacité de l'utilisation des produits de santé** intégrant le management par la qualité du processus de prise en charge médicamenteuse et des DM en lien avec une dynamique de gestion des risques et des systèmes d'information interopérables mais aussi le volet pertinence.
 - Prescription, bon usage, pharmacie clinique, administration/pose , traçabilité, information patient doivent y figurer **dans une logique de territoire et de parcours.**
- **Croiser la prise en compte des différentes activités** (MCO, HAD, Dialyse, SSR , PSY) /typologie des établissements (HDJ Psy, Unité de Dialyse notamment).
 - **Toutes les spécificités des établissements ne peuvent pas être intégrées** dans la contractualisation **mais c'est l'évaluation qui doit prendre en compte les spécificités de l'établissement.**
 - **Tenir compte dans l'évaluation de la progression** de chaque établissement au-delà des établissements à forts enjeux **et s'adapter dans l'évaluation à leur spécificité** (SSR, PSY...).
 - Le CAQES comme l'a été le CBU **doit être par son évaluation annuelle un levier de progrès constant et régulier .**

Fiche d'orientation

Groupe de travail CAQES

Sous-groupe B : priorisation de la
contractualisation

Périmètre de travail du sous-groupe

Définir ici les termes « **priorisation de la contractualisation** » : comment est réalisée cette priorisation ? quels sont les critères déterminants dans la contractualisation avec l'établissement ? Dans son contenu, quels sont les items prioritaires du contrat et comment sont-ils déterminés ?...

Intégrer les thématiques transversales :

- **Quels sont les outils SI utilisés pour appuyer le choix en matière de priorisation de la contractualisation ?**
- **Comment la démarche de contractualisation CAQES cohabite avec l'ensemble des contrats/dispositifs ?** Y a-t-il des champs de contractualisation sur lesquels le CAQES n'est pas utilisé du fait de l'existence d'un autre dispositif ? Ou à l'inverse des champs pour lesquels le CAQES est le plus adapté ?

Proposer des évolutions

- Fixer un cadre national clair sur des enjeux, des priorités et une méthode de ciblage (par thématique, par taille). Cadrage régional. Contractualiser uniquement avec les établissements qui répondent à ces critères.
- **Organiser des dialogues de gestion** pour la prise en compte du contexte de l'établissement, de l'évolution des parcours
- **Réduire le nombre d'indicateurs et les adapter à l'enjeu de l'établissement ciblé** (individualiser le contrat, limiter nombre d'indicateurs nationaux et les adapter aux types de structures pour donner des indicateurs régionaux). Pertinence des PHEV pour les SSR?
- **Revoir la gouvernance** : Faire avancer des thématiques par des réunions tripartites, national et régional (IRAPS?)
- Adaptation des contrats en fonction des évolutions réglementaires (article 80)

Proposer des évolutions

- Définir précisément des critères d'attribution des intéressements/sanctions et des fiches techniques indicateurs
- Rapprocher CAQES et CPOM avec des orientations stratégiques
- Associer les prescripteurs à la contractualisation, en particulier sur la pertinence
- Donner plus de détails et harmoniser les produits de sortie de l'assurance maladie. Avoir des données plus réactives, donner accès direct aux bases de données. De type VISUCHIR. Voir pour utiliser des données PMSI non consolidées?
- Des plans nationaux ou régionaux d'investissements pour accompagner les nouvelles normes ou les grands objectifs CAQES. De type Hôpital numérique ou plateforme transports.

Groupe de travail CAQES
Sous-groupe C : indicateurs
synthèse

SYNTHESE

Résultats de la consultation indicateurs nationaux

Les constats déjà connus :

- **Indisponibilité des données PHEV pour les privés**
- **Pb récurrent des consultations externes dans le périmètre des indicateurs nationaux**
- **Peu d'indicateurs de moyens et beaucoup d'indicateurs de résultats basés sur du déclaratif**
- **Méthodologie de fixation des objectifs opaques**
- **Objectifs peu individualisés par établissement**

Les constats plus surprenants:

- **Une grande hétérogénéité dans la disponibilité des données entre régions mais aussi entre établissements**
- **Un niveau de compréhension des indicateurs (périmètre/mode de calcul) très variable**

Les constats du sous-groupe C- indicateurs

Retours de l'enquête	Exemples
Redondance des Indicateurs	Indicateur de la certif/IFAQ/CPOM
Indicateurs de résultats indisponibles	- Tx de prescription de sortie informatisé: dénominateur inconnu - Nbre d'ordo intra-hospi précisant le n° RPPS/nbre total Ordo
Hétérogénéité du recueil selon le niveau d'informatisation	Nbre d'ATB prescrits pour une durée >7j/ nbre total TTT
Absence du pré-requis (niv 1) pour recueillir l'indicateur qui est de niv 2	Nbre de DMI tracé SI/Nbre DMI implanté : les DMI implantés sont-ils tous informatisés? Nbre de patients priorisé et bénéficiant d'un Conciliat°metd /nbre de patients priorisés hospi
Difficultés de compréhension des ind	PHEV – Génériques/répertoire
Gros problème de définition des indicateurs (périmètre, calcul) et de fixation des objectifs	Calcul du tx de biosimilaires: Toujeo Périmètre pas constant et les objectifs des Tx d'évolution des dépenses ne sont pas pertinents : Liste en sus, PHEV
Indicateurs non pertinents	Exigence LAP certifié Cladimed
Grande hétérogénéité /disponibilité des données AM entre régions	Tx de RPPS –FINESS- Biosimilaires

Sous-groupe D intéressement / sanction

L'enquête révèle une hétérogénéité des pratiques régionales, tant sur les mécanismes d'intéressement et de sanction que sur les degrés d'avancement de leur mise en oeuvre

 Les régions ayant réalisé un exercice blanc en 2017 sont les plus avancées – critère différenciant +++

Mais des difficultés partagées par toutes les régions interrogées :

- Absence de modèle national (ou en tout cas d'un encadrement davantage structuré et clair pour les régions)
- Pas de visibilité pour les régions sur l'enveloppe d'intéressement FIR – ce qui freine 1/ l'élaboration des mécanismes à mettre en place versus des échéances proches avec l'évaluation des RAA 2018 (nécessité d'assurer la publicité des critères d'intéressement en amont) et 2/ la possibilité de communiquer auprès des fédérations hospitalières et des établissements
- Incohérence à déterminer fin 2018/ début 2019 un mécanisme d'intéressement qui ne pourrait considérer que quelques indicateurs versus un exercice 2018 clos et donc une impossibilité pour les établissements à les travailler en priorité
- Une enveloppe commune d'intéressement FIR pour les volets SOCLE et TRANSPORT selon l'article 57 LFSS18 versus une articulation de ces volets qui n'a pas été intégrée de ce point de vue là lors de leur élaboration en 2017 (car disposition non connue à l'époque) → risque que l'intéressement TRANSPORT de quelques ES phagocyte l'intéressement PRODUITS DE SANTE de tous les ES ?
- Une charge de travail « dans l'urgence » pour les régions versus un nombre conséquent de RAA à évaluer

Et un fonctionnement a priori partagé avec :

- une prise en compte en silo des différents volets du CAQES versus une articulation nécessaire (probablement dans un second temps) ;
- le développement de plateformes informatiques pour la saisie des RAA dans un nombre significatif de région (pas d'outil national)

INTÉRESSEMENT CAQES : 3 SCENARII PROPOSÉS

Dans les 3 cas : les établissements devront être éligibles en ayant atteint la cible 2018 sur leur score global et en fonction de leur catégorie :

Dans les 3 hypothèses présentées, les établissements devront au préalable être éligibles en ayant atteint la cible 2018 sur leur score global et en fonction de leur catégorie :

La cible pour l'année 2018 (pourcentage global) a été fixée par catégorie d'établissement à :

- 65% pour les établissements MCO (activité principale)
- 60% pour les établissements de Psychiatrie (activité principale)
- 60% pour les établissements SSR (activité principale)
- 50% pour les établissements HAD (activité principale)
- 40% pour les établissements de Dialyse (activité principale)

1-Somme de 2 sous-intéressements :

- Un intéressement sur la base des scores globaux des rapports d'étapes transmis par les établissements (=75% de l'enveloppe globale par défaut). Simulation en gardant la population des 20% les meilleurs (divisée en 3 sous-catégories pondérées par score obtenu)
- Un intéressement sur une base quantitative de 3 scores nationaux (taux d'évolution génériques PHEV, liste en sus et antibiotiques >7jrs) - cf arrêté du 12 décembre 2018 (=25% de l'enveloppe globale par défaut).

2-Intéressement sur une base qualitative de 3 scores nationaux et argumentation (taux d'évolution des prescriptions dans le répertoire des génériques PHEV, liste en sus, antibiotique > 7jrs et argumentation /taux d'évolution)

- Antibiotiques : indicateurs n°58 et 59 (4 points)
- Génériques dans PHEV : indicateur n°73 (1 point)
- Liste en sus : indicateurs n°76 à 79 (8 points)
- Taux d'évolution/argumentation générale : indicateur n°80 (4 points)

Simulation en calculant un **score composite** (même pondération des scores + distinction sur la base du score général) puis en ne gardant la population des 20% les meilleurs (divisée en 3 sous-catégories pondérées par score obtenu)

3-Intéressement sur une base d'écart des scores globaux des rapports d'étapes transmis par les établissements par rapport à la cible

Simulation en gardant la population des 20% les meilleurs (divisée en 3 sous-catégories pondérées par score obtenu)

Non pris en compte à ce stade : distinguer en fonction du type d'établissement (MCO, SSR PSY etc)

Prochaine journée régionale

« OMéDIT Moi Tout ! »

Qq dates ...

- COFIL CAQES / Comité régional : 21 mai (Caen) – fin septembre (Rouen)
- Comité stratégique : 30 avril – 20 juin (Côte fleurie?) - mi septembre (Caen?)
- CT MQPECM :
 - GT « interruption de taches » : 25 avril
 - GT Médicaments thermosensibles : 18 avril
 - GT « santé mentale » : 5 mars – 24 septembre
 - Audits croisés : 23 avril
- CT Innovation : 16 avril (LES) – 28 juin (?)
- CT Lien ville/hôpital : 25 avril
 - GT pharmacie clinique : mai (Retex + modélisation)
 - GT « rétrocession » : 14 mars
 - GT « déprescription » : 3 avril
 - COFIL « opioïdes » / RR douleur : 28 mai
 - COFIL SCAD AVK : 17 juin
- Accompagnement GHT : 4 avril
- CT Médico social PA :
 - journées EHPAD / urgences : 1er et 23 avril
 - RR douleur / formations TENS : juin
- CT Médico social PH : 13 juin
- CT Pédiatrie : 24 mai
 - latroméd : 18 avril
- CT« DM » : 14 mars
- CT HAD : 28 mars
- Resomédit : 15 mars (+ conf tel CAQES, encadrement DMI, etc) – 25 juin
- ANSM : hiérarchisation des immunoglobulines : 3 avril
- DSS / DGOS : Biosimilaires : 5 avril – Piramig : 12 avril – Enq traça DMI : 17 avril –
- Pôle produits de santé de l'assurance maladie : 1^{er} mars, 2 avril et 21 juin (LPP)
- Conseil scientifique Qual'Va : 3 avril + Café Qual'Va : 26 avril