

**!!!! Les modifications apportées dans la version 2
 sont inscrites en orange !!!!**

**Guide méthodologique d'aide au remplissage du rapport d'étape annuel
 (REA) du contrat de bon usage des médicaments, produits et
 prestations (CBUMPP2014-2018)**

Année 2015

Pour les établissements des départements 09, 12, 31, 32, 46, 65, 81, 82

Rappel du calendrier REA et modalités de fixation du taux de remboursement

Quoi	Qui	Quand
Rapport d'étape année civile N-1	Etablissement	Avant le 1 ^{er} avril année N
Proposition de taux de remboursement	Directeur Général ARS	Avant le 15 mai
Observations écrites éventuelles	Etablissement	Dans les 10 jours suivant communication du taux proposé
Arrêt du taux de remboursement	Directeur Général ARS	Au plus tard le 15 juin année N
Application du Taux de remboursement	Assurance Maladie	Du 1 ^{er} juillet année N au 30 juin année N+1

Sommaire :

Partie I – Présentation de l'outil et modalités pratiques d'utilisation

Partie II – Consignes de remplissage

Page de garde

Onglet CBUMPP

Onglet Focus

Onglet PCpar DM (prise en charge par dispositif médical)

Onglet PCMedicamenteuse (prise en charge médicamenteuse)

Onglet Focus_continuite_tt (continuité du traitement)

Annexes

A- principes du barème

B- **calendrier des audits**

C- correspondances ICATB1/2

D - **suivi des prescriptions des produits de santé Hors GHS**

Outils de recueil améliorés et automatisés

Partie I – Présentation de l'outil et modalités pratiques d'utilisation

L'outil informatique est développé sous Excel (compatible avec versions 2003-2007 et 2010).

Le Rapport d'Etape Annuel est **pré-identifié et pré-rempli** (notamment avec les résultats des indicateurs nationaux) pour chaque établissement. Il lui est donc propre.

En conséquence les fichiers ne peuvent pas être échangés entre établissements.

Une zone de commentaires a été prévue dans le cas où l'établissement de santé souhaiterait **corriger des données pré-remplis erronées**. A défaut, il peut faire figurer ses remarques sur un fichier Word annexe en précisant le critère concerné.



Les feuilles de calcul contiennent des programmes (ou macros), des formules et des liens entre elles ; les cellules qui les contiennent sont en principe masquées et/ou protégées en écriture mais **il est impératif de :**

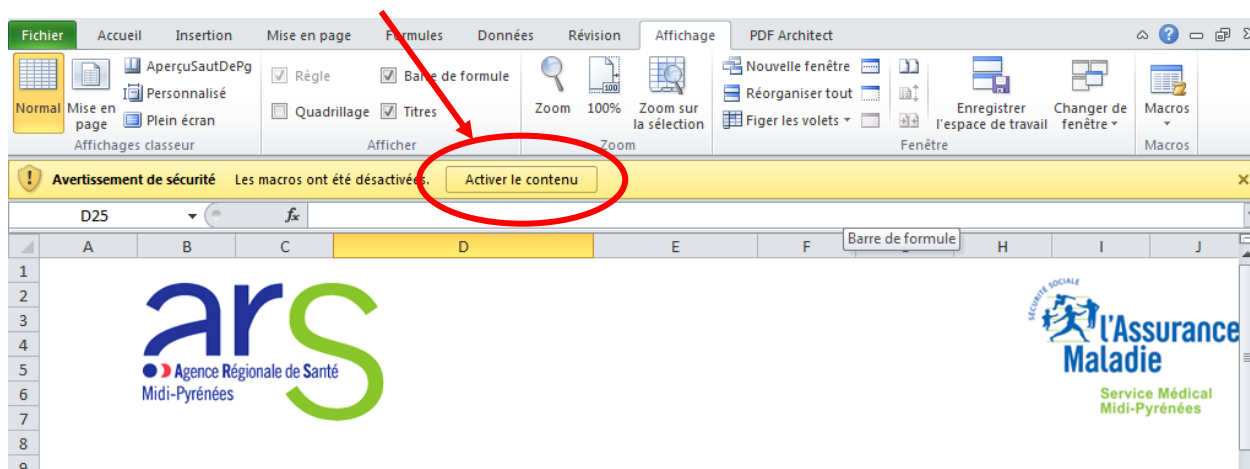
ne pas ajouter ou supprimer de ligne ou de colonne

et

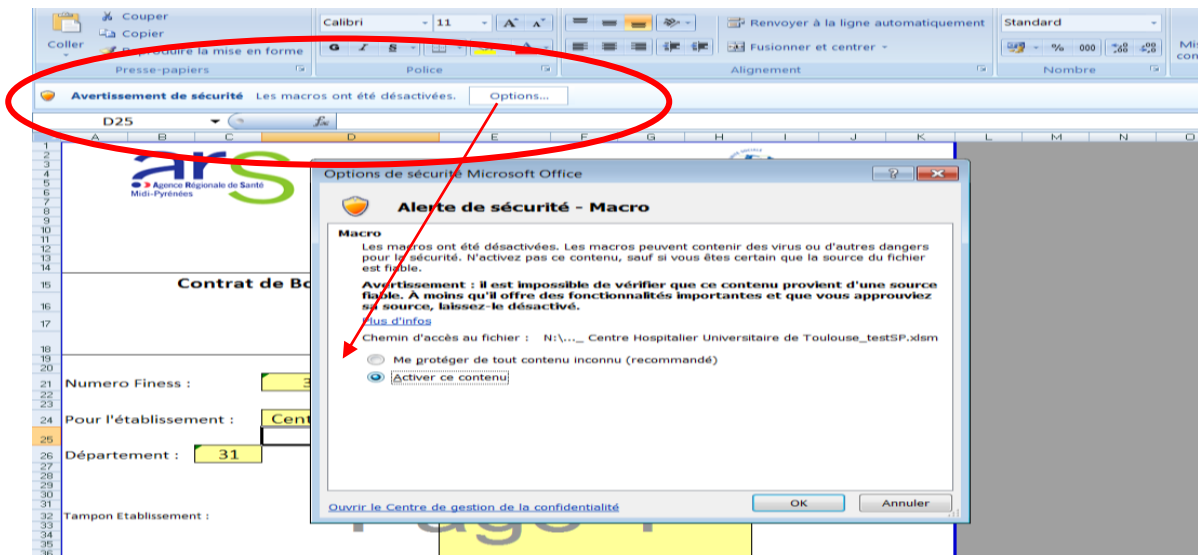
ne pas modifier l'emplacement des feuilles.

Ainsi, après téléchargement, à l'ouverture du fichier, un message (parfois sous forme d'une bande jaune ou message d'avertissement) peut apparaître selon votre version de Microsoft Excel : Il convient de cliquer sur «**Activer la modification**» et/ou «**Activer le contenu** » et/ou « **Activer les macros** » ... afin de pouvoir remplir les grilles, activer les boutons « contrôles » et obtenir les résultats.

Excel Version 2010 :



Excel Version 2007 :



Excel Version 2003 :

Voir la procédure microsoft au lien suivant :

<http://office.microsoft.com/fr-fr/excel-help/autoriser-l-execution-de-macros-HP001119579.aspx>

En conséquence, le fichier initial transmis devra impérativement être :

- **enregistré** sous le format « Classeur Excel (prenant en charge les macros)

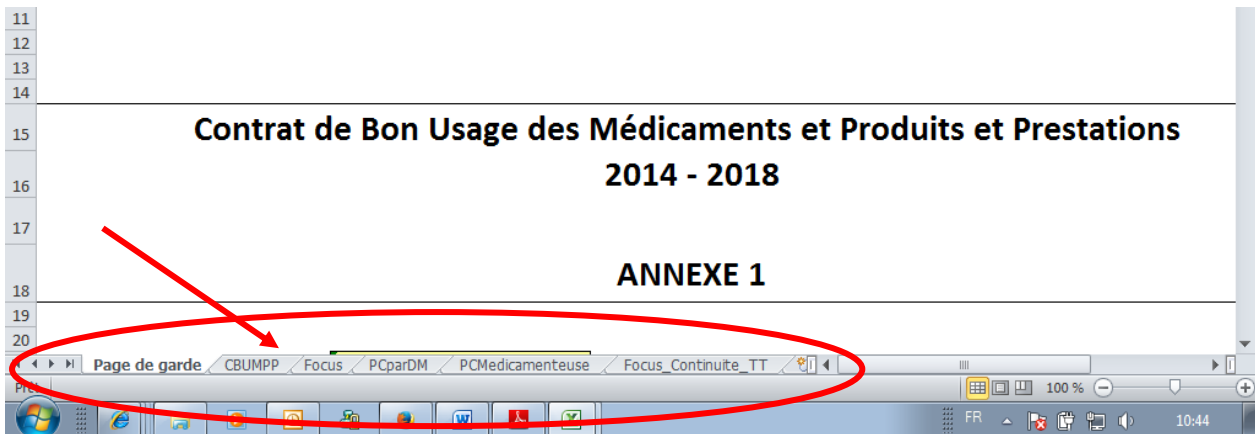
c'est-à-dire avec extension (*.xlsm) » et icône : 

et

- **renommé** sous la forme *nom initial* + REA2015 :

exemple : « *codefiness_raisonsociale_REA2015.xlsm* »

La **navigation** d'un volet à l'autre est possible d'un simple clic au niveau de la barre d'onglets située en bas de page :



Le Rapport d'Etape Annuel (REA) est présenté sous forme de **check-list** c'est-à-dire une liste de critères à vérifier *a posteriori* pour s'assurer que tout a été fait.

L'onglet « **CBUMPP** » reprend l'ensemble des engagements conformes au contrat-type :

des liens **hypertexte** permettent d'accéder aux onglets suivants
dans lesquels sont détaillés les critères correspondants.

	B	C	D	J	K	L	M	R
12	3 - Désignation du RSMQPCM-DM (responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et par dispositifs médicaux) :							
13	Le RSMQPCM-DM est désigné conjointement par le directeur et le président de la CME ou CIME. Ses missions sont définies.	Oui Non	Oui	3	A	A saisir	A saisir	0
14	4 - Système documentaire concernant la prise en charge médicamenteuse (article 6 - arr06/04/11) et par DM :							
15	* Le système documentaire est :							
16	- Fonctionnel et intégré au système documentaire institutionnel	Oui Partiellement Non	Oui	2	B	A saisir	A saisir	0
17	- Diffusé et accessible à tout moment au personnel impliqué directement ou indirectement							
18	- Revu avec une périodicité définie							
19	- Appliqué							
20	- Compatible avec les règles de traçabilité et de respect du secret médical et professionnel	Oui Partiellement Non	Non	1	C	A saisir	A saisir	0
21	- Comprend les préconisations en terme de prescription élaborées par la CME ou CIME							
22	* La direction formalise et communique au personnel impliqué directement ou indirectement, les responsabilités, les autorités et délégations de responsabilité à toutes les étapes du processus dans le respect de la réglementation et des compétences en vigueur							0
23	* Focus sur le système documentaire de la prise en charge par DMI (prévus aux articles R5212-36 à 42 du CSP et l'arr. du 26/01/07)							0
24	* Focus sur le système documentaire de la prise en charge médicamenteuse							0
25	5 Etude des risques en lien avec la prise en charge par DM							7
26	5bis Etude des risques en lien avec la prise en charge médicamenteuse							11
27								
28	6 La formation sur l'iatrogénie de la prise en charge médicamenteuse							0
29								
30	7 Communication de la direction							0
31								
32	8 Dispositions applicables à l'ensemble des DM et aux DM soumis aux règles particulières de traçabilité							
33	8bis Dispositions applicables à l'ensemble des médicaments (art.13 - arr.06/04/11) et aux stupéfiants							0
34								
35	- Informatisation de la prise en charge par DM							0
36	bis - Informatisation de la prise en charge médicamenteuse							9
37								

Pour le REA 2015, l'établissement renseigne :

- les résultats 2015 (colonne O de chaque onglet) (les résultats 2014 sont maintenus visibles)

Volets figés pour les titres

	B	C	D	J	K	L	M	O
2	ENGAGEMENTS					Contrôle de l'UMPP	TOTAL	31
3		Type de réponses	Cible 2014	Point Pondération	Pondération (A, B, C)	Etat des lieux	Résultats 2014	Points
4	TITRE I - OBLIGATIONS GENERALES							
5	Chapitre I : Amélioration et sécurisation de la prise en charge thérapeutique des patients							
6	- Management de la qualité (arrêté du 6 avril 2011)							
7	1 - Système de management de la qualité - exigences générales (article 3 - arr06/04/11 ; art.L6111-2 CSP)							
8	1.1.2 - Engagement de la direction et du pdt de CME (article 4 - arr06/04/11 ; art.L6144-1 et 6161-2 du CSP)							
9	L'établissement dispose d'un système de management de la qualité visant à assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse et par le patient. Ce SMQ s'inscrit dans la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et la gestion des risques associés aux soins de l'établissement mentionnées à l'art. L6111-2 du CSP.	Oui Partiellement Non	oui	3	A	A saisir	A saisir	0

Les cellules prévues à cet effet sont identifiées :

- soit par le texte « A saisir ». Un clic sur la cellule permet d'afficher la liste déroulante de choix dans laquelle il convient de sélectionner la réponse.
- soit par un fond orange. La réponse n'est pas figée dans le cadre d'une liste déroulante de choix ; elle est attendue sous forme de valeur chiffrée, date, etc. en fonction de l'item.

37	Une évaluation des pratiques en matière de qualité des prescriptions a été réalisée dans les trois dernières années. (Rem ATSA11)	Oui Non	non	1	C	A saisir	A saisir	0
38	Résultats de la certification sur les activités MCO, HAD et Dialyse et suivi des actions d'amélioration entreprises entre 2 visites de la HAS sur les critères relatifs à la prise en charge médicamenteuse et dispositifs médicaux :	Source : rapport HAS	si l'établissement est mixte MCO/HAD/D					
39	Version de la certification	V2010, V2014	version			A saisir	A saisir	
40	Date de la visite initiale :	jj/mm/aa	date					
41	Critère 20a : Management de la prise en charge médicamenteuse du patient							
42	* cotation du critère	A/B/C/D	résultat				A saisir	
43	* décision : absence de manquements ou d'insuffisances constatés, recommandation, réserve, réserve majeure	niveau	pas de réserve ni de réserve majeure			A saisir	A saisir	

Pour les critères chiffrés correspondant à un taux, le renseignement des deux données numérateur et dénominateur déclenchera le calcul automatique de l'indicateur «taux de».

	A	B	C	D	J	K	L	M
112	Taux de lits et places MCO, HAD, Dialyse bénéficiant d'une analyse pharmaceutique de la prescription complète du patient (indicateur I3 national)	%	calcul automatique : nb1/nb2				29%	
113	Nombre de lits et places bénéficiant d'une analyse pharmaceutique de la prescription complète du patient	nb	nb1				866	
114	Nombre de lits et places installés	nb	nb2				2855	
115	Taux de lits et places bénéficiant d'une analyse pharmaceutique de la prescription complète du patient (indicateur I4 national)	%	calcul automatique : nb1/nb2		Non pris en compte		32%	
116	Nombre de lits et places MCO, HAD, Dialyse bénéficiant d'une délivrance nominative pour l'ensemble des médicaments prescrits au patient	nb	nb1					
117	Nombre de lits et places installés en MCO, HAD, Dialyse	nb	nb2				2779	0

En fonction de l'activité de l'établissement, l'outil REA préfigure la réponse à certains critères en « non applicable » (cellules colorées en noir) ; conformément aux règles de barème, le nombre

de points maximum a alors été d'ores et déjà attribué. **L'établissement n'a pas à les compléter.**

ENGAGEMENTS		Contrôle PCparDM			Total	66	
Prise en Charge par DM (ceux prévus aux art. R5212-36 à 42 du CSP, arrêté du 26/01/07, art. R165-36 à 44 du CSS)	Type de réponses	Cible 2014	Point Pondération	Pondération (A, B, C)	Etat des lieux	Résultats 2014	Points
I.1.4 - Système documentaire de la prise en charge par DMI :							11
* Le système documentaire comprend les Procédures et Modes Opératoires, notamment celles permettant de s'assurer de l' que :							
- L'identité du patient	Oui Non	oui	2	B			2
- La Prescription est conforme aux données de référence et elle garantit la qualité et sécurité des soins jusqu'à la sortie	Oui Non	oui	2	B			2

Toutes les réponses, y compris les résultats « Non pris en compte » dans le barème, contribuent à l'évaluation du rapport d'étape :

Les points relatifs au critère « *Le Dispositif de suivi et l'évaluation qui en est faite figurent dans le REA* » du « *Titre II : Procédure d'Autoévaluation* » sont donc attribués de la manière suivante :

- l'engagement est réputé atteint et la réponse est « oui » si tous les critères ont été renseignés,
- l'engagement est réputé non atteint et la réponse est « non » en l'absence de renseignement de certains critères sans justification pertinente.

Ainsi, **un bouton « contrôle »** est placé en haut de chaque feuille : à la fin de la saisie de la feuille, cliquer sur le bouton. Un message apparait si toutes les cellules n'ont pas été renseignées : les cellules non complétées de la colonne « **résultat 2015** » sont indiquées l'une après l'autre.

ENGAGEMENTS		Contrôle Focus			Total	1	
Focus	Type de réponses	Cible 2014	Point Pondération	Pondération (A, B, C)	Etat des lieux	Résultats 2014	Points
(I.1.2) La politique dédiée aux médicaments et aux dispositifs médicaux stériles (pour le CBUMFP limités aux implantables prévus par les art. R5212-36 à 42 du CSP) dans les établissements de santé est élaborée conformément aux dispositions prévues à l'article R. 6111-10 du CSP							1
La CME ou la CIME élabore :							
1- un programme d'actions, assorti d'indicateurs de suivi, en matière de dispositifs médicaux stériles (pour le CBUMFP limités aux dispositifs à articles R. 5212-36 à 42 du CSP) qui tient compte :			2	B	A saisi	A saisi	0
			1	C	A saisi	A saisi	0
* des résultats de la certification,							
* des contrôles et inspections,							
* de l'analyse des risques a priori et des événements indésirables.							

Partie II – Consignes de remplissage

PAGE DE GARDE

Page pré-remplie au nom et numéro **FINESS** de l'établissement et permettant les liens vers les données officielles de l'établissement : **A NE PAS MODIFIER**

ONGLET CBUMPP

Ligne	Critère	Consigne
9	<i>Management de la qualité :</i> <i>L'établissement dispose d'un système de management de la qualité visant à assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse et par DMI du patient. Ce SMQ s'inscrit dans la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et la gestion des risques associés aux soins de l'établissement mentionnées à l'art. L6111-2 du CSP.</i>	si l'établissement n'est pas concerné par les DMI, répondre oui (pour le médicament)
22	<i>La direction formalise et communique au personnel impliqué directement ou indirectement, les responsabilités, les autorités et délégations de responsabilité à toutes les étapes du processus dans le respect de la réglementation et des compétences en vigueur</i>	Cible 2015
55	<i>Patients atteints de maladie rare :</i> <i>Fournir l'état quantitatif et qualitatif des primoprescriptions de médicaments orphelins ou utilisés dans le traitement des maladies rares, en précisant pour chacune d'entre elles quel centre de référence ou compétence a été consulté et l'application de la circulaire du 25/01/10</i>	dans le cas où l'établissement n'aurait pas pris en charge de tels patients, répondre oui et préciser dans zone commentaire adjacente « aucune primo-prescriptions de médicament pour la prise en charge de patient atteint de maladie rare cette année »
58	<i>La concertation pluriprofessionnelle et/ou pluridisciplinaire, lorsqu'elle est prévue dans la LPP, est organisée et tracée dans le dossier patient pour tous les DMI concernés</i>	Cible 2015
64	<i>Suivi par la PUI de la consommation par patient et par prescripteur en UCD</i>	Cible 2015
67, 68	<i>L'Information des prescripteurs sur les recommandations ou avis médico-économiques de la HAS (...)</i>	Cibles 2015
71, 82, 91, 101, 110	<i>Respect des RBU pour les produits de santé hors GHS</i>	Ne pas omettre de cliquer sur « non concerné » si besoin

Ligne	Critère	Consigne
73	<p><i>DMI hors GHS :</i> <i>Nombre total d'implants posés</i></p>	<p>Dans l'attente de l'exhaustivité, préciser en document annexe comment l'établissement a évalué ce critère</p>
83, 92, 102, 111	<p><i>Médicaments hors GHS :</i> <i>Nombre de prescriptions...</i> <i>...AMM/RTU-PTT/horsAMM-RTU-PTT</i></p>	<p>En l'absence de consignes nationales, la prescription à considérer est celle établie dans l'année pour la <u>première fois pour un patient donné dans une indication ou un protocole donné</u>. Si l'indication change pour une même spécialité, il s'agit d'une nouvelle prescription.</p> <p><u>Exemples :</u></p> <p>1) Remicade® 8 cures = 1 prescription</p> <p>2) Avastin-Folfox® puis Avastin-Folfiri® = 2 prescriptions</p> <p>3) PPSB® : passage en janvier puis septembre = 2 prescriptions</p> <p>4) Prise en charge d'un patient sur trois ans sans changement de traitement = compter une prescription chaque année.</p> <p>NB : l'outil OMEDIT (annexe D) permet le calcul automatisé de ces indicateurs</p>
119	<p><i>Suivi semestriel de la répartition des prescriptions (DMI et M de la liste en sus)</i></p>	<p><i>Utiliser dans la mesure du possible les outils OMEDIT (préformatés pour faciliter la saisie, l'exploitation et l'analyse) et transmettre avec REA :</i></p> <p>1. <i>Suivis de la répartition des prescriptions :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Exhaustif pour tous les M - Requis pour les stimulateurs cardiaques et DMI suivis par l'établissement <p>2. <i>Analyse de la progression des dépenses au sein de l'établissement</i></p> <p>Voir annexe D</p>

ONGLET CBUMPP

Ligne	Critère	Consigne
128	<p><i>Le dispositif de suivi et d'audit interne pour s'assurer de l'application des engagements souscrits du CBUMPP : (...)</i></p> <p><i>* communique auprès de l'ensemble du personnel impliqué directement ou indirectement dans la prise en charge médicamenteuse et/ou par DMI.</i></p>	<p>Si la communication est faite PARTIELLEMENT, répondre NON et apporter commentaires dans zone adjacente</p>
129	<p><i>Procédure d'Autoévaluation</i></p> <p><i>Le Dispositif de suivi et l'évaluation qui en est faite figurent dans le REA</i></p>	<p>- l'engagement est réputé atteint et la réponse est « oui » si tous les critères ont été renseignés,</p> <p>- l'engagement est réputé non atteint et la réponse est « non » en l'absence de renseignement de certains critères sans justification pertinente.</p>

ONGLET FOCUS

Ligne	Critère	Consigne
7	<i>La CME ou la CfME élabore : 1- un programme d'actions, assorti d'indicateurs de suivi, en matière de bon usage ...des dispositifs médicaux stériles (pour le CBUMPP limités aux dispositifs médicaux implantables prévus par les articles R.5212-36 à 42 du CSP) qui tient compte (...):</i>	Cible 2015
16 17	<i>la liste des médicaments et dispositifs médicaux stériles dont l'utilisation est préconisée dans l'établissement (livret thérapeutique) : ...avec DCI est disponible, accessible et actualisé</i>	Préciser si besoin en zone commentaire le champ du livret (médicament +/- dispositifs médicaux)
20	<i>Thèmes des préconisations en matière de prescription couverts</i>	Préciser en zone commentaire (ou document annexe si besoin)
22	<i>Indicateur national IDM « Administration d'antiagrégants plaquettaires à la phase aigue »</i>	Non publié par HAS donc à renseigner par établissement
30	Indicateur national ICATB 2	Une équivalence entre les critères d'ICATB1 (pour l'état des lieux) et d'ICATB2 est fournie en annexe C Pas de recueil ICATB.2 en 2015 (reporté en 2016) => "résultats 2014" conservés
39	<i>Version de la certification</i>	Choisir l'intitulé « procédure cloturée » si V2010 cloturée (correspond à la mention publiée sur Scope santé)
42, 47, 52	<i>Cotation des critères 20a, 20abis, 20b</i>	Pré-remplé uniquement pour l'état des lieux A renseigner par l'établissement
63 à 71	<i>La direction communique à tout membre du personnel concerné sur (...)</i>	Cible 2015

ONGLET PC par DM

Ligne	Critère	Consigne
15	Etude des risques Nombre de cartographies	Le nombre de cartographies à réaliser est défini par l'établissement. Il peut donc être égal à 1 ou supérieur.
33	<i>Les modalités de la rétro-information vers les instances et professionnels concernés sont <u>organisées et réalisées</u></i>	Cible 2015
43	Audit sur la traçabilité des DMI	Cible 2015 L'OMEDIT fournit l'outil support de l'audit que l'établissement utilise s'il n'a pas mis en place une organisation équivalente L'outil est à disposition sur le site Omedit (cliquer ICI) et transmis avec le REA2014 sur le share-point.

ONGLET PC Médicamenteuse

Ligne	Critère	Consigne
19	Etude des risques Nombre de cartographies	Le nombre de cartographies à réaliser est défini par l'établissement. Il peut donc être égal à 1 ou supérieur.
41	<i>Les modalités de la rétro-information vers les instances et professionnels concernés sont <u>organisées et réalisées</u></i>	Cible 2015
46	<i>Taux de personnel formé/sensibilisé, ou ayant participé à une RMM "Médicament", annuellement par catégorie professionnelle (prescripteurs / équipe pharmaceutique / IDE, AS, AP, manip radio) avec pour objectif final l'ensemble des catégories visées</i>	Le calcul du taux sera défini et à renseigner pour le REA 2016 (première date cible). Les valeurs sont à renseigner lignes 49, 52 et 55 et éclairent la réponse
56	<i>Une évaluation de la qualité de la sensibilisation / formation est réalisée</i>	Cible 2015
94	Audits sur Respect des référentiels	Le calendrier d'articulation des audits en fonction des recueils IPAQSS est fourni en annexe B
118, 121, 122	Délivrance nominative ou projet en lien	= POINTS BONUS attribués si renseignés
122	Projet spécifique à la délivrance nominative	A détailler sur un document annexe

Ligne	Critère	Consigne
124, 125, 126	Taux de préparations de médicaments anticancéreux réalisées en unité centralisée sous responsabilité pharmaceutique (indicateur I6 national)	<p>Programmé « Applicable » pour tous les établissements dès lors qu'ils ont effectué l'administration de médicaments anticancéreux injectables, que ce soit en qualité d'établissement « autorisé » ou « associé » pour l'activité de chimiothérapie et même si la préparation est sous-traitée à une autre PUI.</p> <p>En conséquence, l'état des lieux 2013 ayant été pré-rempli avec les réponses saisies par les établissements dans le REA2013, la réponse « NC » n'est donc pas obligatoirement recevable.</p> <p>Pour les établissements effectivement non concernés, c'est-à-dire aucune administration de médicaments anticancéreux pour 2015 = renseigner « 1 » au numérateur et dénominateur et préciser expressément en zone commentaire « non concerné ».</p> <p>En cas de sous-traitance des préparations :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'établissement prestataire ne comptabilise pas les préparations réalisées pour le compte de son (ses) donneur(s) d'ordre, • L'établissement bénéficiaire renseigne au numérateur le nombre de préparations réalisées dans l'unité centralisée du prestataire et au dénominateur ce nombre éventuellement abondé des préparations réalisées en dehors de l'unité centralisée.

ONGLET CONTINUITÉ TT

Ligne	Critère	Consigne
4 7 à 10 11,12	<i>La continuité du traitement médicamenteux est organisée à la suite de l'implantation d'endoprothèses coronaires à libération contrôlée de principe actif</i> EDS implanteur : cible 2014 EDS receveur : cible 2015	Il est attendu que l'établissement s'organise pour atteindre l'objectif (objectif de moyens et non de résultat)
16	<i>Le ou les acteurs responsables de cette étape sont identifiés (Recueillir le traitement habituel du patient à l'entrée)</i>	Cible 2015
18	Résultats obtenus pour le TDP3 lors du dernier recueil IPAQSS TDP-MCO	L'établissement doit renseigner le critère à partir des saisies IPAQSS-TDP qu'il a réalisées
33	L'établissement s'est engagé dans une démarche visant à améliorer la continuité des traitements médicamenteux en amont et en aval de l'hospitalisation	Il faut entendre par « amont » et « aval » respectivement « à l'entrée » et « à la sortie » du patient que ce soit en intra- ou inter- EDS ou retour domicile ; à détailler sur un document annexe

Service émetteur : Direction de la Santé Publique
: Département de la sécurité des pratiques,

Date : 6 juin 2014

**Contrat de Bon Usage des Médicaments et Produits et Prestations 2014-2018 :
Principes d'élaboration de l'ANNEXE 1 du contrat type et du RAPPORT ANNUEL D'ETAPE 2014
(principes validés par le comité de suivi du 4 juin 2014)**

A l'issue des négociations entre les Fédérations de l'Hospitalisation publique et privée, l'ARS et l'Assurance Maladie, les modalités d'évaluation annuelle en région Midi-Pyrénées de la troisième génération de contrat sont organisées selon les modalités suivantes :

- l'annexe 1 du contrat type national fixe, de manière **identique pour l'ensemble des établissements**, le niveau d'atteinte des objectifs et les indicateurs de suivi,
- l'évaluation annuelle des résultats est transmise sous forme d'un rapport d'étape qui permet à chaque établissement **d'évaluer son taux de remboursement « théorique »**.

Ainsi, la fixation du taux de remboursement repose sur six grands principes :

1. Un calendrier règlementaire toujours en trois étapes :

- La saisie du bilan dans le rapport d'étape annuel (REA) permet à l'établissement de s'auto-évaluer et de calculer un taux de remboursement **théorique** (avant 1^{er} avril),
- A partir de ce taux et de l'analyse du REA, l'ARS-DRSM communique à l'établissement une **proposition** de taux de remboursement (15 mai),
- Les observations écrites présentées par l'établissement au cours des 10 jours suivants permettent à la directrice générale de l'ARS d'arrêter le taux **définitif** (au plus tard 1^{er} juin).

2. Une hiérarchisation des indicateurs selon une cotation A > B > C :

Un nombre de **points** fixes est affecté aux niveaux A, B et C, posés par le comité de suivi du CBUMPP en respectant la hiérarchisation :

A= 3 points, B=2 points, C=1 point.

3. Une évaluation **positive** de l'ensemble des indicateurs sur la base d'un score global de points à atteindre :

L'évaluation annuelle du respect des engagements est appréciée par la valeur de chaque indicateur côté A, B ou C (cf supra) ; chaque engagement, y compris le renseignement de ceux qui sont « non pris en compte », contribue à atteindre le score maximum qui génèrera un taux de remboursement maximum atteignable (**100%**).

La pondération des indicateurs dans le barème pourra être revue annuellement dans le cadre du comité de suivi du CBUMPP.

4. Une sanctuarisation des indicateurs relatifs aux produits de santé **hors GHS** :

La valorisation des indicateurs relatifs au bon usage des produits de santé hors GHS – Titre I - chapitre III de l'annexe 1- est indépendante des autres indicateurs ; elle ne peut pas être « rattrapée » par celle des autres indicateurs ou bonus.
Ces indicateurs contribuent pour **7 %** (noté Taux 1) dans le score maximum de **100%**.

Soit un Taux théorique de remboursement total = 70 % (base) + Taux 1+ Taux 2

Pour ces indicateurs, le score total maximum est de **25 points** =

- 6 indicateurs cotés A (18 points)
- + 1 indicateur coté B (2 points)
- + 5 indicateurs cotés C (5 points)

Avec un taux de remboursement théorique (Taux 1) de :

- 7 % dès lors que le score obtenu est > 21 points
- 6 % dès lors que le score obtenu est ≤ 21 points
- 5 % dès lors que le score obtenu est ≤ 17 points
- 4 % dès lors que le score obtenu est ≤ 14 points
- 3 % dès lors que le score obtenu est ≤ 10 points
- 2 % dès lors que le score obtenu est ≤ 7 points
- 1 % dès lors que le score obtenu est ≤ 3 points
- 0 % dès lors que le score obtenu est = 0 points

(cf tableau en annexe)

5. Un système global de bonification :

Le score maximum générerait un taux de remboursement de 103% au lieu de 100%, ce qui procure un bonus de 3%.

En effet, sachant que le taux de modulation maximum de 30% est « réservé » à hauteur de 7% pour les indicateurs relatifs aux produits hors GHS (cf ci-avant), il resterait 23 % à « répartir » entre les autres indicateurs.

La répartition devrait s'élever à 230 points

Or le score total maximum pour les autres indicateurs est calculé sur 239 points =

- 51 indicateurs cotés A (153 points)
- + 20 indicateurs cotés B (40 points)
- + 46 indicateurs cotés C (46 points)

Selon le principe de 1% cumulatif par tranche de 9 points et d'un bonus de 1% correspondant à 9 points, la différence entre 230 et 239 permet de rattraper le score à atteindre pour obtenir un taux (noté Taux 2) de 23 % maximum

Pour l'évaluation dans le rapport d'étape de l'année 2014, le comité de suivi du CBUMP a prévu une pondération des indicateurs dans le barème avec une borne de 200 points (révisable annuellement - cf ci-après), au dessus de laquelle un taux de 23 % sera obtenu :

- 23 % dès lors que le score obtenu est > 200 points
- 22 % dès lors que le score obtenu est ≤ 200 points
- 21 % dès lors que le score obtenu est ≤ 191 points, etc.

(1% cumulatif par tranche de 9 points obtenus)

(cf tableau en annexe)

Un comité de suivi du CBUM se réunira chaque année pour revoir, si besoin, la pondération des indicateurs dans le barème et le score au dessus duquel le Taux 2 maximum sera obtenu.

6. La dynamique de progression est prise en compte :

Pour juger de la dynamique de progression dès le premier REA, un état des lieux à fin 2013 devra être renseigné par l'établissement lors du REA2014 (une colonne « état 2013 » sera à compléter avec les données disponibles).

Ensuite la notation prenant en compte cette dynamique de progression s'applique en fonction de la réponse attendue et du type d'indicateurs (voir ci-après).

Ceci se traduit par :

• Indicateur dont la réponse attendue est OUI / NON / NON APPLICABLE :

1/ Si la réponse de l'établissement est :

OUI
NON APPLICABLE
NON mais Année évaluée antérieure à l'année cible fixée pour l'objectif
Année où l'indicateur n'est pas mesuré

alors le nombre de points obtenus = **total** des points (selon cotation A, B ou C, soit 3, 2 ou 1)

2/ Dans les autres cas :

alors le nombre de points obtenus = **0 (zéro)**

• Indicateur dont la réponse attendue est OUI / PARTIELLEMENT / NON /NON APPLICABLE :

1/ Si la réponse de l'établissement est :

OUI
NON APPLICABLE
NON ou PARTIELLEMENT **mais** Année évaluée antérieure à l'année cible fixée pour l'objectif
Année où l'indicateur n'est pas mesuré
PARTIELLEMENT **et** année évaluée est l'année cible fixée pour l'objectif **et** indicateur avec valeur NON pour l'année N-1 (ou N-2 si mesuré tous les 2 ans)

alors le nombre de points obtenus = **total** des points (selon cotation A, B ou C, soit 3, 2 ou 1)

2/ Si la réponse de l'établissement est :

PARTIELLEMENT hors situations citées au point ci-dessus

alors le nombre de points est **réduit de moitié**
(soit pour cotation A/2 =1.5, B/2=1 ou C/2=0.5)

3/ Dans tous les cas différents de ci-dessus

alors le nombre de points obtenus = **0 (zéro)**

• Indicateur dont la réponse attendue est chiffrée (QUANTITATIF) :

Attention : pour les produits hors GHS, l'indicateur quantitatif cible 100 % est transformé en OUI/NON avec OUI= atteinte 100% et non = autre

1/ Si la réponse de l'établissement est :

Cible atteinte en totalité
NON APPLICABLE
Quelle que soit la valeur de l'indicateur **mais** Année évaluée antérieure à l'année cible fixée pour l'objectif
Année où l'indicateur n'est pas mesuré
Quelle que soit la valeur de l'indicateur **mais** Année évaluée est l'année cible fixée pour l'objectif **et** progression entre les années N et N-1

alors le nombre de points obtenus = **total** des points (selon cotation A, B ou C, soit 3, 2 ou 1)

2/ Dans tous les cas différents de ci-dessus

alors le nombre de points obtenus = **prorata** de l'atteinte de l'objectif (règle de 3) selon formule suivante : (valeur obtenue) x (nb de points du critère) / valeur de la cible

NB : règle d'arrondi au dixième (c'est-à-dire 2.18 = 2.2 ou 1.44 = 1.4)

exemple 1 :

si cible = 80 % mais réponse établissement = 60 %, avec critère coté B
alors nombre de points est :
 $60\% \times 2 / 80\% = 1,5$ points

exemple 2 :

si cible est Taux > 50 % mais réponse établissement = 40 % avec critère coté A,
alors nombre de points est :
 $40\% \times 3 / 50\% = 2,4$ points

Annexe (valable pour REA 2014) :

Indicateurs du Titre I- chapitre III (spécifiques hors GHS et respect RBU)		
Score obtenu (points)		Taux 1 de remboursement théorique
borne -	borne +	
21,1	25	7%
17,1	21	6%
14,1	17	5%
10,1	14	4%
7,1	10	3%
3,1	7	2%
0,1	3	1%
0	0	0%

Autres indicateurs (Titre I-Chapitres I & II ; Titre III)		
Score obtenu (points)		Taux 2 de remboursement théorique
borne -	borne +	
200,1	239	23%
191, 1	200	22%
182,1	191	21%
173,1	182	20%
164,1	173	19%
155,1	164	18%
146,1	155	17%
137,1	146	16%
128,1	137	15%
119,1	128	14%
110,1	119	13%
101,1	110	12%
92,1	101	11%
83,1	92	10%
74,1	83	9%
65,1	74	8%
56,1	65	7%
47,1	56	6%
38,1	47	5%
29,1	38	4%
20,1	29	3%
11,1	20	2%
2,1	11	1%
0	2	0%

**Taux théorique de remboursement =
Taux de base (70%) + Taux 1 (X%)+ Taux 2 (Y%)**

Année civile	Audit	REA fourni avant le :
Etat des lieux	<ul style="list-style-type: none"> Qualité de la prise en charge / IPAQSS : IDM-MCO-BAS12 (<i>campagne 2013, données 2012</i>) Pratique pluridisciplinaire / IPAQSS : RCP (<i>campagne 2012, données 2011</i>) Circuit Médicaments / IPAQSS : TDP-MCO (<i>campagne 2012, données 2011</i>) Continuité du traitement / IPAQSS : TDP-MCO + DAN-MCO + TDP-HAD (<i>campagne 2012, données 2011</i>) Bon Usage / ICATB1 (<i>campagne 2013, données 2012</i>) Respect des référentiels Médicaments et DMI / CBUMPP (<i>REA 2013, données 2013</i>) Traçabilité de la prescription à l'implantation des DMI / audit CBUMPP (<i>REA 2013</i>) Informatisation : OSIS ? 	
2014	<ul style="list-style-type: none"> Circuit Médicaments / IPAQSS : TDP-MCO (<i>campagne 2014, données 2013</i>) Continuité du traitement / IPAQSS : TDP-MCO + DAN-MCO + TDP-HAD (<i>campagne 2014, données 2013</i>) Pratique pluridisciplinaire / IPAQSS : RCP (<i>campagne 2014, données 2013</i>) Bon Usage / ICATB2 (<i>campagne 2014, données 2013</i>) Respect des référentiels Médicaments et DMI / CBUMPP (exhaustivité) (<i>REA 2014, données 2014</i>) 	01/04/2015
2015	<ul style="list-style-type: none"> Qualité de la prise en charge / IPAQSS : IDM-MCO-BAS12 (<i>campagne 2015, données 2014</i>) Traçabilité de la prescription à l'implantation des DMI / audit CBUMPP Respect des référentiels Médicaments et DMI / CBUMPP (exhaustivité) (<i>REA 2015, données 2015</i>) 	01/04/2016
2016	<ul style="list-style-type: none"> Circuit Médicaments / IPAQSS-TDP avec grille d'audit complétée des éléments demandés dans le CBUMPP (<i>campagne 2016, données 2015</i>) Continuité du traitement / IPAQSS-TDP + DAN (<i>campagne 2016, données 2015</i>) Pratique pluridisciplinaire / IPAQSS-RCP (<i>campagne 2016, données 2015</i>) Bon Usage / ICATB2 (<i>campagne 2016, données 2015</i>) Respect des référentiels Médicaments et DMI / CBUMPP (exhaustivité) (<i>REA 2016, données 2016</i>) 	01/04/2017
2017	<ul style="list-style-type: none"> Qualité de la prise en charge / IPAQSS-IDM (<i>campagne 2017, données 2016</i>) Traçabilité de la prescription à l'implantation des DMI / audit CBUMPP Respect des référentiels Médicaments et DMI / CBUMPP (exhaustivité) (<i>REA 2017, données 2017</i>) 	01/04/2018
2018	<ul style="list-style-type: none"> Circuit Médicaments / IPAQSS-TDP avec grille d'audit complétée des éléments demandés dans le CBUMPP (<i>campagne 2018, données 2017</i>) Continuité du traitement / IPAQSS-TDP + DAN (<i>campagne 2018, données 2017</i>) Pratique pluridisciplinaire / IPAQSS-RCP (<i>campagne 2018, données 2017</i>) Bon Usage / ICATB2 (<i>campagne 2018, données 2017</i>) Respect des référentiels Médicaments et DMI / CBUMPP (exhaustivité) (<i>REA 2018, données 2018</i>) 	01/04/2019



ICATB2	ICATB1
La prescription des antibiotiques est informatisée (<i>item ATBM2</i>)	L'information de la prescription des antibiotiques est informatisée (<i>item ATBM5b</i>)
Il existe une liste d'antibiotiques "ciblés" dans l'établissement (<i>itemATBA1</i>)	Il existe une liste d'antibiotiques disponibles dans l'établissement (<i>itemATBA4</i>)
Réévaluation à 48h - 72h pour les antibiotiques ciblés (<i>itemATBA11d</i>)	Les antibiotiques à dispensation contrôlée sont dispensés et délivrés pour une durée limitée, permettant une justification du traitement après 48-72 heures (<i>item ATBA4</i>)
Argumentation pour une prescription > à 1 semaine (<i>itemATBA3</i>)	
Il existe un protocole validé par la CME ou CfME sur l'antibiothérapie de 1ère intention des principaux sites d'infection en terme de fréquence [de moins de 3 ans] (<i>item ATBA2</i>)	Il existe un protocole validé par la CME ou CfME sur l'antibiothérapie de 1ère intention dans les principales infections (<i>item ATBA3b</i>)
Il existe une surveillance de la consommation des antibiotiques en doses définies journalières (DDJ) rapportée à l'activité (<i>itemATBA6</i>)	Il existe une surveillance de la consommation des antibiotiques en doses définies journalières (DDJ) (<i>itemATBA8</i>)
Une évaluation des pratiques en matière de qualité des prescriptions a été réalisée dans les trois dernières années. (<i>item ATBA11a et/ou 11b et/ou 11c</i>)	Une action d'évaluation de la qualité des prescriptions d'antibiotiques a été réalisée au cours de l'année du bilan. (<i>item ATBA7</i>)

☒ Produits de santé hors GHS « ciblés » pour REA2015 :

ils sont prévus par l'INSTRUCTION N° DSS/1C/DGOS/PF2/2015/265 du 31 juillet 2015 relative à la mise en œuvre en 2015 des dispositions rapprochant la maîtrise des dépenses au titre des produits de santé des listes en sus et le contrat de bon usage

**AVASTIN[®], SOLIRIS[®], YERVOY[®], JEVTANA[®], PERJETA[®], KADCYLA[®]
+ REMICADE[®] et biosimilaires**

Stimulateurs cardiaques

l'analyse sera partagée avec les établissements concernés de Languedoc-Roussillon

☒ Nouveaux outils améliorés :

Les modifications apportées ont pour but d'**automatiser** les saisies et les calculs
(cf onglet « **lisez-moi** » de chaque classeur excel)

A partir de ce recueil sont **automatiquement** calculés :

- les **indicateurs nationaux** relatifs aux prescriptions Hors GHS qu'il suffira de reporter dans les lignes/cellules correspondantes du REA (onglet CBUMPP),
- une synthèse par Médicament/DMI pour s'assurer de la complétude des données.

Le suivi des prescriptions des produits de santé Hors GHS s'effectuera en utilisant les 3 fichiers Excel correspondants, mis à disposition par l'OMEDIT-MiP :

[RecueilHorsGHS-DM-REA2015.xls](#)

[RecueilHorsGHS-Mdcts-REA2015.xls](#)

[Analyse dépenses Hors GHS-2015vs2014.xls](#)

☞ Le fichier « recueil » assure la remontée **exhaustive** des prescriptions avec indications de **l'AMM ou PTT ou RTU** de chaque spécialité (totalement pré-renseignées par ordre alphabétique) ou de la **LPP** de chaque DMI : seul le nombre de prescriptions est à compléter par l'établissement.

☞ Pour le « recueil » des indications **horsAMM_PTT_RTU** ou **hors LPP**, incrémenter en tant que de besoin et compléter pour chaque produit concerné :

- sa « classification REA » (ATK, MDS, MR ou RMI pour permettre le calcul des indicateurs nationaux des médicaments),
- les étapes de caractérisation de la situation médicale en s'appuyant sur les listes déroulantes pré-renseignées et **interdépendantes** (la liste s'affiche en se plaçant sur la cellule correspondante).

NB : *Le fichier de recueil des indications peut servir de base pour créer vos propres analyses sur les données et pratiques de prescription, notamment pour l'analyse de la progression des dépenses.*

☞ La méthode d'analyse médico-pharmaco-économique de la progression des dépenses proposée permet à l'établissement de rapporter ses consommations de produits de santé hors GHS à l'évolution globale de l'établissement et lui assure de pouvoir répondre aux objectifs fixés par le plan ONDAM.