



# Répondre aux objectifs du CAQES à l'aide du référentiel CIOdc

---

*Émilie NGUYEN  
Clélia FLORENCE*

06/02/2020



# Généralités CAQES

06/02/2020

# Définition



Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins

Contrat tripartite support d'un dialogue de gestion annuel

Complémentaire du CPOM  
(contrat pluriannuel d'objectifs et de  
moyens des établissements)

Directeur de l'organisme local de l'Assurance  
Maladie

Représentant légal de  
l'ES

Directeur de l'ARS

06/02/2020

# Contexte réglementaire



Loi de  
financement  
de la SS  
Article 81

Décret du 20 avril 2017  
fixant les modalités  
d'application du CAQES

Arrêté du 27 avril  
2017 relatif au  
CAQES type

Instruction du 26 juillet  
2017 relative à la  
mise en œuvre du CAQES

Entrée en vigueur  
du CAQES à partir  
du 1<sup>er</sup> janvier 2018

2016

2017

2018

06/02/2020



Simplifier les dispositions contractuelles préexistantes

Faciliter la concertation entre les ES, l'ARS et l'Assurance Maladie (AM)

Mettre en place une démarche globale d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins

Prendre en compte les atypies des ES

Prioriser les actions à mettre en œuvre

Favoriser la maîtrise des dépenses

Fédérer les différents acteurs

Harmoniser les pratiques

## Contrat socle

### Conditions générales d'application (chap I)

#### 1 Volet obligatoire (chap II)

Contrat à durée indéterminée

Etablissements MCO, HAD, dialyse, SSR,  
santé mentale

Qualité et sécurité des soins, pertinence  
des prescriptions, diffusion des bonnes  
pratiques

Remplace: CBU, CAQOS PHEV, régulation  
de la liste en sus

## Contenu



#### Jusqu'à 3 Volets additionnels (chap III)

Contrat(s) établi(s) pour 1 à 5 ans

Etablissements ciblés

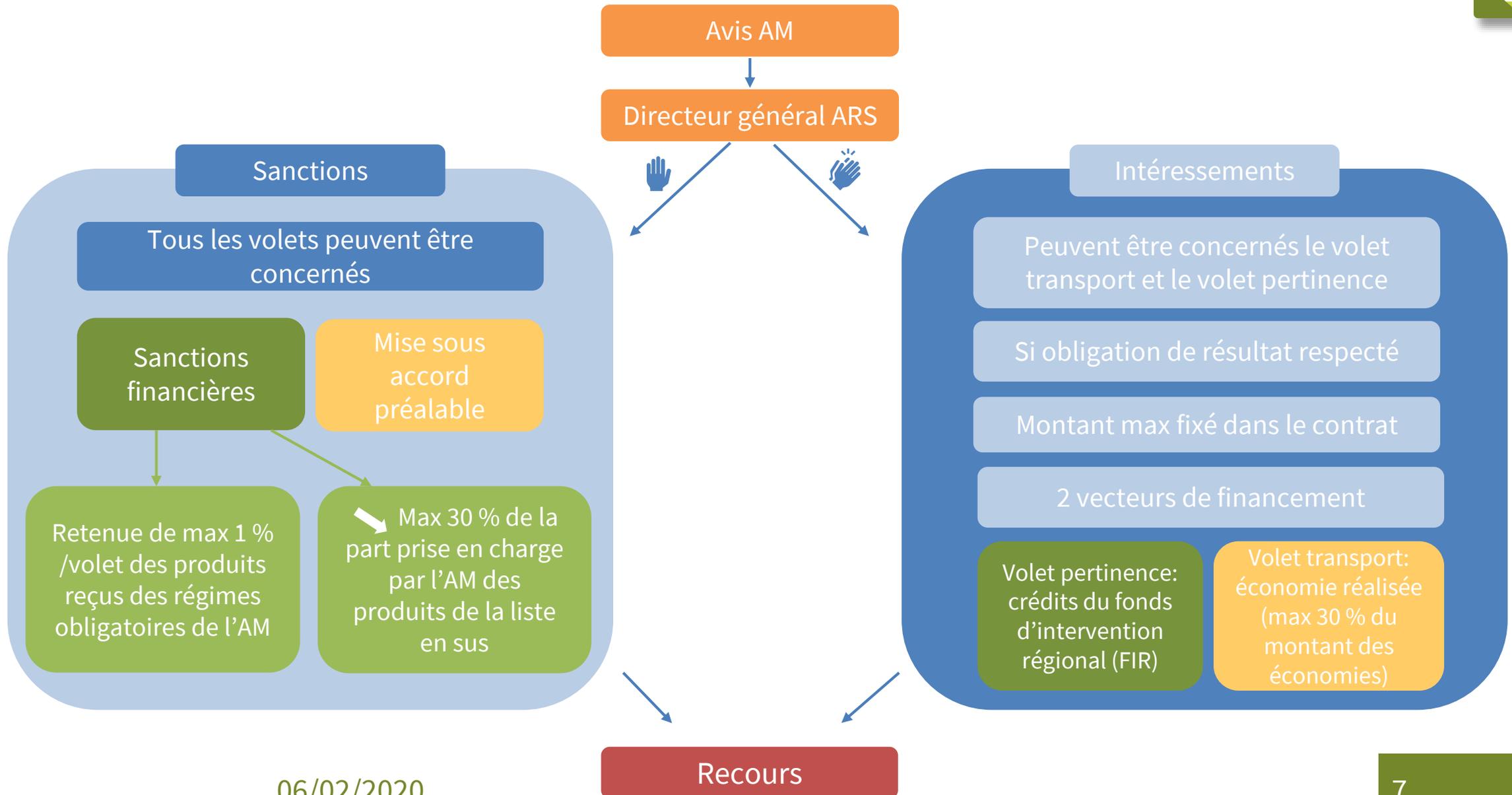
Pertinence des soins, transports et  
qualité et sécurité des soins

Remplace: CAQOS transports,  
contrat « amélioration des pratiques »,  
contrat « pertinence »

06/02/2020

6

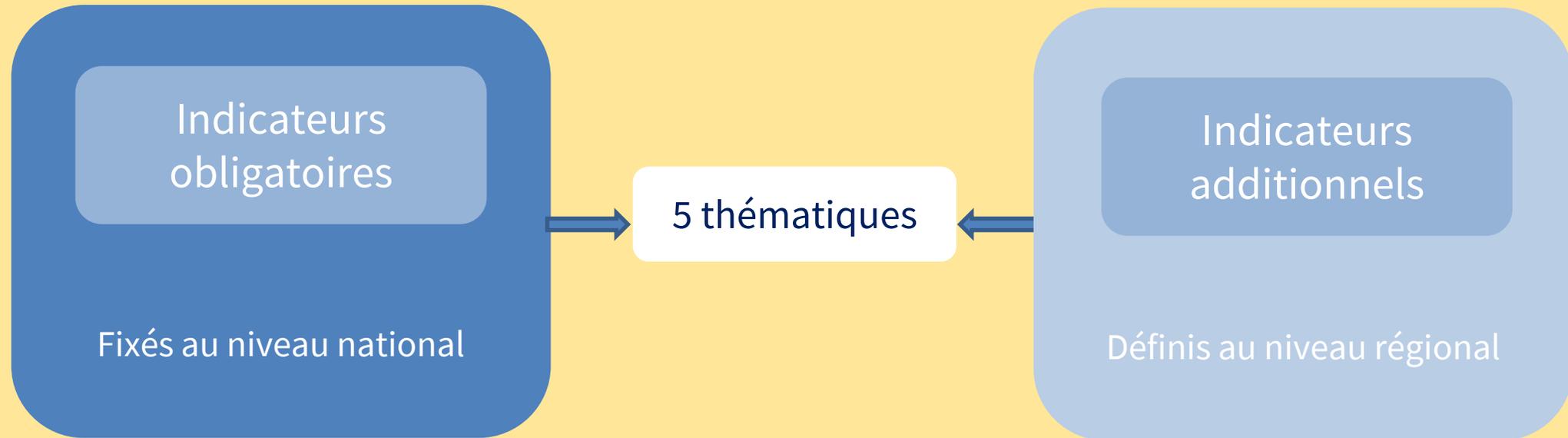
# Sanctions et intéressements



06/02/2020



## Volet obligatoire du CAQES





## Volet obligatoire du CAQES

Amélioration et sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient et du circuit des produits et prestations (Art 10.1 )

Développement des pratiques pluridisciplinaires et en réseau (Art 10.2 )

Engagements spécifiques relatifs aux spécialités pharmaceutiques prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation (Art 10.5 )

5 thématiques

Engagements relatifs aux prescriptions de médicaments dans le répertoire générique et biosimilaire (Art 10.3 )

Engagements relatifs aux médicaments prescrits en établissement de santé et remboursés sur l'enveloppe de soins de ville (Art 10.4 )



# **Amélioration et sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient et du circuit des médicaments**

06/02/2020



<p>Améliorer et sécuriser de façon continue la prise en charge thérapeutique du patient</p>	<p>Il existe une politique d'amélioration de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité de la PECM et des dispositifs médicaux stériles qui s'inscrit dans la politique générale d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement. Oui ? Non ? Si oui : politique actualisée (engagement de la direction et de la CME a minima tous les 3 ans)</p>
<p>Ma</p>	<p>La politique d'amélioration de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité de la PECM et des DMS intègre des objectifs qualitatifs vis-à-vis des prescriptions "hors-AMM -hors RTU" pour l'ensemble des médicaments. Oui ? Non ? Si oui : politique en lien avec les prescriptions "hors-AMM -hors RTU" pour l'ensemble des médicaments.</p>
<p>Amélioration et sécurisation de la PECM</p>	<p>La politique d'amélioration de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité de la PECM et des DMS prévoit des mesures pour améliorer les déclarations internes des événements indésirables notamment médicamenteux, des erreurs médicamenteuses ou des dysfonctionnements liés à la prise en charge médicamenteuse. Oui ? Non ? Si oui : charte de non punition ? actions de communication ? autres actions d'incitation ?</p>
<p>Réduire les risques associés à l'utilisation des produits de santé</p>	<p>L'étude des risques a priori sur la PECM (quelle que soit la méthode utilisée) est réalisée. L'étude prend en compte les modifications de processus ou d'activité ET les EIAS. Le nombre de jours de l'exercice concerné par l'autoévaluation (N) Le nombre d'unités de soins prévues (N+1)</p>
<p>Maitrise des utilisations hors-AMM hors-RTU</p>	<p>Il existe un plan d'actions en matière de qualité, de sécurité et d'efficacité de la PECM et des dispositifs médicaux stériles assortis d'indicateurs : - élaboré à partir des résultats des études de risque a priori et alimenté par les actions décidées en CREX ou RMM, - qui inclut un volet de suivi des actions en matière de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles,</p>
<p>Améliorer et sécuriser la prise en charge thérapeutique</p>	<p>La sécurité des soins, l'efficacité de la CME pour la prise en charge médicamenteuse. Réponses pour chaque item : Oui/Non Justificatif : plans d'actions avec calendrier, pilotes et indicateurs de suivi L'atteinte de l'objectif sera appréciée sur la base des 8 éléments cités.</p>
<p>Réduction des risques médicamenteux</p>	<p>Le suivi régulier et l'évaluation des indicateurs de qualité, de sécurité et d'efficacité des soins. Oui ? Non ? Si oui : bilan du plan d'actions</p>
<p>Formation du personnel</p>	<p>Un plan de formation intégré au plan de qualité des soins de santé est mis en œuvre. Oui ? Non ? Si oui : Le plan de formation prévoit que: - l'ensemble des professionnels de santé concernés est formé lors de la mise en place d'une nouvelle procédure ou mode opératoire, - les professionnels de santé nouvellement arrivés sont formés aux procédures et modes opératoires thérapeutiques et des supports de prescription, et à la manipulation des LAP (logiciels d'aide à la prescription) sur le livret de formation, - des professionnels de santé sont formés à la conciliation des traitements médicamenteux. Oui ? Non ? pour chaque item</p>
<p>Former l'ensemble des personnels à la qualité et à la sécurité d'utilisation des produits de santé</p>	<p>L'établissement répond dans les délais impartis aux enquêtes diligentées et/ou relayées par l'OMC (hors AMM, clip mitral et autres dispositifs médicaux stériles). Oui ? Non ?</p>
<p>Participer aux enquêtes régionales et nationales en lien avec les produits de santé</p>	<p>L'établissement répond dans les délais impartis aux enquêtes diligentées et/ou relayées par l'OMC (hors AMM, clip mitral et autres dispositifs médicaux stériles). Oui ? Non ?</p>

# Prise en charge médicamenteuse: prescription



Prescription	
Utilisation des médicaments mentionnés à l'article L.162-26 du CSS ou lors de la sortie de l'établissement de santé (Art. 10.1)	<p><b>Indicateur national</b> Prescription informatisée</p> <p>Taux de prescriptions de sortie informatisées y compris consultations externes : nombre de lignes de prescriptions de sortie informatisées / nombre total 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>
Informatisation et traçabilité de la prise en charge de la prescription, de l'administration du médicament, et de la traçabilité des médicaments mentionnés à l'article D.165-1 du CSS, de la prescription jusqu'à la pose du dispositif médical (Art. 10.1)	<p><b>Indicateur national</b> Informatisation et traçabilité de la PECM</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 d'unités de soins de l'établissement.</p> <p>Traçabilité des médicaments : Nombre de lits informatisés de la prescription jusqu'à la traçabilité de l'administration / nombre de lits total</p>
Optimiser l'alimentation du dossier patient informatisé pour obtenir l'exhaustivité des données relatives à sa prise en charge	<p><b>Indicateur régional</b> Partage du DPI</p> <p>Le dossier patient informatisé permet la mise à disposition dans le dossier patient informatisé de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les données relatives à la délivrance,</li> <li>- et l'administration des produits de santé (notamment données biologiques, chimiothérapies anticancéreuses, nutrition parentérale) durant la totalité de l'hospitalisation du patient.</li> </ul> <p>Oui ? Non ? Si oui : description courte Si non : échéancier / schéma</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. (Art. 10.1)	<p><b>Indicateur national</b> Identification du prescripteur</p> <p>Taux de prescriptions incluant le numéro RPPS du prescripteur et le numéro FINESS de l'établissement : - nombre d'ordonnances de sortie délivrées précisant le numéro FINESS et RPPS / nombre total d'ordonnances de sortie - nombre d'ordonnances intra-hospitalières précisant le numéro RPPS / nombre total d'ordonnances intra-hospitalières</p>

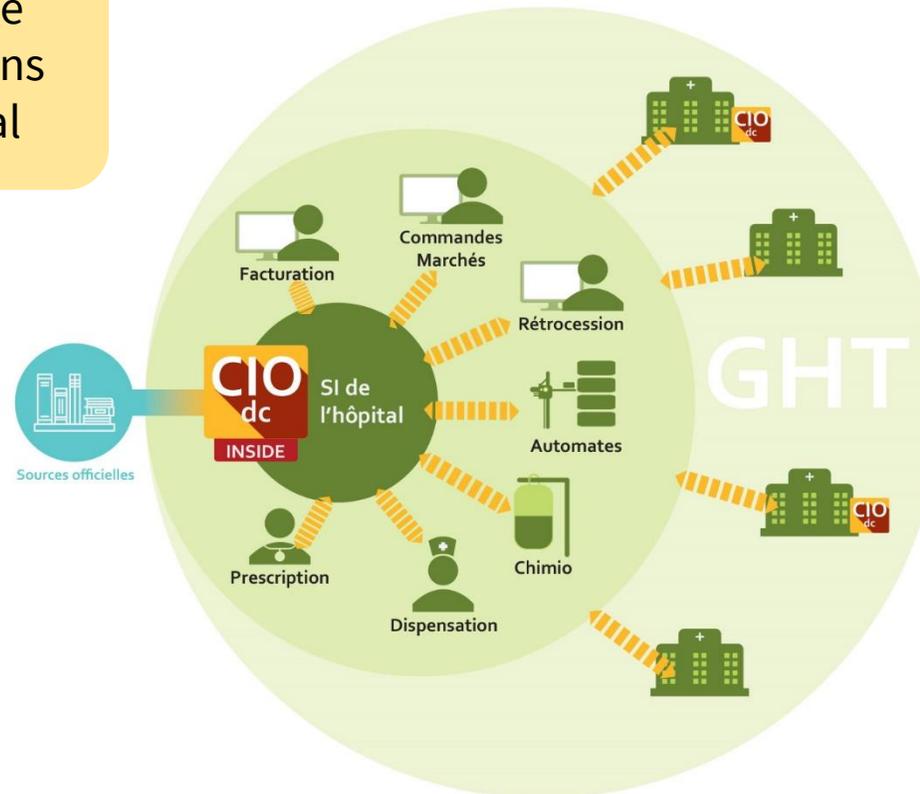
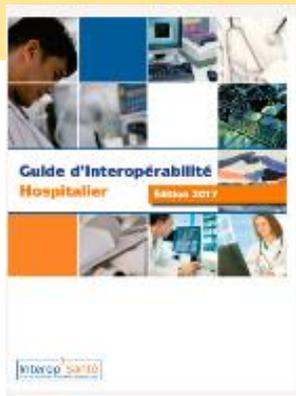




Données codées et structurées

Langage commun partagé  
entre toutes les applications  
informatiques de l'hôpital

Prérequis à l'interopérabilité  
des systèmes d'information



Facilite et sécurise les  
échanges de données de santé

Mise en œuvre d'un système  
unique de gestion des  
pharmacies au sein d'un GHT



06/02/2020

# Prise en charge médicamenteuse : dispensation



Dispensation des médicaments	
<p>Déployer l'analyse</p> <p><b>Indicateur régional</b></p> <p><b>Mise en œuvre de l'analyse pharmaceutique</b></p>	<p>L'établissement organise la montée en charge programmée de l'analyse pharmaceutique en fonction de son profil d'activité (chirurgie ambulatoire, médecine...).</p> <p>Oui ? Non ?</p> <p>Justificatif : transmettre la stratégie de mise en œuvre de l'analyse pharmaceutique : choix des niveaux d'analyse, calendrier.</p> <p>Nombre de lits d'hospitalisation complète bénéficiant d'une analyse pharmaceutique de la prescription du patient</p> <p>Nombre de places d'hôpital de jour / séances bénéficiant d'une analyse pharmaceutique de la prescription du patient</p> <p>Nombre de patients en HAD bénéficiant d'une analyse pharmaceutique de la prescription</p> <p>Fréquence de l'analyse (calcul automatique) pour chaque ligne</p> <p>Fréquence de l'analyse selon la spécialité à mentionner</p> <p>Le choix du niveau d'analyse pharmaceutique est adapté au niveau de risque défini par la CME ou la CfME (type de service, patient à risque, médicament à risque)</p> <p>Oui ? Non ?</p> <p>Nombre de lits / places / patients bénéficiant d'une analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3</p> <p>Niveaux 1, 2, 3 tels que définis par la SFPC</p>
<p>Déployer la délivrance nominative des traitements médicamenteux</p> <p><b>Indicateur régional</b></p> <p><b>DJIN</b></p>	<p>La délivrance nominative du traitement médicamenteux complet est mise en œuvre : l'établissement organise la montée en charge programmée de l'activité de délivrance nominative en fonction de son profil d'activité.</p> <p>Oui ? Non ?</p> <p>Si oui : justificatif : préciser les spécialités médicales concernées et la stratégie de ciblage de l'activité de délivrance nominative et les spécialités médicales concernées.</p> <p>- Nombre de lits / places / patients bénéficiant d'une délivrance nominative complète</p> <p>- Nombre de lits / places / patients bénéficiant d'une délivrance nominative partielle</p> <p>- Nombre de patients en HAD bénéficiant d'une délivrance nominative</p> <p>Pourcentage (calcul automatique)</p> <p>Si non : pourquoi ?</p> <p>Une analyse d'opportunité pour l'implémentation d'une solution d'automatisation de la délivrance nominative a été réalisée.</p> <p>Oui ? Non ?</p> <p>Si oui : justificatif : Compléter le document d'analyse d'opportunité (trame régionale) et résultat de l'analyse (avec ou sans automatisation, description du projet et échéance, coopération avec d'autres établissements ou non)</p> <p>Si non : pourquoi ?</p>

# Prise en charge médicamenteuse : administration



Administration	
<p>Sécuris</p> <p>Indicateur régional</p> <p><b>Sécurisation de la préparation des injectables</b></p>	<p>La préparation centralisée des médicaments injectables par l'établissement est réalisée conformément aux bonnes pratiques de préparation, dans la PUI de l'établissement ou dans le cadre d'une convention de sous-traitance. Conformité de l'unité préparation centralisée : Oui ? Non ? sous traitance ? (choix multiple possible) Date de mise en conformité aux BPP des locaux ? En dehors des chimiothérapies, quels sont les médicaments préparés de manière centralisée ? Nombre de préparations de médicaments injectables réalisées en unité centralisée sous responsabilité pharmaceutique conformément aux BPP (séparer anticancéreux, nutrition parentérale, médicaments radiopharmaceutiques, biothérapies hors cancérologie, antiinfectieux, et autres médicaments).</p> <p>En dehors des heures ouvrables de l'unité de préparation centralisée de la PUI : l'organisation permet une préparation sécurisée (dans le service de soins ou à la PUI et par du personnel formé) des préparations injectables réalisées habituellement de façon centralisée à la PUI, et est encadrée par des procédures validées par la PUI Oui ? Non ? Si oui : justificatif demandé : procédure</p>
<p>Sécuriser l'administration des médicaments</p> <p>Indicateur régional</p> <p><b>Sécurisation de l'administration des médicaments (conditionnement unitaire...)</b></p>	<p>Les médicaments administrés par voie orale restent identifiables (nom du médicament) jusqu'à leur administration (achat de médicaments en conditionnement unitaire, surconditionnement, reconditionnement, réétiquetage) Si oui : Audit ? Bilan ? Si audit : % de médicaments sous forme orale sèche identifiables jusqu'à leur adm... justificatif : audit. La méthodologie de l'audit précisera les critères de conformité évalués.</p> <p>...ance nominative des formes</p> <p>...patient et nom du médicament)</p> <p>...administration (patient et ...ité évalués.</p> <p>Si bilan : transmettre le bilan des actions engagées suite à l'audit précédent. Une analyse d'opportunité pour l'implémentation d'une solution d'automatisation de la délivrance nominative des formes injectables a été réalisée. Oui ? Non ? Si oui : analyse d'opportunité unique (voir I.2.2.4)</p>



# Conditionnement unitaire



06/02/2020



# Développement des pratiques pluridisciplinaires et en réseau

06/02/2020

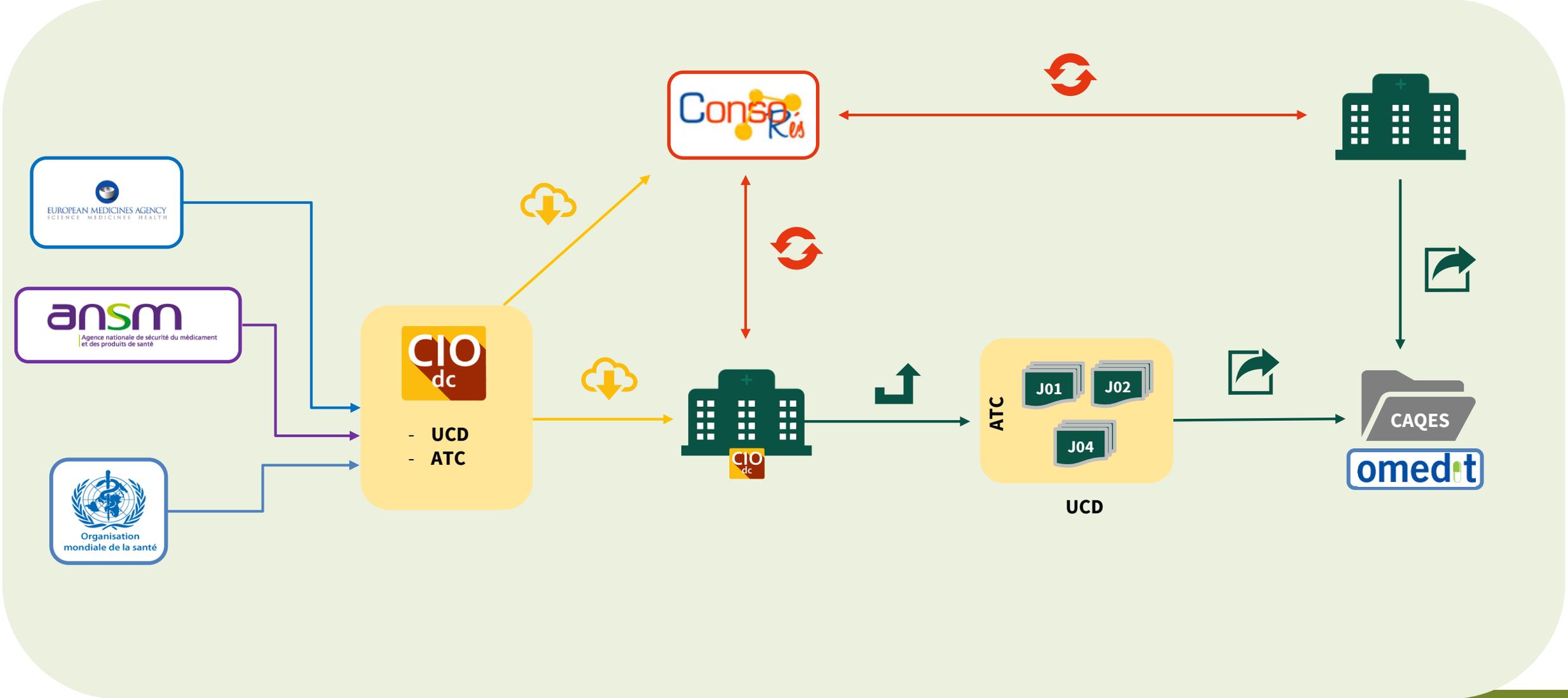
# Conciliation médicamenteuse / Bon usage des ATB



<p>Indicateur régional</p> <p><b>Mettre en œuvre la continuité de la PECM</b></p>	<p>La continuité de la prise en charge médicamenteuse durant le parcours de soins est mise en œuvre (gestion des traitements médicamenteux apportés par le patient). La mise en œuvre de la procédure relative à la gestion du traitement personnel du patient est évaluée. Oui ? Non ? Si oui : méthodologie et résultats de l'audit ou évaluation des actions engagées suite à l'audit (année précédente ou en cours, N ou N+1)</p> <p>La continuité de la prise en charge médicamenteuse durant le parcours de soins est mise en œuvre (gestion des traitements médicamenteux aux points de transitions). 1) Le résultat de l'indicateur IPAQSS "Document de sortie" est supérieur ou égal à 80% (Données fournies par l'Omedit Ile-de-France ou l'ARS) 2) Pourcentage de services de l'établissement qui intègrent dans leur document de sortie ou lettre de liaison un tableau présentant les traitements habituels du patient, les traitements à la sortie et les commentaires justifiant les modifications des traitements (données fournies par l'ES) Un modèle de tableau validé par la HAS est mis à disposition des établissements de santé "tableau médicament parcours" (rubrique 4 "traitement médicamenteux" du référentiel HAS disponible sur le site internet de la HAS). 3) Pour les services utilisant un "tableau médicament parcours": pourcentage de tableaux indiquant dans la colonne dédiée les motifs de modifications des traitements, pourcentage de tableaux dans lesquels les médicaments sont structurés par domaine pathologique, pourcentage de tableaux pour lesquels une source impliquant le pharmacien d'officine ou le DP est mentionnée, pourcentage de tableaux renseignant le nom du pharmacien d'officine. Justificatif attendu en 2020 : audit et méthodologie</p>
<p>Mise en œuvre d'une stratégie de conciliation médicamenteuse intégrée à la politique de management des médicaments (Art. 10.1)</p> <p>Indicateur national</p> <p><b>Déploiement de la conciliation médicamenteuse</b></p>	<p>Réalisation d'une activité de conciliation médicamenteuse dans l'établissement ? Oui ? Non ? Si oui, le nombre de patient(s) concernés pour : - entrée : - sortie : - en cours dans l'établissement (unité de soins prioritaire, calendrier) ? - Nombre de patients priorités et bénéficiant d'une conciliation médicamenteuse d'entrée et / ou de sortie / Nombre de patients priorités hospitalisés</p>
<p>Vigilance et bon usage des antibiotiques (ATB) (Art. 10.2)</p>	<p>Taux de traitements de plus de 7 jours non justifiés : - Nb de traitements par ATB prescrits pour une durée de plus de 7 jours non justifiés / nombre total de traitements par ATB prescrits pour une durée de plus de 7 jours</p>
<p>Maîtriser les consommations d'antibiotiques et les résistances bactériennes</p> <p>Indicateur national</p> <p><b>Suivi du bon usage des ATB</b></p>	<p>La prescription d'antibiotiques est suivie et contrôlée par votre établissement ? Oui ? Non ? Si non : disposez-vous d'un autre outil vous permettant de suivre et de confronter les données de consommations et de résistances ? Si oui lequel ? Si "oui" : permet-il des comparaisons : - inter - services ? oui ? Non ? - inter - établissements ? oui ? Non ? Si "oui" justificatif : extrait d'un exemple de comparaisons inter - services et inter - établissements produit par l'outil utilisé Participez-vous au réseau de surveillance ATB RAISIN ? Oui ? Non ?</p>
	<p>Indicateur régional</p> <p><b>Suivi de la consommation des ATB</b></p> <p>La prescription d'antibiotiques est suivie et contrôlée par votre établissement ? Oui ? Non ? Le système informatique favorise-t-il le suivi de la consommation des ATB ? Oui ? Non ? Ce système informatique permet-il de suivre la consommation des ATB ? Oui ? Non ?</p> <p>La dispensation des antibiotiques est contrôlée par votre établissement ? Oui ? Non ? Si oui, inclut elle : - les carbapénèmes : Oui ? Non ? Non dispensés dans l'année N ? - les fluoroquinolones : Oui ? Non ? Non dispensés dans l'année N ? - les C3G : Oui ? Non ? Non dispensés dans l'année N ? - et autres antibiotiques définis en fonction de l'épidémiologie de l'établissement : Oui ? Non ? Si oui, lesquels ?</p>



# Suivi de la consommation des ATB





# **Engagements relatifs aux prescriptions de médicaments dans le répertoire générique et biosimilaire**

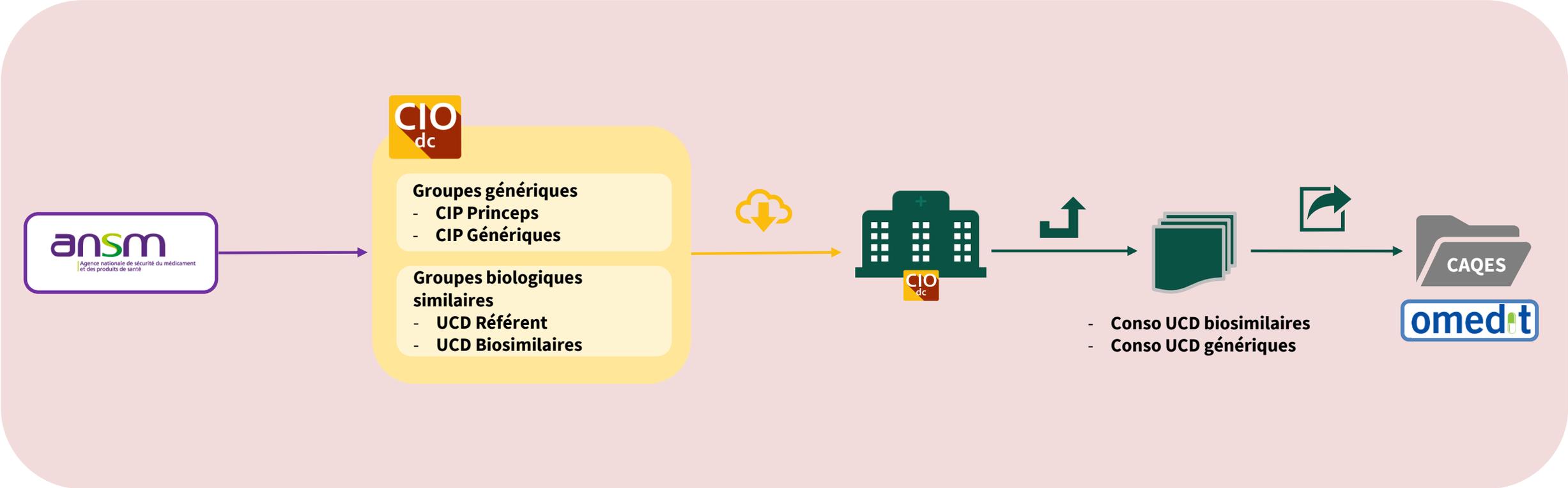
06/02/2020

# Prescription intra-hospitalière génériques & biosimilaires



<p>Promouvoir la prescription de médicaments biosimilaires dans les classes autant que possible (Art 10.2)</p> <p><b>Indicateur national</b> <b>Promotion des biosimilaires</b></p>	<p><b>CIO dc</b></p> <p>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.</p> <p>Ce taux est calculé séparément pour les médicaments des classes suivantes : EPO, anti TNF, insuline glargine, G-CSF.</p>
<p>Part d'achat de génériques et biosimilaires (Art 10.3)</p> <p><b>Indicateur national</b> <b>Part d'achat de génériques et biosimilaires</b></p>	<p>Part d'achat de génériques et biosimilaires :</p> <p><b>CIO dc</b></p> <p>...s aux</p>

# Génériques et biosimilaires





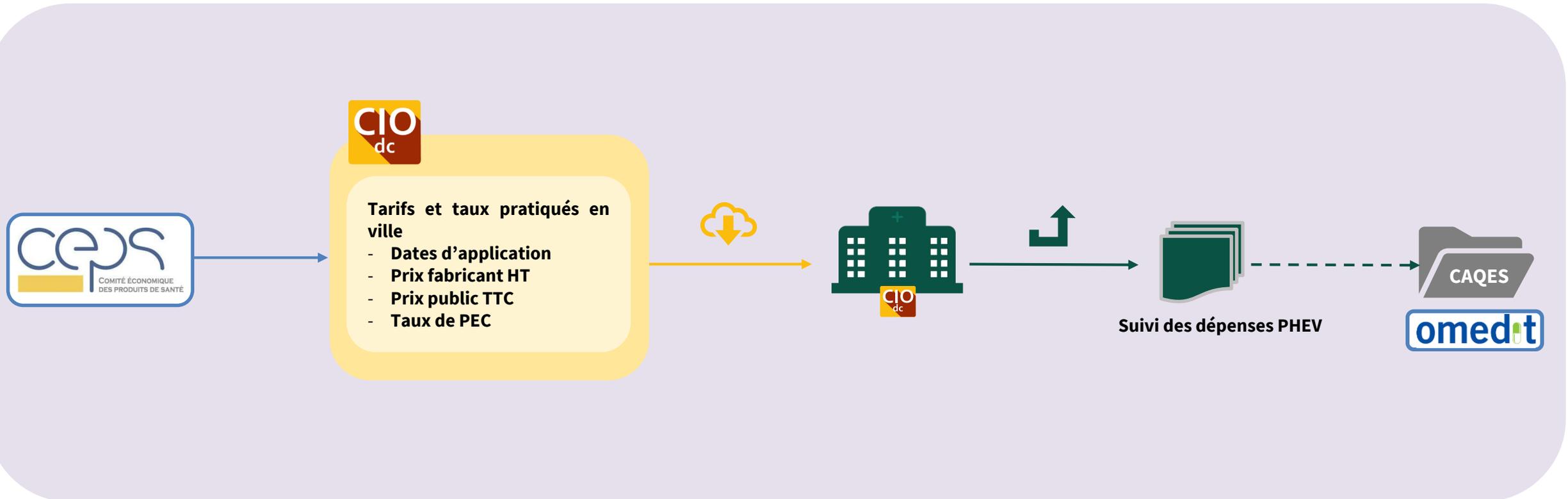
# **Engagements relatifs aux médicaments prescrits en établissement de santé et remboursés sur l'enveloppe de soins de ville**

06/02/2020



	<p>Non concerné si montant N-1 des PHEV &lt; 50 000 euros</p>
<p>Promouvoir la prescription de médicaments génériques dans les PHEV (Art 10.3)</p>	<p>Indicateur national</p> <p><b>Promotion des génériques dans les PHEV</b></p> <p>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</p> <p>Taux national = taux visé à l'article L.162-30-3 du code de la sécurité sociale</p> <p>Taux de prescription des biosimilaires :</p> <p>- 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</p> <p>Ce taux est calculé pour les médicaments des classes suivantes : EPO, anti TNF, insuline glargine, G-CSF</p>
<p>Mettre en œuvre les pratiques hospitalières de prescriptions nécessaires à la maîtrise des dépenses des PHEV (Art 10.4)</p>	<p>Indicateur national</p> <p><b>Promotion des biosimilaires dans les PHEV</b></p> <p>des 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 (N) / montant des dépenses remboursées de l'année précédant celle de l'évaluation (N-1)</p> <p>Taux national = taux visé à l'article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale</p>
<p>Maîtriser l'évolution des PHEV</p>	<p>Indicateur national</p> <p><b>Suivi des dépenses et des évolutions des PHEV</b></p> <p>Taux d'évolution des 3 classes thérapeutiques PHMEV les plus significatives (EPO, anti TNF, insuline glargine) sur la période N-1 / N-2</p> <p>seront définies par l'ARS et l'Assurance maladie .</p> <p>Numérateur : Pour chaque classe thérapeutique, différence des montants remboursés en année N et N-1              Dénominateur : Pour la même classe thérapeutique, montant remboursé en année N-1</p> <p>Mise en place de groupes de travail sur les 3 classes thérapeutiques sélectionnées et élaboration d'un plan d'actions sur ces 3 classes (intégré au programme d'actions de la COMEDIMS)</p>
<p>Maîtriser la prescription des antibiotiques particulièrement généraux afin de limiter l'apparition d'antibiorésistance (dits "critiques")</p>	<p>Indicateur régional</p> <p><b>Suivi des ATB « critiques » dans les PHEV</b></p> <p>* amoxicilline + acide clavulanique, C3G et C4G, fluoroquinolones</p> <p>Part de patients ayant plus de 10 molécules différentes (à l'exclusion des topiques) au sein des prescriptions de sortie de l'établissement</p>
<p>Contribuer à la diminution du risque iatrogène chez la personne de plus de 65 ans</p>	<p>Indicateur régional</p> <p><b>Suivi du risque iatrogène dans les PHEV chez les personnes âgées</b></p> <p>Périmètre : ...              Numérateur : ...              Dénominateur : ...              Donnée : ...</p>

# Tarifs et taux pratiqués en ville



06/02/2020



# **Engagements spécifiques relatifs aux spécialités pharmaceutiques prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation**

06/02/2020

# Liste en sus / médicaments coûteux



Suivi des dépenses des médicaments de la liste en sus

(Art 10.5)

Indicateur national

Suivi des dépenses HGHS



Maîtriser les pratiques d'utilisation hors AMM-hors RTU des médicaments inscrits sur la liste en sus

Réaliser le suivi des dépenses des médicaments onéreux

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 (N) / montant des dépenses de médicaments liste en sus remboursées l'année précédant celle de l'évaluation (N-1)

Taux de prescriptions hors référentiels (RTU, AMM) pour les médicaments de la liste en sus :

- Nombre d'initiation de traitement (patients) hors référentiel / nombre d'initiation de traitement (patients) total

En cas d'utilisation hors AMM hors RTU, l'établissement s'assure de la présence dans le dossier-patient d'une argumentation étayée par des revues à comité de lecture.

Audit annuel de dossiers médicaux : description détaillée de la méthodologie employée (nombre de dossiers étudiés et nombre de dossiers argumentés).

Rq : l'argumentation dans le dossier patient pourra renvoyer vers le thésaurus de votre établissement pour les situations hors AMM qui y sont intégrées.

Le bilan détaillé annuel du suivi des utilisations hors AMM/hors RTU est transmis avec le rapport annuel d'auto-évaluation et à chaque demande de l'OMEDIT Ile-de-France.

Oui ? Non ?

Si non : pourquoi ?

Si oui : tableau à compléter et mention du référentiel consulté.

Attention : l'annexe transmise devra obligatoirement respecter le format Excel mis à disposition sur le site de l'OMEDIT Ile-de-France ou intégré à l'outil d'autoévaluation/d'évaluation

Une analyse critique des indications de prescriptions hors AMM et hors RTU de tous les médicaments hors GHS fait l'objet d'une présentation en CME/CfME ou en commission représentative de la CME pour la prise en charge médicamenteuse, au moins une fois par an.

Oui ? Non ?

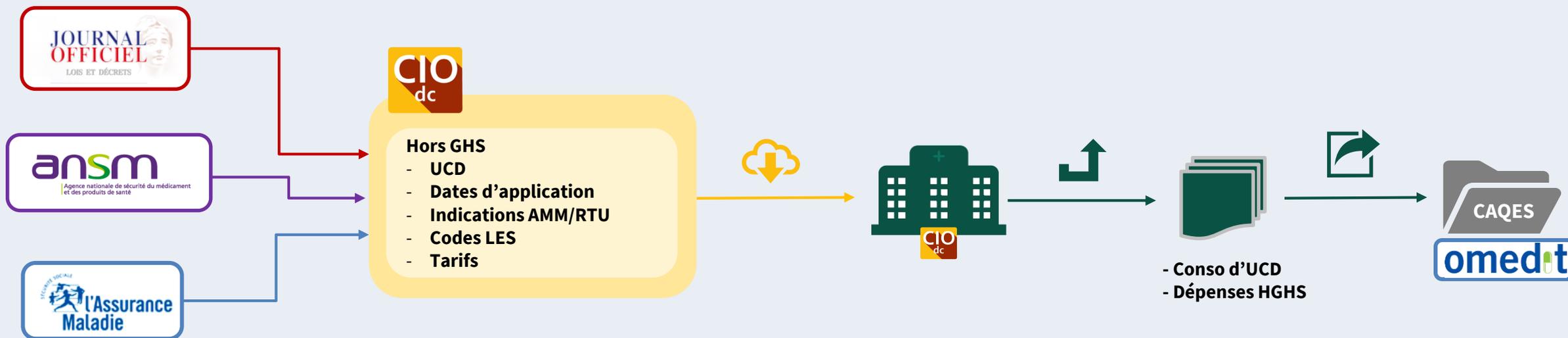
Si non : pourquoi ?

Si oui : comptes rendus

Taux d'évolution des dépenses de médicaments onéreux (liste des spécialités pharmaceutiques spécifiques au secteur SSR ou médicaments coûteux hors liste et hors ATU pour les HAD)

- Numérateur = montant des dépenses de médicaments onéreux sur l'année évaluée

- Dénominateur = montant des dépenses de médicaments onéreux de l'année n - montant des dépenses de médicaments de l'année n-1

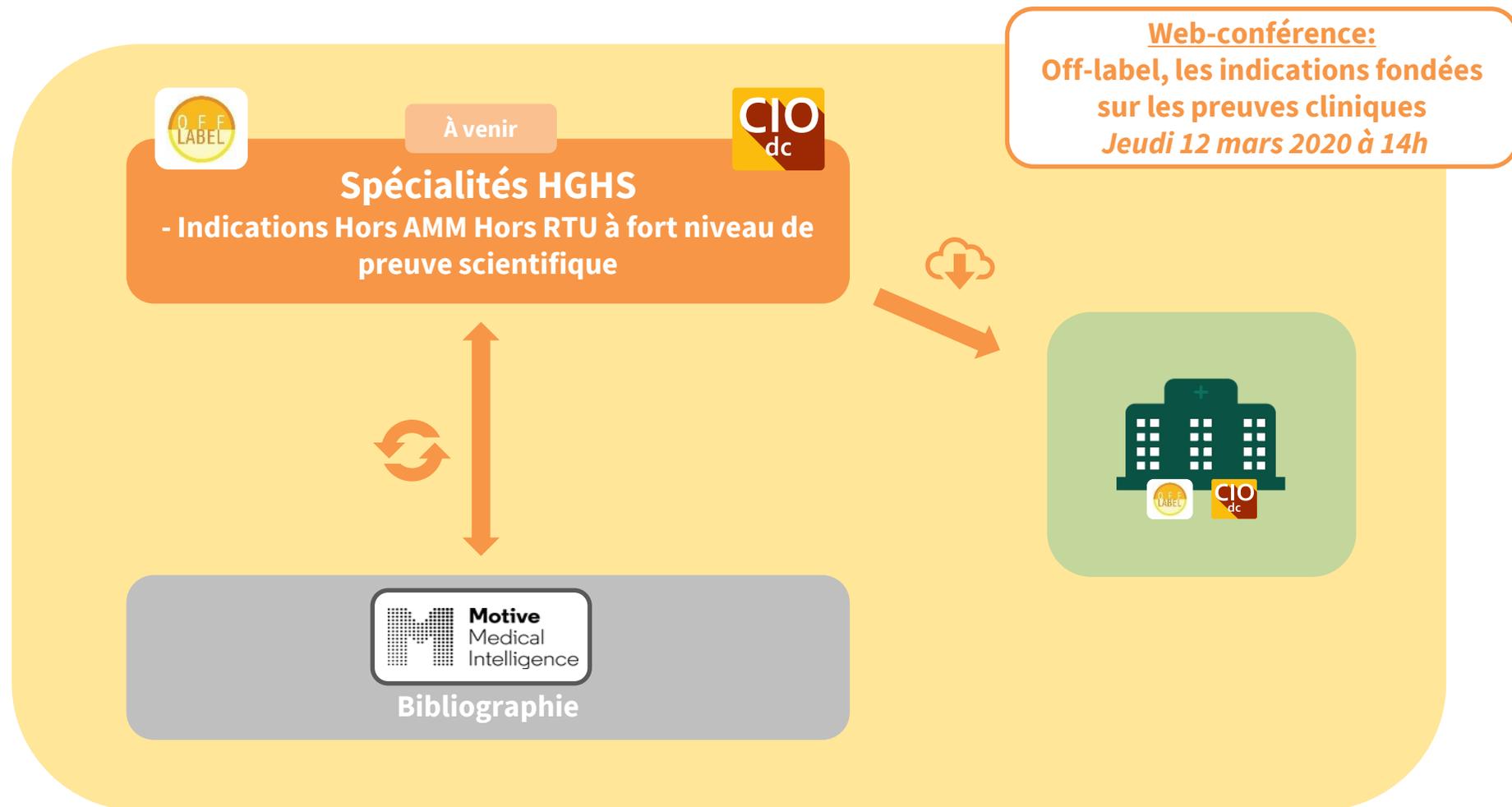


# Liste en sus / médicaments coûteux



<p>Suivi des dépenses des médicaments de la liste en sus (Art 10.5)</p>	<p>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 (N) / montant des dépenses de médicaments liste en sus remboursées l'année précédant celle de l'évaluation (N-1)</p>
<p><b>Indicateur national</b> <b>Suivi des dépenses HGHS</b></p>	<p>Taux de prescriptions hors référentiels (RTU, AMM) pour les médicaments de la liste en sus : - Nombre d'initiation de traitement (patients) hors référentiel / nombre d'initiation de traitement (patients) total</p>
<p>Maîtriser les pratiques d'utilisation des médicaments inscrits sur la liste</p>	<p>En cas d'utilisation hors AMM hors RTU, l'établissement s'assure de la présence dans le dossier-patient d'une argumentation étayée par des revues à comité de lecture.</p> <p>Audit annuel de dossiers médicaux : description détaillée de la méthodologie employée (nombre de dossiers étudiés et nombre de dossiers argumentés).</p> <p>Rq : l'argumentation dans le dossier patient pourra renvoyer vers le thésaurus de votre établissement pour les médicaments hors AMM.</p>
<p>Réaliser le suivi des dépenses des médicaments onéreux</p>	<p><b>Indicateur régional</b> <b>Suivi des utilisations hors AMM hors RTU des médicaments HGHS</b></p> <p>Le rapport d'utilisations hors AMM/hors RTU est transmis avec le rapport annuel d'auto-évaluation de l'OMEDIT Ile-de-France.</p> <p>Attention : l'annexe transmise devra obligatoirement respecter le format Excel mis à disposition sur le site de l'OMEDIT Ile-de-France ou intégré à l'outil d'autoévaluation/d'évaluation</p> <p>Une analyse critique des indications de prescriptions hors AMM et hors RTU de tous les médicaments hors GHS fait l'objet d'une présentation en CME/CfME ou en commission représentative de la CME pour la prise en charge médicamenteuse, au moins une fois par an.</p> <p>Oui ? Non ? Si non : pourquoi ? Si oui : comptes rendus</p> <p>Taux d'évolution des dépenses de médicaments onéreux (liste des spécialités pharmaceutiques spécifiques au secteur SSR ou médicaments coûteux hors liste et hors ATU pour les HAD) - Numérateur = montant des dépenses de médicaments onéreux sur l'année évaluée - Dénominateur = montant des dépenses de médicaments onéreux de l'année n - montant des dépenses de médicaments de l'année n-1</p>

# Indications Hors AMM Hors RTU (à venir)



# Liste en sus / médicaments coûteux



<p>Suivi des dépenses des médicaments de la liste en sus (Art 10.5)</p>	<p>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 (N) / montant des dépenses de médicaments liste en sus remboursées l'année précédant celle de l'évaluation (N-1)</p>
<p>Indicateur national <b>Suivi des dépenses HGHS</b></p>	<p>Taux de prescriptions hors référentiels (RTU, AMM) pour les médicaments de la liste en sus : - Nombre d'initiation de traitement (patients) hors référentiel / nombre d'initiation de traitement (patients) total</p>
<p>Maîtriser les pratiques d'utilisation des médicaments inscrits sur la liste</p>	<p>En cas d'utilisation hors AMM hors RTU, l'établissement s'assure de la présence dans le dossier-patient d'une argumentation étayée par des revues à comité de lecture.</p> <p>Audit annuel de dossiers médicaux : description détaillée de la méthodologie employée (nombre de dossiers étudiés et nombre de dossiers argumentés).</p> <p>Rq : l'argumentation dans le dossier patient pourra renvoyer vers le thésaurus de votre établissement pour les médicaments hors AMM/hors RTU.</p>
<p>Indicateur régional <b>Suivi des utilisations hors AMM hors RTU des médicaments HGHS</b></p>	<p>Utilisations hors AMM/hors RTU est transmis avec le rapport annuel d'auto-évaluation de l'OMEDIT Ile-de-France.</p> <p>Attention : l'annexe transmise devra obligatoirement respecter le format Excel mis à disposition sur le site de l'OMEDIT Ile-de-France ou intégré à l'outil d'autoévaluation/d'évaluation</p>
<p>Réaliser le suivi des dépenses des médicaments onéreux</p>	<p>Indicateur régional <b>Suivi des dépenses des médicaments onéreux SSR / HAD</b></p> <p>Une analyse critique des indications de prescriptions hors AMM et hors RTU de tous les médicaments de la liste en sus sera réalisée.</p> <p>Taux d'évolution des dépenses de médicaments onéreux (liste des spécialités pharmaceutiques spécifiques au secteur SSR ou médicaments coûteux hors liste et hors ATU pour les HAD) - Numérateur = montant des dépenses de médicaments onéreux sur l'année évaluée - Dénominateur = montant des dépenses de médicaments onéreux de l'année n - montant des dépenses de médicaments de l'année n-1</p>





# En résumé...

06/02/2020



## CAQES

PARTAGE DU DPI



CONDITIONNEMENT UNITAIRE



CONSOMMATION DES ATB



GROUPE GÉNÉRIQUE



GROUPE BIOLOGIQUE SIMILAIRE

DÉPENSES EN PHEV



LISTE EN SUS



LISTE SSR/HAD



A venir

INDICATIONS HORS-AMM HORS-RTU  
« OFF-LABEL »





## Prochaine formation



FACILITER LA TRAÇABILITÉ FINANCIÈRE  
DES MÉDICAMENTS GRÂCE À **CIOdc**



Mardi 17 mars 2020  
14h00 à 15h00

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ  
WEB-CONFÉRENCE

[ciodc@phast.fr](mailto:ciodc@phast.fr)

06/02/2020