

— Intitulé de la question dans le rapport d'étape

| Item | Question | Réponse OMEDIT |
|-------------------------|---|--|
| Validation directeur | Comment valider définitivement son rapport d'étape ? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Créer le mot de passe directeur dans la partie « Données administratives », page « Représentant légal » 2. 1^{ère} validation par le référent CBU 3. Pour que le rapport d'étape soit validé définitivement, le représentant légal doit valider celui-ci. <p>Pour ce faire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - http://ars-iledefrance.fr/cbu/ - Identifiant : FINESS de l'établissement - Mot de passe : il s'agit du mot de passe créé pour le directeur et non pas du mot de passe envoyé par l'OMEDIT (étape 1 ci-dessus) - Cliquer sur « Validation du rapport d'étape » puis confirmer |
| Items avec scores | Pour les questions scorées, la saisie d'un score par l'établissement est-elle obligatoire ? | <p>Non, la case « score » permet à l'établissement de procéder à une auto-évaluation chiffrée s'il le souhaite.</p> <p>Si des scores sont saisis, ceux-ci apparaîtront sur le rapport édité (version pdf).</p> <p>Si les scores ne sont pas renseignés par l'établissement, ceux-ci s'affichent à « 0 » lors de l'enregistrement des pages sur l'outilweb.</p> <p>L'évaluation par l'OMEDIT/ARS/Assurance maladie reposera sur les réponses saisies et les justificatifs fournis.</p> |
| Données administratives | Nombre total d'unités de soins de l'établissement = nombre de services de soins ou d'unités fonctionnelles ? | Il s'agit du nombre de services de soins (1 même activité) |

| | | |
|---|--|---|
| Données administratives | Pourquoi les calculs automatiques des pourcentages (ex III.5, III.6) prévus ne se font pas correctement ? | Des calculs automatiques de pourcentages sont réalisés dans l'outil web lors de la saisie du rapport d'étape. Ces calculs automatiques ne se font que si les données administratives (nb de lits et places) sont correctement remplies. |
| Données administratives | <p>Administration de molécules onéreuses de la liste en sus → Nb. codes UCD</p> <p>Utilisation de dispositifs médicaux implantables de la liste en sus → Nb. codes LPP</p> <p>S'agit-il du nombre de références ou du nb d'UCD et LPP utilisés ?</p> | Il s'agit de connaître le nombre de codes UCD / codes LPP référencés dans votre établissement et non le nombre d'UCD/LPP utilisés. |
| Données administratives + III.5, III.6 | Pour un établissement MCO ayant une activité HAD , comment comptabiliser les places HAD dans les données administratives ? Comment prendre en compte les actions mises en œuvre sur ces places HAD, par exemple sur l'informatisation des prescriptions ou l'analyse pharmaceutique ? | Les places HAD des établissements MCO ne sont pas à indiquer dans les données administratives et ne sont donc pas prises en comptes dans les calculs dans le rapport d'étape (III.5 et III.6 par exemple). Indiquer dans la zone « Commentaires » (accessible via le menu principal) si de telles activités sont mises en œuvre sur les places HAD de votre établissement. |
| I.1.3 | Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie (RCP) : Les RCP sur les activités chirurgicales sont-elles concernées ? | Cocher non concerné si l'établissement est autorisé pour la chirurgie mais n'a pas d'autorisation pour l'activité de chimiothérapie. |
| I.2.2.2 | Le suivi prospectif continu des indications d'implantations pour tous les DMI hors GHS est organisé Si concerné → oui : Nombre d'implants posés dans le cadre de l'arrêté d'inscription sur la LPP/ hors arrêté d'inscription sur la LPP : Que signifie hors arrêté d'inscription sur la LPP ? | Il s'agit de connaître : <ul style="list-style-type: none"> - le nombre de DMI implantés dans le respect des conditions de prise en charge définies dans la LPP - le nombre de DMI implantés ne respectant pas les conditions de prises en charge définies dans la LPP (les DMI concernés par une demande d'accord préalable sont à intégrer dans cette catégorie). |

| | | |
|----------------------------|---|---|
| II.1.1.1 | <p>Pièces justificative demandée : Engagement de la Direction et de la CME/CfME (Compte-rendu de réunions de CME)</p> <p>Combien faut-il envoyer de compte-rendus ?</p> | <p>Un seul compte-rendu pertinent suffit pour justifier de l'engagement de la direction et de la CME/CfME sur la politique globale d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.</p> |
| II.1.1.8 | <p>Le plan de formation de l'établissement propose et met en œuvre des formations spécifiques à la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse : % de personnes formées (personnel médical) / (personnel non médical)</p> <p>Quels sont les personnes incluses dans ces 2 catégories : personnel médical/non médical ?</p> | <p>Personnel médical : médecins (salariés et libéraux), pharmaciens, sage-femmes</p> <p>Personnel non médical : soignant, personnel administratif</p> <p>Pourcentage à exprimer en fonction du nombre de personnes formées et non du nombre d'ETP formés.</p> |
| I.2.2.3 | <p>La classification CLADIMED (classification française des dispositifs médicaux) est mise en œuvre → concerné /non concerné</p> <p>Peut-on sélectionner « non concerné » lorsque la classification CLADIMED n'est pas mise en place dans l'établissement ?</p> | <p>Lorsque votre établissement utilise des DM hors GHS mais que la classification CLADIMED n'est pas mise en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - indiquer que vous êtes « concerné » par la question - puis indiquer 0 pour l'item « Nombre de DMI posés codés selon la classification CLADIMED » <p>La case « non concerné » sera sélectionnée par les établissements n'utilisant pas de DM hors GHS.</p> |
| II.1.3 | <p>Suivi des résultats de la certification HAS : critères relatifs à la p.e.c. médicamenteuse</p> <p>Si l'item n'est pas rempli, que doit-on faire ?</p> | <p>L'item sera pré-rempli uniquement pour les établissements ayant eu des réserves et/ou recommandations lors de la certification sur les critères cités (20a, 20abis, 20b).</p> <p>Si l'établissement n'a eu ni réserve ni recommandation sur ces critères, la case restera vide.</p> <p>Dans l'hypothèse où l'information relative à votre établissement serait erronée, merci de nous en informer.</p> |
| II.1.4.1 Et II.1.4.2 | <p>Indicateurs OSIS (indicateurs Hôpital Numérique).</p> | <p>Ces indicateurs, tout comme les indicateurs IPAQSS, devaient être pré-remplis (pas de ressaisie par l'établissement).</p> <p>Renseignez-les si vous connaissez leur valeur pour votre établissement.</p> <p>Si vous ne les connaissez pas, entrez la valeur «0» pour pouvoir enregistrer la page.</p> <p>Le remplissage de ces critères OSIS (observatoire des systèmes d'information de santé issus d'Hôpital Numérique) n'aura pas d'impact sur l'évaluation du rapport d'étape cette année.</p> |

| | | |
|--------|---|--|
| III.1 | <p>L'établissement adhère à un ou plusieurs groupements d'achat pour optimiser les achats de médicaments et de dispositifs médicaux stériles.</p> <p>→ Pourcentage de la dépense en achat groupé sur la dépense totale (comprenant les dépenses dans le cadre de groupement d'achat, les achats simples contractualisés et les achats simples non contractualisés)</p> <p>Pourriez-vous préciser le numérateur/dénominateur du calcul ?</p> | <p>Numérateur : dépense de produits de santé (médicaments et DM) réalisée dans le cadre d'un groupement d'achat</p> <p>Dénominateur : dépense totale des achats de produits de santé (médicaments et DM)</p> |
| III.1 | <p>L'établissement adhère à un ou plusieurs groupements d'achat pour optimiser les achats de médicaments et de dispositifs médicaux stériles.</p> <p>EMI/ETI : ou trouvez ces valeurs ?</p> | <p>Les valeurs de l'EMI et ETI sont accessibles via le PMSI (voir avec les DIM de votre établissement si vous n'avez pas d'accès au PMSI)</p> |
| III.16 | <p>Quel est le niveau de mise en œuvre de l'analyse pharmaceutique (selon la définition de la Société française de pharmacie clinique (SFPC))</p> <p>→ Niveau 1 : x %</p> <p>→ Niveau 2 : y %</p> <p>→ Niveau 3 : z %</p> <p>Pourriez-vous préciser les modalités de calculs attendues ?</p> <p>Doit-on considérer que la somme des « niveaux »=100%, ou que l'objectif de chaque niveau est de 100 % ?</p> | <p>Sur cette question c'est la répartition des modalités d'analyse sur les lits pour lesquels la validation pharmaceutique est réalisée, qui est attendue. La somme des trois lignes (x + y + z) ne peut qu'être égale à 100 %.</p> |
| III.17 | <p>La délivrance nominative du traitement médicamenteux complet est mise en œuvre dans votre établissement : quelle est la signification du terme « complet » dans cette question ?</p> | <p>Il s'agit de connaître le nombre de lits et places bénéficiant d'une délivrance nominative complète c'est-à-dire réalisée sur la totalité du traitement et non sur certaines classes de médicaments uniquement (ex : antibiotiques, MDS, stupéfiants...)</p> |
| III.21 | <p>La traçabilité (manuelle ou informatisée) de pose des DMI dans le dossier du patient est assurée.</p> <p>→ Si concerné : Pourcentage d'unités de DMI dont l'implantation est tracée dans le dossier du patient</p> | <p>Unités de DMI : il s'agit bien du nombre d'unité de DM implantées et non du nombre de références.</p> |

| | | |
|------------------|---|---|
| | Unités de DMI : s'agit-il du nombre de référence ou du nombre de DMI implantés ? | |
| III.21 | <p>La traçabilité (manuelle ou informatisée) de pose des DMI dans le dossier du patient est assurée.</p> <p>Quels types de DMI sont concernés par cette question (hors GHS, tous les DMI)?</p> | La question concerne les DMI dans leur ensemble c'est-à-dire tous les DMI, qu'ils soient dans le GHS ou hors GHS. |
| III.22 et III.23 | <p>III.22 - L'établissement s'assure de la qualité de la traçabilité de pose des DMI dans le dossier patient (le nom, n° lot, fournisseur, du DMI, date d'implantation, médecin implanteur)</p> <p>III. 23- Pour un dispositif médical implantable donné, l'établissement est en mesure de retrouver de façon exhaustive tous les patients chez lesquels le dispositif a été implanté</p> <p>Quelle est la différence entre ces questions ?</p> | <p>Il s'agit d'assurer la traçabilité des DMI à la fois dans les sens</p> <ul style="list-style-type: none"> - patient → DMI (traçabilité ascendante) : question III.22 - DMI → patient (traçabilité descendante) : question III.23 |
| III.28 et III.29 | <p>III.28 - Le bilan détaillé du suivi des indications hors AMM hors PTT/RTU est transmis avec le RE et à chaque demande de l'OMEDIT</p> <p>→ Justificatif demandé : « si oui Tableau à compléter »</p> <p>III.29 - Le bilan détaillé du suivi des indications hors LPP et hors avis CNEDiMTS est transmis avec le RE et à chaque demande de l'OMEDIT</p> <p>→ Justificatif demandé : « si oui Tableau à compléter »</p> <p>Quels sont ces tableaux ?</p> | <p>Il s'agit, comme les années précédentes, de transmettre les tableaux (format excel) récapitulant les utilisations hors référentiels /hors LPP pour l'année 2014 (du 01/01/2014 au 31/12/2014).</p> <p>Vous pouvez retrouver la trame vierge de ces annexes sur le site internet de l'OMEDIT Ile-de-France (www.omedit-idf.fr) page CBUMPP (http://www.omedit-idf.fr/contractualisation/cbumpp/rapport-detape-2014/)</p> <p>Nom du document à télécharger : « Annexes (document Excel) : Médicaments et DMI facturables en sus des prestations d'hospitalisation : suivi des indications hors référentiels »</p> <p>Une fois complétés, ces documents sont à envoyer via l'outil en ligne, comme tous les autres justificatifs.</p> |