****

|  |
| --- |
| **Appel à projetà destination des établissements de santé de la région Nouvelle-Aquitaine**  **Dispositif de maîtrise médicalisée de l’évolution des dépenses de Prescriptions Hospitalières Exécutées en Ville (PHEV)**  **Médicaments et LPP**  ***FORMULAIRE DE CANDIDATURE*** |

Les candidatures comportent un même courrier de la direction et de la Commission/Conférence Médicale d’Etablissement (CME/CfME) ainsi que le formulaire de candidature.

Les candidatures sont à retourner avant le 19 juin 2017 par courrier électronique aux adresses suivantes : [ARS-NA-DFIN-GDR@ars.sante.fr](mailto:ARS-NA-DFIN-GDR@ars.sante.fr); [ARS-NA-OMEDIT@ars.sante.fr](mailto:ARS-NA-OMEDIT@ars.sante.fr)

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS GENERALES** |

**Titre du projet :** ………………………………………………………………………………….

**Nom et statut juridique de(s) établissement(s) de santé participant au projet** : ………….

**Nom et prénom du porteur du projet et contributeurs :** ……………………………………….

**Nom et prénom du président de CME/CfME :** ………………………………………………….

**Etablissement destinataire du financement :** ……………………………………………………

|  |
| --- |
| **CONTENU DU PROJET** |

1. **Contexte :** …………………………………………………………………………………………
2. **Descriptif des pré-requis (avec transmission le cas échéant de pièces justificatives) :**

* Inclusion du projet dans une politique globale des produits de santé : ………………………………………………………………………………………………….
* Volonté de l’établissement de maitriser les dépenses intra hospitalières et PHEV dans la durée : ………………………………………………………………………………..
* Collaboration médico-pharmaceutique : ……………………………………………………
* Activités de pharmacie clinique existantes : ……………………………………………….
* Formation/socle commun : (*existants et besoins)*…………………………………….……
* Relations établissement de santé/ville : …………………………………………………….
* Outils : (*existants et besoins)*…………………………………….………………………….
* Collaboration avec l’OMEDIT : ………………………………………………………………

1. **Objectifs du projet :** …………………………………………………………………………….
2. **Descriptif du projet (maximum 500 mots) :**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Déroulement du projet (étapes, déclinaison par action sur les trois années) :** …………………………………………………………….……….……….……….……….……
2. **Mots clefs (5) :** …..……………………………………………………………………………….
3. **Actions de mobilisation des acteurs sur l’intérêt à agir par rapport aux PHEV (médicaments et LPP) en vue d’améliorer dans la durée leur efficience :** ……………………………………………………………………………………………………..
4. **Méthodes de priorisation des disciplines/services/patients (Préciser médicaments et LPP) :** ………………………………………………………………………………………
5. **Acteurs / leaders impliqués :**

* Dans l’établissement : service (s) / pôle(s) / disciplines : ………………………………..
* Autres : ……………………………………………………………………………………….

1. **Budget prévisionnel détaillé sur les 3 ans et par année :** ………………………………………………………………………………..…………………….

|  |
| --- |
| **SUIVI DU DISPOSITIF** |

1. **Présentation du dispositif de suivi et d’évaluation (contenu, modalités d’organisation, restitution des bilans…)**
2. **Indicateurs retenus (mesure semestrielle) :**

* De résultats (chiffrage et cible en termes d’économies et en pourcentage de baisse) : …………………………………………………………………………………………………...
* D’impact médico économique : ………………………………………………………………

……………………………………………..……………………………………………………

* De processus (transposables/ pérennes) : ………………………………………………...

……………………………………………..……………………………………………………

* Indicateurs qualitatifs : ………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………..…………………………