

Plan Triennal de maitrise de l'ONDAM

**Réunion avec les fédérations
régionales d'établissements de santé**

16 novembre 2016

UNE EVOLUTION DE L'ONDAM EN DISCUSSION

Année 2016 : un objectif ambitieux d'un ONDAM à 1,75%

Evolution de l'ONDAM et déficit de l'assurance maladie (en Md€)



4 AXES ET 12 BLOCS : 1 nouveau bloc

Rappel des 4 grands axes stratégiques du Plan ONDAM

Axes	Améliorer la qualité et l'efficacité de l'offre hospitalière pour mieux répondre à ses missions	Prendre le virage ambulatoire et mieux adapter les prises en charge en établissement	Poursuivre les efforts sur les prix des médicaments et l'adoption des génériques	Améliorer la pertinence et le bon usage des soins
<p>Eléments clés</p>	<p>Pérennité de la qualité des prises en charge: offrir aux patients une offre de services de santé modernisée et soutenable sur le long terme</p> <p>Bonne santé financière des établissements : moderniser les modes de gestion des établissements notamment sur les achats, les fonctions supports et ainsi leur permettre de maintenir une bonne situation financière</p>	<p>Virage ambulatoire pour les établissements et professionnels de santé : accompagner les changements de pratique et d'organisation en établissement liés au développement de l'ambulatoire</p> <p>Virage ambulatoire pour les patients réduire le temps passé à l'hôpital pour certains actes de chirurgie et de médecine et améliorer la qualité des prises en charge (diminution des risques sanitaires liés à l'hospitalisation par exemple, confort de la prise en charge à domicile)</p> <p>Optimisation des modes de prises en charge : réduire les séjours inutilement prolongés et adopter des prises en charge plus adéquates</p>	<p>Généralisation des génériques : continuer de faire évoluer les habitudes de consommation des médicaments en sensibilisant le grand public et les professionnels de santé au fait de prescrire des génériques</p> <p>Poursuite de l'effort sur les dépenses de médicaments : réaliser des baisses de prix ciblées sur le secteur du médicament et les dispositifs médicaux</p>	<p>Réduction des soins redondants ou inadéquats notamment par des mécanismes de contractualisation entre ARS, AM et établissements: améliorer la pertinence de la prescription de certains actes (examens pré-anesthésiques...)</p> <p>Renforcement de la pertinence des prescriptions médicales : le transport les prescriptions médicamenteuses ou de certains actes (kinésithérapie, biologie, radiologie,...) , la LPP, les indemnités journalières.</p>
<p>La déclinaison blocs en région</p>	 <ul style="list-style-type: none"> • Maîtrise de la masse salariale • Phare • Simphonie *  • Aide aux ES en difficulté et optimisation des enveloppes 	  <ul style="list-style-type: none"> • Virage Ambulatoire et impact capacitaire • Transports prescrits à l'hôpital • Produits de santé prescrits à l'hôpital (LES, PHEV) • Pertinence des actes 	 <ul style="list-style-type: none"> • Prescription des indemnités journalières • Transports prescrits en ville • Produits de santé prescrits en ville • Autres prescriptions (Biologie, Imagerie, Paramédicaux) 	

* Anciennement GHT



Proximité et continuité dans l'accompagnement des ES



Maintien de la dynamique du plan triennal de maîtrise de l'ONDAM dans la continuité de la méthodologie déjà mise en place en PACA

- **En concertation avec les fédérations pour une large diffusion et appropriation des évolutions structurelles** du système de santé français
- **Travail conjoint ARS/AM :**
- Avec **accompagnement de proximité** au sein de l'ES ou dans les délégations départementales (selon les départements) en particulier lors du dialogue de gestion avec les ES, de l'accompagnement des référents thématiques du siège de l'ARS selon les ES ou enjeux ou des visites de l'AM (cf présentations de l'AM)

Poursuite du suivi des ES pour anticiper éventuellement des corrections d'écarts par rapport à la bonne trajectoire notamment par **les dialogues de gestion** :

- Dans une **démarche participative des établissements de santé sur la partie budgétaire** et en concordance notamment **avec le nouveau calendrier budgétaire** pour les EPS et ESPIC (pré-campagne EPRD 2017) : nov-dec 2016
- **Unique et tripartite avec les établissements de santé** évoquant les questions budgétaires, le plan triennal ONDAM, accompagnements AM et contractuels (CAQOS, MSAP).
- Une **mise à disposition de données à l'avance** pour aider les établissements dans leur analyse et comparaison
- 2^e vague de dialogue de gestion pour les établissements à but lucratif au printemps 2017

❑ **Achat- programme Phare :**

➤ Mise en place des GHT:

- Chaque GHT s'est mise en ordre de marche pour s'approprier le kit méthodologique du Plan Actions Achats de Territoire.
- le décret fixe au 1^{ER} JANVIER 2017 l'élaboration du PLAN ACTION ACHAT DE TERRITOIRE du GHT.

Bien consciente du contexte actuel, l'ARS PACA veillera à la montée en charge progressive des PAAT.

- Comité régional des achats à TOULON le 19 décembre en présence de représentants du ministère

- Contrats d'amélioration et de la qualité des soins CAQOS : signature en 2016 mais rappel : pas de sanction sur l'année 2016 pour non atteinte des objectifs
- Il sera tenu compte du contexte de l'ES et de son éventuelle évolution d'activité (après présentation d'observations de la part de l'établissement)

Extrait CAQOS : « L'appréciation de l'atteinte de l'objectif, prend en compte d'éventuelles modifications d'activités telles que la fermeture ou l'ouverture d'un service ou toute autre modification ayant un effet significatif sur l'activité de l'établissement de santé. »

- Au regard du contexte de la région PACA, une attention particulière sera également apportée au plan d'action qualitatif des ES sur la thématique des transports, dans le respect de l'autonomie d'organisation des ES.
- en préparation au plan national : futur Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficienc e des Soins CAQES : Un contrat simplifié reposant sur un même support pour le CBU, transports, médicaments, pertinence, etc.

Décret du 19/11/2015 relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions de santé

- Améliorer l'efficacité des soins par une diminution des soins inutiles ou inadaptés, et leurs conséquences mais également par la promotion de soins adaptés.
- Réduire les variations de pratiques médicales hospitalières pour accroître la qualité et la sécurité des soins et optimiser l'efficacité des dépenses de santé
- Mise en place dans chaque région d'une Instance Régionale chargée de l'Amélioration de la Pertinence des Soins (**IRAPS**): présidente de l'IRAPS PACA, Dr Sylvia BENZAKEN, vice-PCME CHU NICE.
- Elaboration d'un Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins (**PAPERAPS**).
- Pour chaque domaine d'actions prioritaires identifié, un plan d'actions est décliné pour inciter au respect des référentiels :
 - actions pédagogiques (accompagnement, évaluation des pratiques professionnelles etc.) ;
 - actions plus incitatives : Mise sous accord préalable, contractualisation avec objectifs qualitatifs et/ou quantitatifs,) à partir de critères d'identification des ES définis dans le PAPERAPS.

**Le PAPERAPS PACA 2016-2019 a été arrêté par le DG ARS PACA le 28/09/16:
Accessible sur le site internet de l'ARS PACA**

<http://www.ars.paca.sante.fr/Plan-d-actions-pluriannuel-reg.193389.0.html>

Plan ONDAM: focus sur la pertinence des soins: PAPERAPS

Thèmes nationaux	
Champs	Domaines
Virage ambulatoire	Chirurgie ambulatoire
	Alternative au SSR
	Réduction de la durée de séjour (Retour à domicile)
	Hôpital de jour en médecine et forfaits SE
Pertinence des soins	Chirurgie bariatrique
	Chirurgie du canal carpien
	Appendicectomie
	Thyroïdectomie
	Cholécystectomie
Thèmes régionaux	
Champs	Thèmes/domaines
Virage ambulatoire	Chirurgie ambulatoire (CA)
	Hôpital à domicile (HAD)
	Insuffisance rénale chronique (IRC)
Pertinence des soins	Césariennes programmées
	Angioplastie coronaire
	Pontage coronaire
	Endoscopie digestive diagnostique
	Coloscopie post polypectomie

- virage de l'ambulatoire approprié en PACA : constat d'une hausse de séjours ambulatoire en PACA sur les 8 premiers mois 2016 par rapport à 2015 pour EPS, ESPIC et EBL.
- L'ARS PACA s'inscrit dans une dynamique de promotion d'un virage ambulatoire d'envergure et de qualité sur l'ensemble de la chirurgie d'ici 2020 notamment grâce à la RAAC (récupération améliorée après chirurgie)
- Appels à projet sur l'efficiencia des unités de chirurgie ambulatoire, techniques innovantes, RAAC, analyse systémique des EI en ambulatoire lourd, parcours territoriale ville hôpital en CA : 33 projets déposés, en phase de validation ARS
- Mise en place Prado de manière large en PACA dont Maternité -sorties précoces à l'automne 2016 (cf: présentations AM)



Virage ambulatoire

I. PRADO Bilan et perspectives



Contractualisation PRADO Octobre 2016

Maternité	Orthopédie & Toute chirurgie	Insuffisance cardiaque & BPCO
Établissements PACA : 35 Corse : 3	Établissements PACA : 47 Corse : 5	Établissements PACA : 11 Corse : 1
Adhésions PACA : 28 072 Corse : 1 461	Adhésions PACA : 4 227 Corse : 119	Adhésions PACA : 142



Une offre étendue sur l'ensemble du territoire PACA Corse

PACA

- Plus de 32 441* patients ont adhéré aux différents programmes
- **47 établissements** proposent au moins une offre PRADO

CORSE

- Plus de 1 600* patients ont adhéré aux différents programmes
- **5 établissements** proposent au moins une offre PRADO

- **Expérimentations en cours**

- Sorties précoces en maternité : 13 établissements signataires
- Déploiement ePRADO en maternité ePrado mixte/alternée (éligibilité via tablette, puis adhésion et choix de la SF soit via la tablette soit par une visite physique du CAM)
- Prado Personnes âgées : 4 départements retenus Alpes maritimes - Bouches du Rhône - Var - Vaucluse

* source OMV - données au 01/10/2016



Principales évolutions

Chirurgie

- Déploiement d'une offre en **chirurgie ambulatoire**
- **Articulation avec les programmes de chirurgie circuits courts (RAAC)**

Personnes âgées

- **PRADO Plaie chronique intégré à l'offre en cours** (36% des patients potentiels ont plus de 75 ans)
- **Dématérialisation de la grille d'éligibilité médicale**
- Nécessité d'une réflexion commune avec les **acteurs multiples impliqués** dans la prise en charge des personnes âgées (Equipe mobile, Réseau, MAIA, PAERPA, CARSAT, Prado...)

AVC

- Finalisation de l'offre PRADO AVC : process et outils
- Lancement de l'expérimentation sur quelques territoires en début d'année 2017

Observatoire Régional des Urgences PACA

- **Dématérialisation des grilles d'éligibilité médicale** dans la solution Répertoire Opérationnel des Ressources (**ROR**)



Virage ambulatoire

II. Mesure d'impact MSAP 2014

RESTREINT

ars
Agence Régionale de Santé
Provence-Alpes
Côte d'Azur

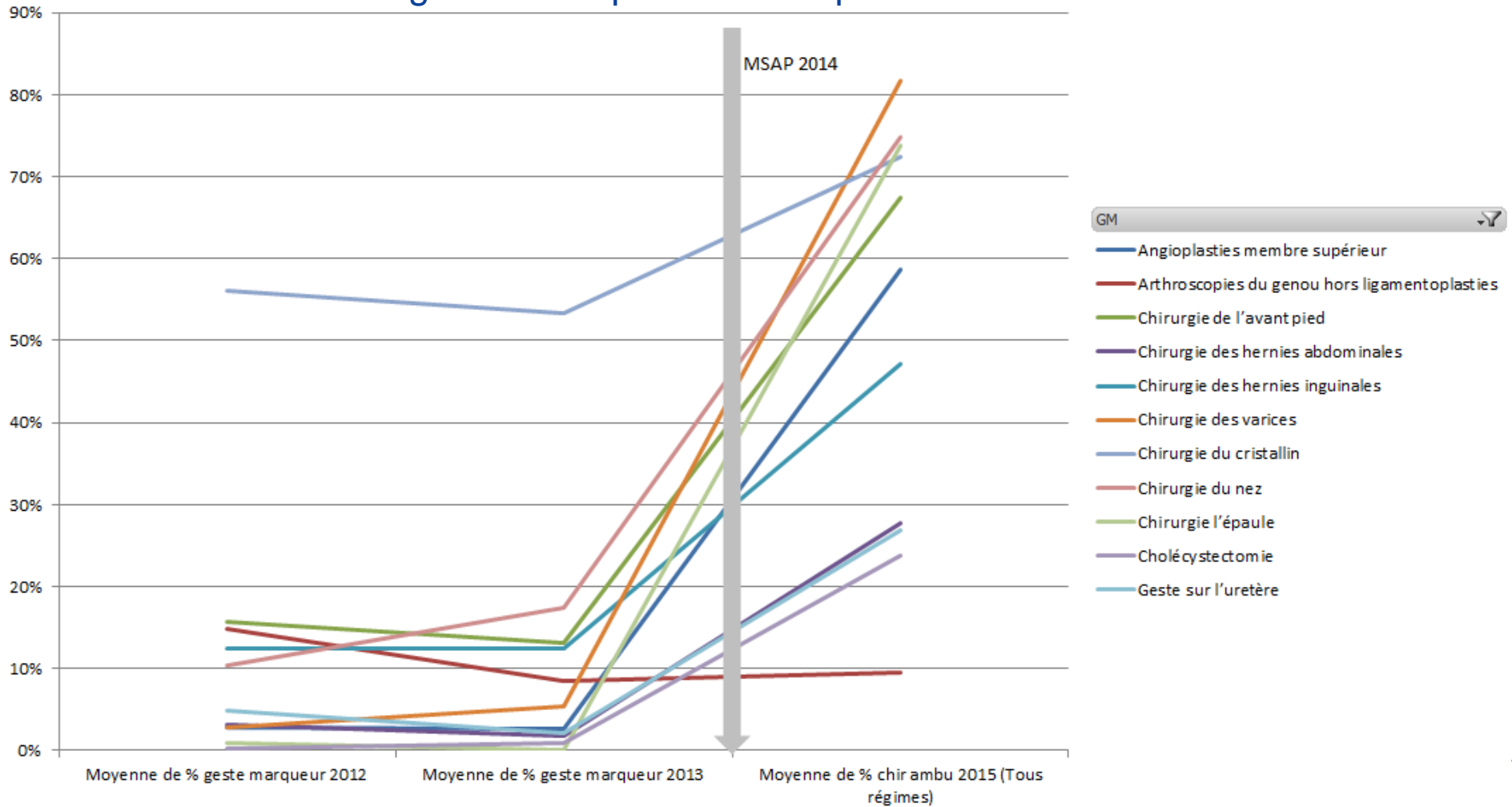
SECURITE SOCIALE
**l'Assurance
Maladie**

Service Médical
Provence Alpes Côte d'Azur-Corse



Evolution du taux de Chirurgie Ambulatoire en PACA

Pour les gestes marqueurs ciblés pour une MSAP en 2014

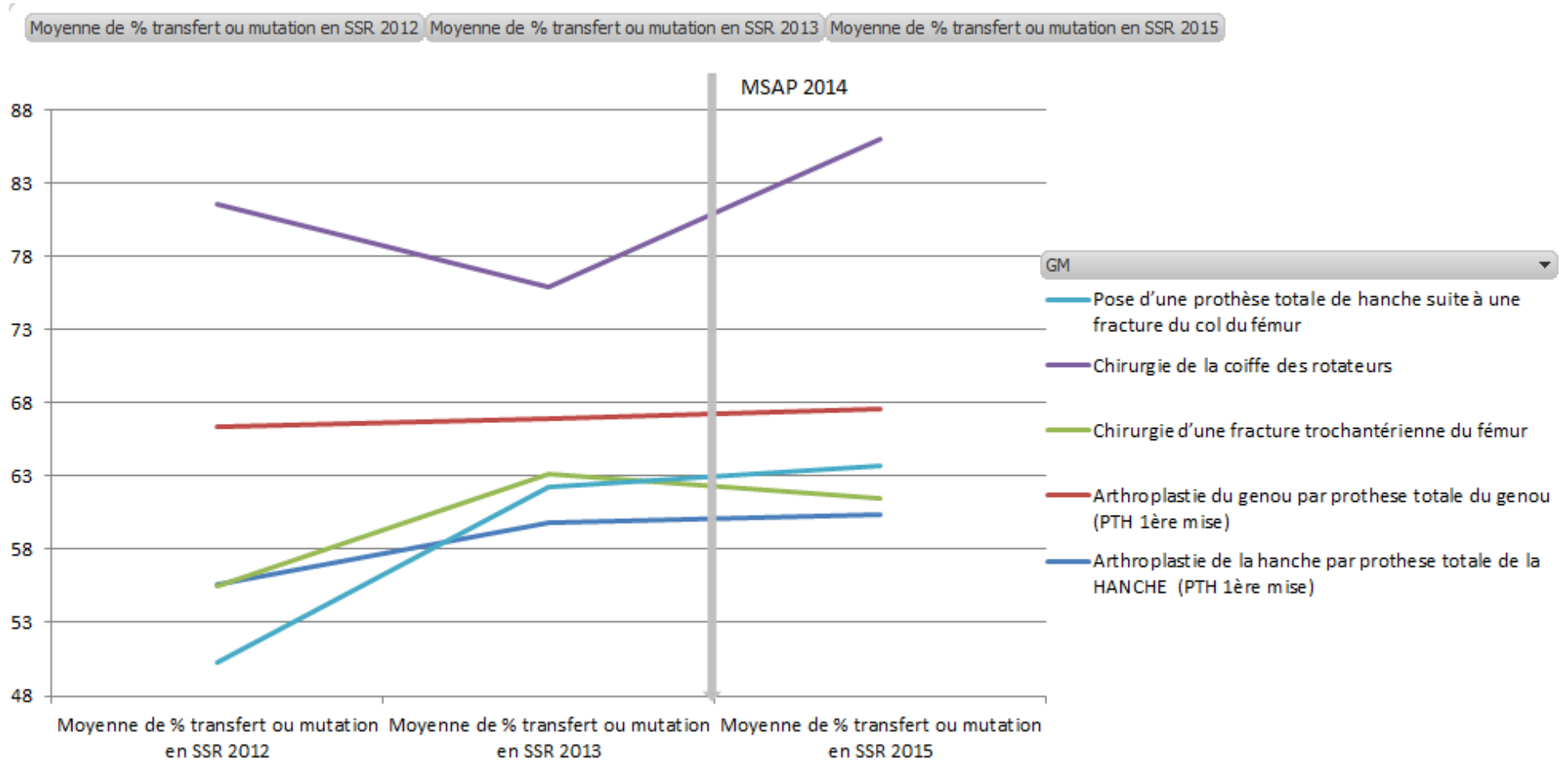


RESTREINT



Evolution du % de sorties en SSR en PACA

Pour les interventions ciblées pour une MSAP en 2014



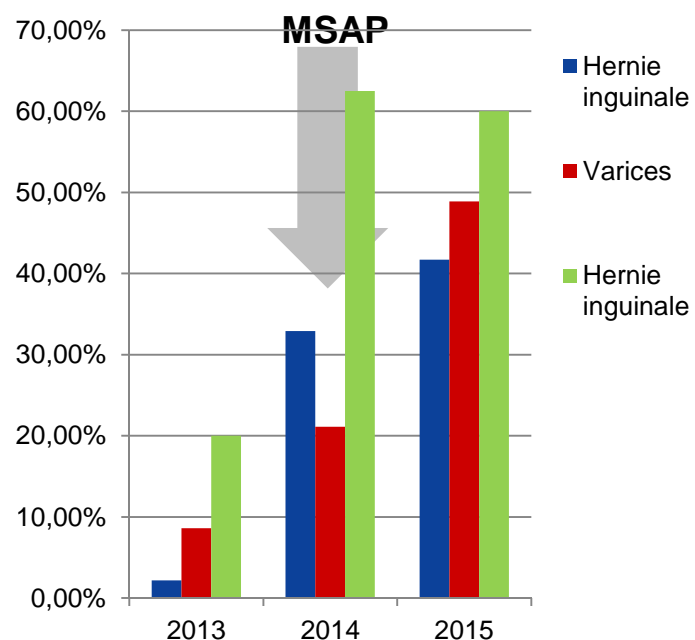
Valeurs

RESTREINT

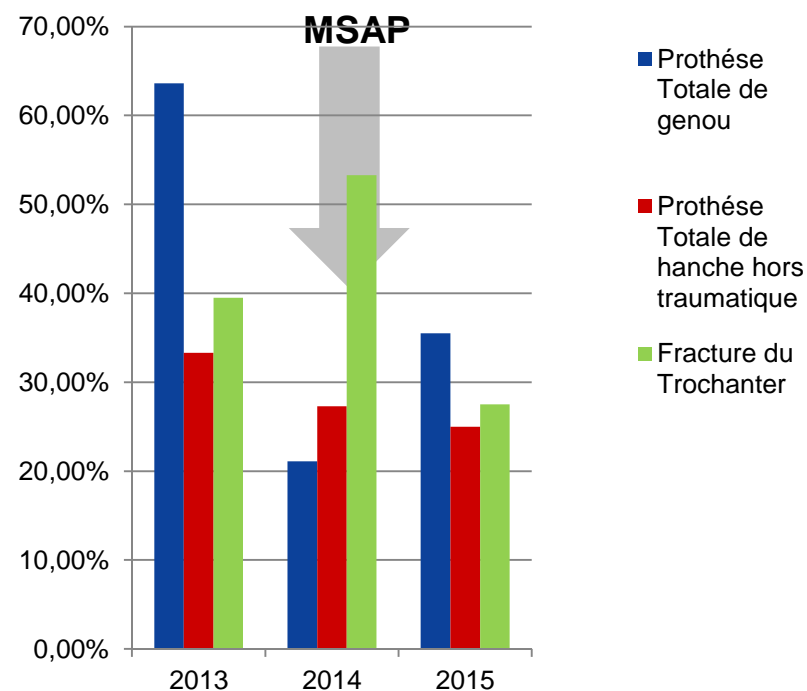


Evolution du taux de CA et du % de sorties en SSR en Corse : MSAP 2014

Chirurgie Ambulatoire



Sorties en SSR



RESTREINT



Exemple prothèse du genou:

évolution des effectifs et des DMS 2013 - 2015

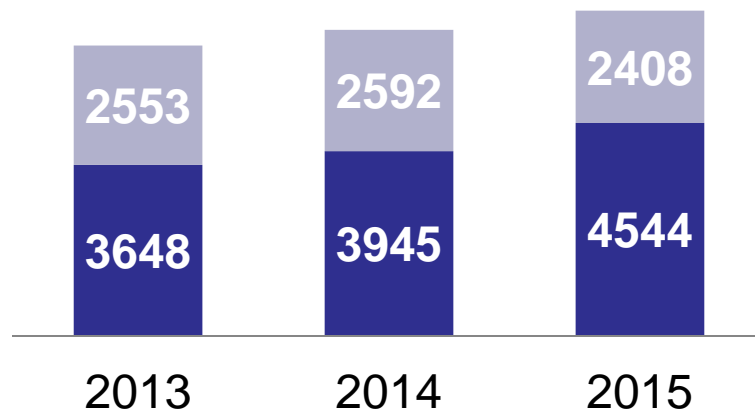


Niveau 1

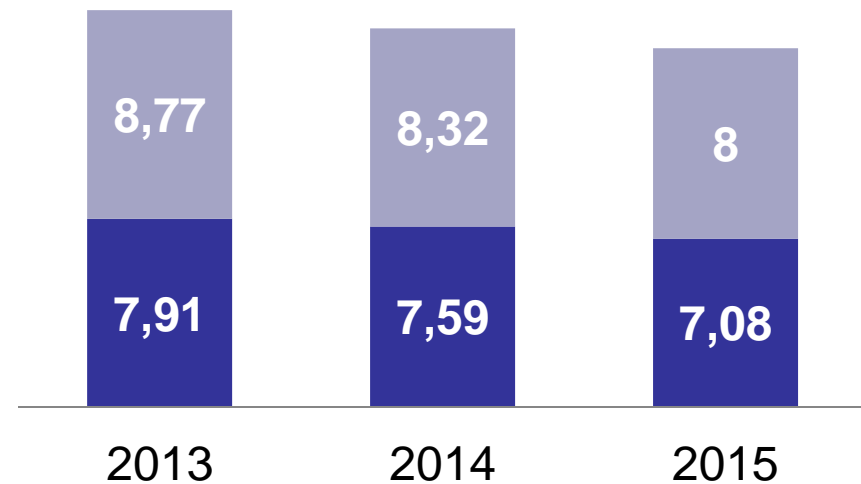


Niveau 2

Evolution des Effectifs



Evolution des DMS





Critères de ciblage (Cf. PAPRAPs)

- **Chirurgie Ambulatoire : concerne 55 gestes marqueurs**

Tiennent compte du nombre de séjours de l'établissement, de la moyenne régionale en Chirurgie Ambulatoire, de l'écart de l'établissement avec la moyenne régionale.

NB : exclusion des gestes marqueurs, mis sous MSAP Chirurgie ambulatoire lors du programme 2015-2016, sauf si l'établissement n'a pas respecté la procédure de MSAP

- **Sorties en SSR : concerne 6 interventions en Chirurgie orthopédique**

Tiennent compte du nombre de séjours de l'établissement, de la moyenne régionale de sorties en SSR, de l'écart de l'établissement avec la moyenne régionale.

NB : exclusion des gestes marqueurs, mis sous MSAP en sorties SSR lors du programme 2015-2016, sauf si l'établissement n'a pas respecté la procédure de MSAP, par ailleurs les établissements ayant contractualisé sur PRADO orthopédie avec un nombre d'adhésions conséquent sont également exclus.

- **Pertinence des soins : concerne 4 thèmes (chirurgie de l'obésité, thyroïdectomie, cholécystectomie, chirurgie du canal carpien)**

Tiennent compte de la situation atypique de l'établissement au niveau national en fonction de 5 critères de pertinence définis à partir des recommandations de la HAS et ou des sociétés savantes et du nombre de séjours de l'établissement.

NB : exclusion des thèmes mis sous MSAP pertinence lors du programme 2015-2016, sauf si l'établissement n'a pas respecté la procédure de MSAP et d'un accompagnement antérieur.

RESTREINT

Accompagnement pérenne des établissements

Accompagnement sur des thèmes de maîtrise médicalisée

• Hypolipémiants

Campagne d'échanges confraternels auprès des spécialistes leaders d'opinions :

- Bilan des actions déjà mises en place
- Générication de la rosuvastatine
- Commercialisation d'une nouvelle classe thérapeutique (anti PCSK-9)
- Nouvelles recommandations de la HAS à paraître

• Anti TNF en rhumatologie

Campagne d'échanges confraternels auprès des rhumatologues, pharmaciens hospitaliers et internistes :

- Message :
 - Favoriser la prescription des biosimilaires et promotion des recommandations de bonnes pratiques : optimisation des traitements de fond avant le passage aux biothérapies pour la polyarthrite rhumatoïde

• Asthme sévère

Campagne d'échanges confraternels auprès des pneumologues en établissement et des pharmaciens hospitaliers :

- Message :
 - Traitement de 1^{ère} intention de l'asthme persistant sévère : corticoïde inhalé à forte dose + bronchodilatateur
 - Omalizumab (xolair®) : traitement additionnel chez les patients atteints d'asthme persistant sévère lorsqu'il est d'origine allergique et mal contrôlé par une corticothérapie inhalée à forte dose associée à un bêta-2 agoniste inhalé LDA.

RESTREINT

Accompagnement pérenne des établissements

Accompagnement sur la pertinence des actes

- **Campagne courriers sur la pertinence des examens biologiques pré interventionnels**
 - Octobre 2016 : courrier du médecin conseil national et du président de la SFAR
 - Décembre 2016 : profil d'activité pour les interventions réalisées en 2014 et 2015 et affiches destinées à l'information des patients sur l'inutilité des examens biologiques systématiques avant une anesthésie
- **Campagne d'échanges confraternels** auprès des établissements pour lesquels les résultats des indicateurs suggèrent une non pertinence :
 - Amygdalectomie
 - Chirurgie du syndrome du canal carpien
 - Chirurgie de l'obésité
 - Cholécystectomie
 - Thyroïdectomie

RESTREINT



Contrôle Tarification à l'activité

RESTREINT

ars
Agence Régionale de Santé
Provence-Alpes
Côte d'Azur

SECURITE SOCIALE
**l'Assurance
Maladie**

Service Médical
Provence Alpes Côte d'Azur-Corse



Bilan de la campagne 2015

- **7 établissements MCO contrôlés : 5 ex OQN, 2 ex DG**
- **6 établissements sanctionnables (5 ex OQN, 1 ex DG)**
- **6 dossiers passés en UCR en septembre 2016**
 - 9546 séjours MCO ont été contrôlés , 5129 séjours en anomalie
- **2 HAD (ex OQN) contrôlés, sans sanction**
 - 302 séquences contrôlées dont 162 avec anomalie
 - En attente de passage en UCR
- **Indus en cours de notification, aucune sanction notifiée à ce jour**

RESTREINT



Priorités de ciblage 2016

Sont définies conjointement par l'UNCAM et l'Etat, validées par le CNP le 01/04/2016, publiées au bulletin officiel sous le titre :

« INSTRUCTION N° DGOS/R1/DSS/1A/2016/130 du 21 avril 2016 relative aux priorités nationales de contrôles externes de la tarification à l'activité pour 2016.. »

- Les activités non prises en charge par l'Assurance maladie ou ne relevant pas d'une facturation relevant de la tarification à l'activité ;
- Le codage du diagnostic principal et de certains actes CCAM classant ;
- Les séjours avec comorbidité ;
- Les actes et consultations externes facturés en hospitalisation de jour ;
- Les prestations inter établissements ;
- Les ré-hospitalisations le même jour sur un même site géographique ;
- LAMDA dans les établissements ex-DG ;
- Le contrôle des structures HAD.



Programme 2016

- **Validé en commission de contrôle le 7/11/2016**
 - 4 MCO ex OQN
 - 3 MCO ex DG
 - 1 HAD ex OQN
 - 7200 séjours seront contrôlés en T2A

RESTREINT

ars
Agence Régionale de Santé
Provence-Alpes
Côte d'Azur

SECURITE SOCIALE
**l'Assurance
Maladie**

Service Médical
Provence Alpes Côte d'Azur-Corse