

PLAN NATIONAL DE GESTION DU RISQUE ET D'EFFICIENCE DU SYSTEME DE SOINS

2016 – 2017

Le maintien d'un système de santé solidaire implique une maîtrise des dépenses d'assurance maladie pour rendre leur évolution compatible avec celle de la richesse nationale. Cette maîtrise passe par le recours pertinent aux soins tant en ce qui concerne les prises en charge en ville que celles réalisées à l'hôpital. Les politiques de gestion du risque (GDR) visent ainsi à optimiser la réponse du système de soins aux besoins de santé, à développer les programmes de prévention, à inciter la population à recourir de manière pertinente aux soins, à amener les professionnels de l'ensemble des secteurs à respecter les critères d'utilité et de qualité des soins ainsi que de modération des coûts dans le cadre financier voté par le Parlement.

L'article 162 de la loi n° 2016-41 de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a modifié l'architecture contractuelle en matière de gestion du risque entre l'Etat et l'Union nationale des caisses d'Assurance Maladie (UNCAM). Un nouveau contrat, dénommé « plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins » (PNGDRESS), définit pour une durée de 2 ans les objectifs pluriannuels de gestion du risque ainsi que les objectifs relatifs à l'efficience du système de soins communs aux trois régimes membres de l'UNCAM.

Ce plan 2016-2017 définit les actions concourant à la mise en œuvre de ces objectifs et relevant de chacun des signataires. Il doit ainsi permettre à la fois, d'améliorer les performances de notre système de santé et de maîtriser l'évolution des dépenses conformément à l'ONDAM voté chaque année par le Parlement, dans le cadre d'une gestion du risque renforcée et partagée entre l'Etat et l'Assurance Maladie.

Les mesures du présent plan se structurent autour des quatre orientations:

- Améliorer la pertinence des actes prescrits et diffuser les recommandations de bon usage pour réduire les soins et prescriptions redondants ou inadéquats (transport, produits de santé, actes paramédicaux, examens de biologie, examens d'imagerie-radiologie, arrêts de travail) ;
- Accompagner le virage ambulatoire en adaptant mieux les prises en charge, en aidant aux changements de pratique tout en appuyant les patients, les établissements et les professionnels de santé en ville et à l'hôpital ;
- Améliorer l'efficacité de la dépense hospitalière pour pérenniser la qualité de service et préserver la santé financière des établissements ;
- Promouvoir la prescription des génériques et poursuivre les efforts sur les prix des médicaments et des dispositifs médicaux.

Ces mesures doivent permettre d'atteindre les objectifs d'économies fixées par les projets de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 et 2017 pour un montant total de 3,41Mds d'euros en 2016 et 4,05 Mds d'euros en 2017, selon la répartition suivante :

Orientation	Montants d'économies en M€	
	2016	2017
Efficacité de la dépense hospitalière	690	845
Virage ambulatoire et adéquation de la prise en charge en établissement	465	640
Produits de santé et promotion des génériques	1045	1430
Pertinence et bon usage des soins	1210	1135

TOTAL	3410	4050
--------------	-------------	-------------

La mise en œuvre de ces orientations doit s'opérer de façon conjointe ou complémentaire entre l'Etat et les régimes d'Assurance Maladie et, au niveau régional ou local, entre chaque ARS et les réseaux locaux de l'assurance maladie. Il doit se traduire, pour les actions qui relèvent du niveau régional ou local, dans un plan pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficacité du système de soins (PPRGDRESS) dont la mise en œuvre fait l'objet d'une convention conclue entre le directeur général de l'ARS et le représentant en région des régimes d'Assurance Maladie, désigné par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'Assurance Maladie (UNCAM).

La finalité de ce plan régional est de développer le juste soin au juste coût dans le cadre d'une démarche continue d'amélioration de la qualité des soins, en accompagnant les offreurs de soins, les établissements et les professionnels de santé dans l'évolution de l'organisation des prises en charge, au cœur des transformations de notre système de santé. Sa mise en œuvre s'appuiera sur une collaboration renforcée entre l'ARS et l'assurance maladie, notamment dans la conception, la mise en œuvre et le suivi des actions impliquant les établissements de santé, selon les modalités définies dans les conventions régionales. Cette collaboration renforcée est également un levier indispensable de la maîtrise médicalisée hospitalière, de ses prescriptions et de la pertinence des actes.

La capitalisation sur les bonnes dynamiques d'actions entamées en 2015 sera privilégiée pour permettre l'atteinte d'objectifs ambitieux. Un outil -SPICE-ARS- est disponible qui propose de faciliter et de partager le pilotage des actions régionales mises en œuvre dans le cadre du plan ONDAM.

Signé le

Pour la ministre des affaires sociales, et de la santé,
Le directeur de la sécurité sociale,

Thomas FATOME

Signé

Le Président du conseil de l'Union
des caisses d'assurance maladie,

Le directeur général de l'Union des caisses
d'assurance maladie,

William GARDEY

Signé

Nicolas REVEL

Signé

Les programmes à déclinaison régionale partagée ARS / Assurance Maladie

Produits de santé prescrits en établissement
Transports de patients prescrits en établissement
Virage ambulatoire et optimisation des capacités d'hébergement en hospitalisation complète
Pertinence

Les programmes à déclinaison régionale ARS

Etablissements en difficulté
Programme PHARE
Programme SIMPHONIE
Maîtrise de la masse salariale

Les programmes à déclinaison régionale Assurance Maladie

Produits de santé prescrits en ville
Transports de patients prescrits en ville
Indemnités journalières prescrites en ville
Autres prescriptions prescrites en ville

PROGRAMMES NATIONAUX DE GESTION DU RISQUE ET D'EFFICIENCE DU SYSTEME DE SOINS 2016 – 2017

Produits de santé prescrits en établissement (ARS / Assurance Maladie)

Le bloc « Produits de santé prescrits à l'hôpital » réunit les projets qui visent à maîtriser l'évolution des dépenses de prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) et de la liste en sus qui représentent 25% des dépenses imputées sur l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de ville.

Les dépenses de PHEV représentent plus de 7 milliards d'euros. La maîtrise de l'évolution des dépenses est donc primordiale pour tenir les objectifs fixés par l'ONDAM, et en 2015, ils n'ont pas été atteints. 2016 sera donc une année charnière dans la réussite de la maîtrise des dépenses de PHEV avec à la fois des efforts de maîtrise médicalisée et des efforts de baisse de prix.

En 2015, les dépenses de la liste en sus représentent plus de 4,5 milliards d'euros et sont en nette augmentation par rapport à 2014. En 2016, des projets visant à rétablir la pertinence de la liste en sus seront entrepris.

1.1 Priorités 2016-2017

Champ ciblé : Tous les établissements de santé : privés / publics, tout secteur.

- **Maîtrise de la liste en sus (LES)** : Déploiement du chantier sur les radiations partielles de la liste en sus ;
- **Augmentation de la prescription de Génériques à l'Hôpital** : Généralisation des ordonnances de sortie avec mention du caractère substituable de la prescription, communication et promotion de la nouvelle version des logiciels d'aide à la prescription intégrant les systèmes d'aide à la décision et la prescription en dénomination commune internationale (DCI) ;
- **Maîtrise des dépenses de PHEV** : Augmenter le nombre de contractualisations avec les établissements de santé et assurer la transition vers le nouveau contrat simplifié ;
- **Maîtrise médicalisée de médicaments de spécialité** : Encourager le recours aux biosimilaires, communiquer sur les dispositions permettant à service médical rendu équivalent la prescription de la molécule la moins onéreuse (exemple recommandation temporaire d'utilisation (RTU) Avastin ®) ;
- **Maîtrise médicalisée des dispositifs médicaux (DM) prescrits à l'hôpital** : Monter en compétence sur la nomenclature LPP, expertiser les pratiques des prestataires sur le terrain ;
- **Utilisation du numéro « répertoire partagé des professionnels de santé » (RPPS)** : Améliorer le taux de renseignement des identifiants issus du RPPS dans les PHEV et garantir l'exactitude et la complétude du couple comprenant l'identifiant du professionnel et l'identifiant de la structure d'exercice (code établissement) au titre de laquelle est établie l'ordonnance.

1.2 Engagements de l'Etat et de l'Assurance Maladie (en concertation avec les autres acteurs concernés)

Engagements	Calendrier	Acteurs
1. Pilotage global		
Action 1 : Dialogues techniques produits de santé en ES entre le référent régional ARS-Omedit et le référent national	février-avril 2016	Etat/ARS/Omedit
Action 2 : Séminaire produits de santé n°2	8 mars 2016	Etat/ARS/Omedit/ AM
Action 3 : Séminaire produits de santé n°3	2 ^{ème} semestre 2016	Etat/ARS/Omedit/AM
2. Radiations partielles liste en sus		
Action 1 : Evolution de la fonction groupage pour les ES (création d'un indicateur spécifiant pour chaque séjour sa compatibilité avec la facturation d'un médicament de la LES)	Juin/juillet 2016	ES
Action 2 : Accompagnement des ARS et AM pour leur permettre de sensibiliser les ES aux différentes évolutions	Juin/juillet 2016	Etat
Action 3 : Transmission aux ARS et AM d'une fiche de sensibilisation à destination des ES	Juin/juillet -> décembre 2016	AM/ARS

Action 4: Transmission d'un document d'information pédagogique au réseau AM, aux ARS, aux Omedit, aux fédérations	Juin/juillet > décembre 2016	Etat
Action 5: Visite confraternelle par les médecins conseils de l'AM auprès des établissements sur base de leur profil 2015	2 ^{ème} semestre 2016	AM
Action 6: Démarrage de la période de référence qui sera utilisée lors du contrôle (contrôle prévu pour S2 2017)	Juin/juillet 2016	
3. Augmentation de la prescription de génériques en ville et à l'hôpital		
Action 1: Poursuite du plan national Générique. Pilotage : COPIL Générique	T2, T3, T4	Etat/ARS/Omedit/fédérations
Action 2: Généralisation des ordonnances de sortie avec mention du caractère substituable de la prescription		Etat/ARS/AM
Action 3: Promotion des logiciels d'aide à la prescription (LAP-hospitaliers), des fonctionnalités facilitatrices et systématiques de prescription en DCI et une interopérabilité avec les LAD-PUI		
Action 4: Réalisation d'un plan d'actions Générique 2016 commun à l'ensemble des Omedits	T1	Omedits
Action 5 : Accompagnement des plus gros prescripteurs de non substituable (NS) avant contrôle auprès de spécialistes ciblés	Mars 2016	AM
4. Maîtrise des dépenses de PHEV		
Action 1: Identifier des classes de médicaments pour lesquelles des dérives lors de la prescription en PHEV existent	Avril 2016	Etat/régions
Action 2: Identifier et mettre en œuvre les solutions permettant de maîtriser les dérives		
Action 3: Accompagnement auprès des établissements de santé sur la biologie (exemple de la TSH – dosage sanguin de la thyreostimuline), la liste des produits et prestations (LPP) et les anticoagulants oraux directs (AOD)	2016/2017	AM
5. Maîtrise médicalisée des médicaments de spécialité prescrits à l'hôpital		
Action 1: Inciter à la prescription de biosimilaires à l'hôpital, en initiation de traitement		Etat/ARS/AM
Action 2: Communiquer sur l'utilisation du protocole RTU lors de la prescription d'Avastin en cas de dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA)		
Action 3: Actions d'accompagnement auprès des établissements de santé sur les thèmes érythropoïétine (EPO), anti-TNF, hépatite C, DMLA, médicaments onéreux	2016/2017	AM
6. Maîtrise médicalisée des dispositifs médicaux prescrits à l'hôpital		
Action 1: Monter en compétence sur la nomenclature LPP (diffusion d'un support pédagogique par le niveau national)		Etat/ARS/Omedit/AM
Action 2: Expertiser les pratiques des prestataires en région (diffusion d'une feuille de route par le niveau national avec présentation des thématiques concernées)		ARS/Omedit
7. Utilisation du n° RPPS		

Action 1: Améliorer le taux de renseignement du RPPS dans les ordonnances PHEV		Etat/ARS/AM
Action 2: Etendre aux internes l'enregistrement au répertoire partagé des professionnels de santé-RPPS, actualiser les données RPPS des prescripteurs exerçant en établissement		
Action 3: Mener des actions de sensibilisation et d'accompagnement auprès des établissements		
Action 4: Mettre à disposition des outils facilitateurs et des dispositifs incitatifs ; prescripteurs, pharmaciens		
8. Contractualisation		
Action 1: Ciblage et contractualisation CAQOS et CBU avec les établissements	Avril -> juillet	ARS/CPAM
Action 2: Ateliers de travail ARS/CPAM sur l'intégration des problématiques PHEV, LPP et liste en sus dans le nouveau contrat	Mars-> juin	ARS/CPAM/Omedit
Action 3: Obligation de contractualiser via le nouveau contrat simplifié	Juillet -> novembre	ARS/CPAM/établissements de santé

1.3 Indicateurs nationaux

- Taux d'évolution des dépenses régionales de PHEV (indicateur CPOM Etat/ARS et indicateur CPG)
- Taux d'évolution des dépenses régionales de la liste en sus (indicateur CPOM Etat/ARS et indicateur CPG)
- Nombre de CAQOS signés / nombre d'établissements de santé ciblés (indicateur complémentaire de suivi CPOM Etat/ARS)

**PROGRAMMES NATIONAUX DE GESTION DU RISQUE ET D'EFFICIENCE
DU SYSTEME DE SOINS
2016 – 2017**

Transports de patients prescrits en établissement (ARS / Assurance Maladie)

En 2015, la dépense annuelle de transports de patients s'élevait à 4,1 milliards d'euros remboursés, avec un objectif d'évolution de +3% pour 2014-2015 et une évolution constatée de 4,5%. La part des dépenses de transports imputées sur l'enveloppe soins de ville liées à des prescriptions hospitalières représente 64%. L'objectif est donc d'optimiser ces dépenses de transport par des actions d'incitation, de contrôle et de communication.

1.1 Priorités 2016-2017

Champ ciblé : Tous les établissements de santé : privés / publics, tout secteur.

- Agir pour renforcer la pertinence de la prescription médicale de transport (outils en lignes et fiches repères, développement des contrôles au niveau de la liquidation et ex-post, identification du prescripteur par le n°RPPS) ;
- Dynamiser la contractualisation avec les établissements de santé avec l'élargissement et le renforcement du dispositif par contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS) revu en 2015 dans l'attente de son intégration au futur contrat simplifié pour l'amélioration de la qualité et l'efficacité des soins (CAQES) prévu par l'article 81 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, ouvrant la possibilité pour les ARS de cibler des enjeux qualitatifs identifiés (dialyse) et permettant de moduler les conséquences financières en fonction de l'implication des établissements de santé ;
- Améliorer l'organisation interne des établissements pour permettre la centralisation de la commande et la régulation des transports ;
- Expertiser les pistes d'amélioration de la réglementation relative à la prise en charge des transports ;
- Expertiser les pistes d'amélioration de la régulation de l'offre de transports en région ;
- Mettre à disposition des outils d'accompagnement des patients, professionnels de santé et établissements de santé.

1.2 Engagements de l'Etat et de l'Assurance Maladie (AM) (en concertation avec les autres acteurs concernés)

Engagements	Calendrier	Acteurs
1. Agir pour renforcer la pertinence de la prescription médicale de transport		
Action 1 : Outils d'aide à la prescription - Développement des outils en ligne - Réalisation de fiches repères	2016/2017	AM
Action 2 : Encadrer les prescripteurs déviants : campagne mise sous objectifs (MSO)/mise sous accord préalable (MSAP).		AM
Action 3 : Contrôler les prescriptions - Renforcement des contrôles au niveau de la liquidation - Poursuite des contrôles ex-post.		AM
Action 4 : Renforcer l'identification du prescripteur par le N°RPPS		DSS/ ARS / AM

**PROGRAMMES NATIONAUX DE GESTION DU RISQUE ET D'EFFICIENCE
DU SYSTEME DE SOINS
2016 – 2017**

2. Dynamiser la contractualisation avec les établissements de santé		
Action 1 : Campagne CAQOS 2016 avec les établissements de santé = deuxième version du CAQOS intégrant la possibilité pour les ARS de cibler des enjeux qualitatifs identifiés (exemple de la dialyse) et permettant de moduler les conséquences financières en fonction de l'implication des ES	2016/2017	ARS/AM
Action 2 : Elaboration du futur contrat simplifié intégrant l'ex-CAQOS transports		DSS/AM
3. Améliorer l'organisation interne des établissements pour permettre la centralisation de la commande et la régulation des transports		
Action 1 : Accompagnement des actions de centralisation de la commande	2016/2017	ARS/ AM
Action 2 : Diffusion d'un kit de déploiement		DGOS/CNAMTS
4. Amélioration de la réglementation relative à la prise en charge des transports		
Action 1 : Réalisation d'un état des lieux de la réglementation	2016/2017	DSS
Action 2 : Mise en œuvre des recommandations des rapports (ex : Mission nationale de contrôle (MNC).		DSS/CNAMTS
Action 3 : Proposition d'évolution de la réglementation		DSS
5. Amélioration de l'offre de transport en région *		
Action 1 : Etat des lieux de l'offre de transport	2016/2017	ARS
Action 2 : Elaboration d'un Schéma d'offre de transport		ARS
Action 3 : Mise en œuvre de l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2015 sur le conventionnement des taxis		DSS
* Concerne également le bloc « prescriptions transports- ville »		
6. Sensibilisation des patients : mise à disposition d'outils patients		
Action 1 : Expérimentation de la carte de transport assis pour les patients dialysés	2016/2017	AM
Action 2 : Impulser le covoiturage		
Action 3 : Plan de communication : établir des outils de communication adaptables en fonction des spécificités locales		

1.3 Indicateurs nationaux

- Montant et taux d'atteinte de l'objectif régional d'économie sur les dépenses de transport (indicateur CPOM Etat/ARS et indicateur CPG)
- Nombre de CAQOS signés / nombre d'établissements de santé ciblés (indicateur complémentaire de suivi CPOM Etat/ARS)

PROGRAMMES NATIONAUX DE GESTION DU RISQUE ET D'EFFICIENCE DU SYSTEME DE SOINS 2016 – 2017

Virage ambulatoire et Optimisation des capacités d'hébergement en hospitalisation complète (ARS/Assurance Maladie)

1. Chirurgie ambulatoire

L'objectif de ce programme est de favoriser l'adéquation des prises en charge avec ou sans hébergement à l'évolution des techniques et à la situation des patients dans leur environnement. Il vise à cet effet à dynamiser la transformation dans l'organisation et les pratiques professionnelles que cela implique pour les établissements de santé, soins de suite et de réadaptation (SSR) et hospitalisation à domicile (HAD).

En conformité avec les projections faites par les différentes missions qui ont analysé le potentiel de développement des actes de chirurgie réalisés en ambulatoire, l'objectif de taux global de chirurgie ambulatoire a été fixé à 52,5% en 2015. Le résultat constaté en fin d'année est de 51,9%, en progression de 1,9 point par rapport à 2014 mais inférieur à la cible ce qui doit inciter à amplifier le dispositif de déploiement sur les années 2016 et 2017. L'optimisation des durées de séjours en chirurgie sera également recherchée via le développement de la réhabilitation améliorée en chirurgie (RAC).

1.1 Priorités 2016-2017

Champ ciblé : Tous les établissements de santé (ES) : privés / publics, tout secteur.

- Accompagner les efforts d'organisation des structures pratiquant la chirurgie ambulatoire (CA)
- Inciter au développement des prises en charge ambulatoires sur la base d'objectifs de progression personnalisés par ES
- Encourager l'innovation et maintenir un haut niveau de qualité et de sécurité des soins
- Renforcer la coordination des acteurs dans une logique de parcours
- Développer la formation des acteurs
- Assurer une large communication auprès des patients et des professionnels sur les bénéfices de la CA

La procédure de mise sous accord préalable (MSAP) sera poursuivie auprès des établissements les plus en retard. La liste des 55 gestes entrant dans la procédure continuera à être actualisée avant chaque campagne en lien avec les sociétés savantes thématiques.

1.2 Engagements de l'Etat et de l'Assurance Maladie (en concertation avec les autres acteurs concernés)

Engagements	Calendrier	Acteurs
1. Parvenir, sur la base d'objectifs personnalisés par ES, à améliorer l'efficacité des organisations		
Action 1 : Contractualiser des cibles personnalisées par ES sur la base de la méthodologie nationale de transférabilité des séjours et moduler la progression dans le temps en tenant compte des environnements interne et externe de l'ES	2016/2017	ARS/ES
Action 2 : Cibler et déployer les actions à engager au sein des ES (à l'aide, par exemple, de l'outil de cartographie des ES (cf. l'annexe n° 5 de l'instruction DGOS/R3/2015/296)	2016/2017	ARS/ES
Action 3 : Favoriser l'accompagnement des ES dans la mise en œuvre de leurs plans d'actions	2016/2017	ARS/ES
Action 4 : Encourager les actions de partage de bonnes pratiques entre les ES et les professionnels de santé (PS)	2016/2017	ARS/ES

2. Etendre la CA à des gestes/actes plus complexes, pathologies plus lourdes et populations plus diverses		
Action 1 : soutenir et accompagner les projets innovants (innovation médicale ou organisationnelle)	2016/2017	ARS/ES
Action 2 : lancer l'appel à projets (AAP) fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et sélectionner les ES (cf. annexe n°6 de l'instruction précitée)	2016/2017	ARS/ES
Action 3 : veiller à la qualité et la sécurité des prises en charge	2016/2017	ARS/ES
Action 4 : développer, si nécessaire, des AAP à favorisant la récupération améliorée après chirurgie (RAC).	2016/2017	ARS/ES
3. Inscrire la séquence chirurgicale dans le parcours de soin du patient pour éviter que son hospitalisation soit un moment de rupture		
Action 1 : Favoriser, par les moyens les plus appropriés, le partage d'informations en amont et en aval du séjour hospitalier entre les professionnels de ville/médico-social et les professionnels hospitaliers via la mise en place d'interfaces entre l'unité de chirurgie ambulatoire (UCA) et les professionnels de ville	2016-2017	ARS/ES/Professionnels
4. Développer la formation des acteurs		
Action 1 : Encourager le personnel soignant et non soignant à participer aux formations continues	2016/2017	ARS/ES/professionnels
Action 2 : Développer l'agrément de nouveaux lieux de stage dans le cadre de la formation initiale des internes	2016-2017	ARS/ES/professionnels
5. Assurer une large communication sur les bénéfices de la chirurgie ambulatoire		
Action 1 : Déployer, par divers moyens, la sensibilisation de l'ensemble des parties prenantes de la CA	2016-2017	ARS/ES/Professionnels/Organismes d'Assurance Maladie
6. Maintenir les mesures de MSAP (200 établissements en 2016) et améliorer la traçabilité de la procédure MSAP		
Action 1 : Analyser les taux de chirurgie ambulatoire par établissement et par geste et pré-cibler les structures atypiques au regard des taux régionaux et nationaux	2016-2017	AM
Action 2 : Poursuivre les échanges avec les sociétés savantes thématiques et/ou les Conseils nationaux professionnels		
Action 3 : Poursuivre l'amélioration de la traçabilité de la procédure de MSAP		
Action 4 : Construire une meilleure technique de ciblage		
Action 5 : Poursuivre la diffusion large de la liste des gestes à chaque actualisation (publication sur ameli.fr, transmission aux CNP et sociétés savantes, fédérations hospitalières et Ordre des médecins...)		

1.3 Indicateurs nationaux

- Taux global de chirurgie ambulatoire (indicateur CPOM Etat/ARS)

2 Programme d'accompagnement au retour à domicile après hospitalisation (PRADO)

L'Assurance Maladie va poursuivre le développement de ses services PRADO au bénéfice des assurés ou des offreurs de soins pour favoriser un parcours du patient plus adéquat en sortie d'hospitalisation et accompagner l'évolution vers l'ambulatoire en cohérence avec les éventuels autres dispositifs pré-existants.

2.1 Priorités 2016/2017

Champ ciblé : Tous les ES privés / publics, tous secteurs (1 référent par ES).

Le PRADO maternité débuté en 2010 a été étendu aux sorties précoces sur une vingtaine de territoires fin 2015.

Le volet chirurgie initialement lancé en 2011 sur la chirurgie orthopédique va être étendu mi 2016 progressivement à toute la chirurgie en débutant par la chirurgie digestive. Le volet chirurgie orthopédique s'est enrichi début 2016 d'une offre complémentaire qui concerne la fragilité osseuse.

Le PRADO pathologies chroniques poursuit son développement avec une généralisation France entière pour le volet insuffisance cardiaque (IC) et une extension à 71 sites pour la broncho pneumopathie chronique obstructive (BPCO) fin 2016.

Une expérimentation pour la prise en charge des plaies chroniques après hospitalisation a été lancée fin 2015 sur 10 sites et fera l'objet d'une première évaluation fin 2016.

Une approche populationnelle pour accompagner et prévenir les ré hospitalisations des personnes âgées est en cours avec l'expérimentation d'un PRADO Personnes âgées.

Un nouveau volet est à l'étude pour les patients ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) après une hospitalisation en MCO (expérimentation en 2017).

2.2 Engagements de l'Assurance Maladie (en concertation avec les autres acteurs concernés)

Engagements	Calendrier	Acteurs
1. La réduction de la durée moyenne de séjour en établissement		
Action 1 : Pour la maternité : expérimentation d'un programme adapté à la sortie précoce	2016	AM
2. Développement de prise en charge ambulatoire et l'optimisation du recours aux soins de suite et réadaptation		
Action 1 : Champ d'intervention : orthopédique	2016	AM
3. Réduction des ré-hospitalisations en améliorant la qualité de la prise en charge en ville par une meilleure coordination des professionnels de santé		
Action 1 : Champ d'interventions : insuffisance cardiaque et BPCO	2016	AM
Action 2 : Prévenir les ré hospitalisations des personnes âgées est en cours avec l'expérimentation d'un PRADO Personnes âgées dans deux territoires Personnes âgées en perte d'autonomie (PAERPA) avec les ARS en 2015 (Tarbes, Paris). Extension sur 10 autres territoires fin 2016	Fin 2016	AM / ARS
Action 3 : Réduire les durées de cicatrisation des plaies chroniques, les ré-hospitalisations et les amputations		
4. Perspectives 2017		
Action 1 : Expérimentation d'un volet AVC/AIT après une hospitalisation en MCO pour éviter les récurrences	2017	AM

2.3 Indicateurs nationaux

L'ensemble des programmes PRADO font l'objet d'un suivi et d'une évaluation annuelle en tenant compte le cas échéant des spécificités des assurés des différents régimes.

Pathologies Chroniques :

- IC : réhospitalisations évitées
- Nombre de patients accompagnés : BPCO, IC et plaies chroniques

Obstétrique : Evolution de la durée moyenne de séjour (DMS) et nombre de patientes accompagnées.

Chirurgie (orthopédie) : Evolution de la DMS, taux de recours au SSR après intervention pour chirurgie et nombre de patients accompagnés.

3 Insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)

Le bloc consacré à l'IRCT consiste à mieux organiser le parcours en amont de l'IRCT (baisse de moitié des dialyse évitables en urgence à l'horizon de 2020 (versus 33% en 2013) ainsi que de développer la greffe (objectif de nombre de patients greffés supérieur au nombre de patients dialysés en 2018 (versus 45,7% en 2013) ainsi que la dialyse en hors centre et la qualité des soins en dialyse (taux majoritaire de nouveaux patients admis en hors centre à J90 du démarrage de la suppléance en 2020 versus 30% en 2013).

3.1 Priorités 2016-2017

Champ ciblé : Tous les ES privés / publics, tous secteurs (1 référent par ES).

- Poursuite des baisses tarifaires de l'hémodialyse en centre sur la base d'un objectif de neutralité tarifaire
- Lancement courant 2016 des expérimentations de parcours de soins d'IRC dans le cadre de la LFSS pour 2014 sur 6 territoires
- Poursuite des travaux nationaux visant à mieux organiser les prélèvements sur donneurs décédés afin d'augmenter le nombre de prélèvements d'organes
- Déploiement de Cristal –Images visant à améliorer le processus d'évaluation des organes via le transfert d'images entre les centres greffeurs et préleveurs
- Elaboration d'un outil en lien avec le Registre REIN visant à aider les ARS à définir une offre cible de greffe et de dialyse sur la base des recommandations de la HAS relative aux stratégies efficaces de prise en charge de l'IRCT

3.2 Engagements de l'Etat et de l'Assurance Maladie (en concertation avec les autres acteurs concernés)

Engagements	Calendrier	Acteurs
1. Poursuite de la mise en œuvre de la neutralité tarifaire pour les tarifs de dialyse dans le cadre du plan ONDAM		
<i>Action 1</i> : Poursuite du plan d'économie ONDAM en 2017 (baisse des tarifs du centre) sur la base des coûts observés	2016	DGOS
2. Mise en œuvre d'économies de transport pour la dialyse		
<i>Action 1</i> : Diffusion de fiche repère dialyse transport	2016	CNAMTS/DSS
3. Diffusion auprès des ARS et des structures d'un guide méthodologique élaboré par l'ANAP sur les organisations efficaces en structure de dialyse (ANAP/DGOS, 2016/2017)		
4. Diffusion aux ARS d'une instruction relative aux orientations stratégiques de la prise en charge de l'IRC (2016, DGOS)		

3.3 Indicateurs nationaux

- Tarif de la dialyse en centre
- Nombre de séances de dialyse en centre/ nombre total de séances de dialyse.
- Taux de dialyse hors centre (indicateur complémentaire de suivi CPOM Etat/ARS)

4 Médecine ambulatoire

Le virage ambulatoire en médecine consiste à favoriser la prise en charge des pathologies chroniques au bon endroit, au bon moment, en hospitalisation de jour et en soins externes avec une graduation des soins en fonction de la stratification des risques: une optimisation des hospitalisations de jour (HDJ) de médecine entre eux de façon à rendre les organisations plus efficaces (et lutter contre les places d'HDJ foraines ou les unités d'HDJ dispersées au sein des structures ; il faut pouvoir mutualiser ces activités dès que c'est possible.

4.1 Priorités 2016-2017

Champ ciblé : Tous les ES privés / publics, tous secteurs (1 référent par ES).

En 2016, sont attendues des actions de :

- Transfert de séjours d'hospitalisation complète (HC) vers des séjours d'HDJ ;
- Transfert de séjours d'HDJ vers des prises en charge intermédiaires ou consultations.

Optimisation de l'ambulatoire :

- Regroupement des HDJ existants (pour améliorer l'efficacité des organisations).

4.2 Indicateurs nationaux

- Volume financier (M€)
- Taux d'HDJ (indicateur complémentaire de suivi CPOM Etat/ARS)

5 Optimisation des capacités d'hébergement en hospitalisation complète

Ce programme est la résultante directe des deux précédents : les hospitalisations de jour en médecine et en chirurgie conduisent à une moindre mobilisation de lits (et à une plus grande mobilisation de places). Le phénomène de DMS en MCO arrive à cette même conclusion.

Par conséquent, il appartient aux établissements de santé de reconfigurer leur capacitaire, en regroupant des unités de soins (US) de façon à apporter une réponse efficace aux besoins de la population, avec des indicateurs de performance optimisés (notamment le taux d'occupation qui, pour certaines disciplines et certaines structures, demeure insatisfaisant).

5.1 Priorités 2016-2017

Champ ciblé : Tous les ES privés / publics, tous secteurs (1 référent par ES).

Pour 2016, il appartient aux régions de poursuivre leurs efforts initiés en 2015. Les phases de diagnostic et de travaux préparatoires ont été conduites et les années 2016 et 2017 doivent se traduire par des regroupements effectifs d'unités de soins.

5.2 Engagements de l'Etat (en concertation avec les autres acteurs concernés)

Engagements	Calendrier	Acteurs
1. Réalisation d'un diagnostic national		
Action 1 : Une saisine de l'IGAS-IGF a été réalisée afin de permettre d'objectiver le sujet du développement de l'ambulatoire en médecine en termes notamment de potentiel (comme cela avait été fait l'année précédente sur la chirurgie ambulatoire).	2016	Etat
Action 2 : Une saisine de l'ANAP a été réalisée pour pouvoir disposer d'outils pratiques et opérationnels à proposer aux ARS dans le cadre de ce chantier.		Etat

Action 3 : Actions attendues : <ul style="list-style-type: none"> • Bascule ambulatoire : <ul style="list-style-type: none"> - Transfert de séjours d'hospitalisation complète (HC) vers des séjours d'HDJ - Transfert de séjours d'HDJ vers des prises en charges (PEC) intermédiaires ou consultations • Optimisation de l'ambulatoire : <ul style="list-style-type: none"> - Regroupement des HDJ existants (pour améliorer l'efficacité des organisations) 		ARS/ES
2. Mise en œuvre des regroupements (chantier n°3)		
Action 1 : opérations de regroupement d'US	2016	ES
3. Suivi et évaluation des regroupements (chantier n°4)		
Action 1 : suivi des opérations	2016/2017	ARS/ES
Action 2 : évaluation des opérations	2016/2017	ARS/ES
4. Retours d'expériences du terrain		
Action 1 : identification des retours d'expérience	2016/2017	ARS/ES
Action 2 : partage des retours d'expérience avec les autres acteurs	2016/2017	ARS/ES

5.3 Indicateurs nationaux

- Montant d'économies lié à l'optimisation des capacités d'hébergement en hospitalisation complète.
- Taux d'utilisation/occupation des lits en médecine et en chirurgie -hors ambulatoire- et IP-DMS en médecine et en chirurgie -hors ambulatoire- (indicateur complémentaire de suivi CPOM Etat/ARS).

6 Soins de suite et de réadaptation – SSR

Le virage ambulatoire en SSR consiste à la fois en :

- Un transfert de séjours d'hospitalisation complète vers de l'hospitalisation de jour ;
- Une optimisation et un développement des HDJ existants : meilleures rotation des patients ;
- Une meilleure graduation de l'offre : HC, hospitalisation de semaine (HS), HDJ, ACE, ville, et l'organisation du parcours patient en utilisant ces différents outils de façon pertinente.

Ce chantier ayant un degré de maturité encore faible, il a été prévu de conduire les actions préparatoires en 2015 et 2016 pour déployer l'objectif principalement sur 2017.

6.1 Priorités 2016-2017

En 2016, sont donc attendues des actions de :

- Un transfert vers l'ambulatoire :
 - Transfert de séjours d'HC vers des séjours d'HDJ ;
 - Transfert de séjours d'HDJ vers des PEC intermédiaires ou consultations.
- Optimisation de l'ambulatoire :
 - Développement des HDJ existants (pour améliorer l'efficacité des organisations) : parcours progressifs des patients, d'HC vers l'HS, puis d'HS vers l'HDJ, pour ensuite favoriser le retour à domicile, avec appui de la ville.

6.2 Indicateurs nationaux

- Montant d'économie atteint par an sur le bloc (en M€).

7 Psychiatrie

Le bloc virage ambulatoire – psychiatrie vise au développement des prises en charge alternatives à l'hospitalisation complète. Dans le cadre d'une approche décloisonnée des parcours des patients, les objectifs sont :

- Favoriser la réduction du recours à l'hospitalisation à temps plein ;
- Développer les prises en charge alternatives à temps partiel et ambulatoires ;
- Réduire les inégalités régionales de financement.

7.1 Priorités 2016-2017

Champ ciblé : Tous les établissements de santé : privés / publics, tout secteur.

- Outiller les ARS pour identifier les établissements présentant des écarts par rapport aux taux de recours moyen à l'hospitalisation complète et à la durée moyenne hospitalière (DMH) moyenne, les accompagner pour mettre à disposition des référents ARS les données traitées par l'ATIH, l'ANAP et l'Assurance Maladie permettant d'apprécier l'offre à l'échelle d'un territoire en intégrant également des données relatives à l'offre médico-sociale et sociale ;
- Mobiliser les structures d'hébergement et d'accompagnement des personnes handicapées psychiques dans les secteurs social et médico-social ;
- Définir la façon dont ces objectifs pourront être ancrés dans les CPOM des établissements, le projet régional de santé (PRS) et les projets territoriaux de santé mentale.

7.2 Engagements de l'Etat (en concertation avec les autres acteurs concernés)

Engagements	Calendrier	Acteurs
1. Mettre en place un pilotage du chantier au sein du conseil national de santé mentale		
<i>Action 1</i> : Installation	2016/2017	DGOS, DGCS, ATIH, ANAP
2. Inscrire les évolutions dans l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale promue au niveau national et entre directions d'administration centrale (DGOS, DGCS, ATIH, ANAP 2016/2017)		
3. Outiller et promouvoir les outils existants pour permettre aux ARS d'identifier les territoires et les établissements sur lesquels porteront ces évolutions		
<i>Action 1</i> : Rapport Laforcade, rapport du centre de preuves en psychiatrie et santé mentale	2016/2017	DGOS, DGCS, ATIH, ANAP
4. Poursuivre au sein du diagnostic territorial de santé mentale les identifications		
<i>Action 1</i> : Identification des établissements ayant un taux de recours à l'hospitalisation à temps plein supérieur à la moyenne régionale et une part des séjours longs supérieurs à un an élevée -> analyse réalisée en lien avec l'offre MS sur le territoire	2016/2017	ARS
<i>Action 2</i> : Identification des besoins d'offre à temps partiel et ambulatoire d'une part et d'autre part	2016/2017	ARS

5. Poursuivre les mesures de repositionnement de DAF entre établissements dans un souci d'équité des dotations et afin de promouvoir les établissements ayant mis en œuvre une politique d'évolution de l'offre (ARS 2016/2017)

6. Accompagner les établissements dans la conduite du virage ambulatoire, intégrer cet objectif dans les CPOM

8 Hospitalisation à domicile

Le positionnement défini pour l'HAD au sein du plan ONDAM est celui d'une offre à développer en substitution de prises en charge complexes faisant l'objet d'hospitalisation en établissement conventionnel à titre d'exemples de prises en charge strictement substitutives, les prises en charge suivantes peuvent être citées : la chimiothérapie anticancéreuse, la rééducation neurologique post AVC, l'ante et post partum pathologique, la transfusion sanguine et d'une manière générale, tout séjour en HAD susceptible d'éviter une hospitalisation en établissement. Les prescriptions d'HAD sont le fait de médecins hospitaliers comme de médecins exerçant en médecine de ville, adaptées à l'état du patient, aux besoins de soins requis et à son environnement.

De la sorte, le développement de l'HAD est considéré comme l'un des leviers devant contribuer au virage ambulatoire demandé aux établissements de santé avec hébergement.

8.1 Priorités 2016-2017

Champ ciblé : Tous les établissements de santé (MCO, SSR, HAD) : privés / publics, tout secteur.

- Inclure dans les CPOM Etat/ARS et les CPOM des ES des objectifs de prescription de l'HAD, notamment ciblés sur des activités directement substituables
- Adapter les prochains SROS PRS aux orientations de la circulaire du 04/12/13
- Accompagner la montée en charge de l'HAD dans les logiciels d'orientation patient (LOP) et notamment Via Trajectoire
- Développer la diversification des modes de prises en charges notamment par le développement des spécialisations (SSR, Traitement du cancer, soins palliatifs...)
- Accompagner le développement de la chimiothérapie à domicile suite à la publication du rapport de la Haute Autorité de Santé en janvier 2015
- Suivre et évaluer le dispositif de sortie précoce de chirurgie par mobilisation de l'HAD (instruction DGOS du 6 juin 2016) et proposer un modèle de financement adapté au juste coût (chirurgie + HAD)
- Préciser les modalités d'organisation de la permanence des soins en HAD
- Développer l'intervention de l'HAD dans les établissements et services sociaux et médicaux sociaux (ESMS)

8.2 Engagements de l'Etat (en concertation avec les autres acteurs concernés)

Engagements	Calendrier	Acteurs
1. Mettre en place le dispositif « sortie précoce de chirurgie par mobilisation de l'HAD » et l'évaluer		
- action 1 : Mise en œuvre du mode de prise en charge n°29 « sortie précoce de chirurgie » et suivi du dispositif	2016-2018	Etat /ARS et établissements d'HAD et MCO
- action 2 : Evaluation nationale du dispositif en lien avec les établissements retenus dans le cadre d'un appel à candidature		
2. Développer l'intervention de l'HAD en ESMS		
Action 1 : amélioration de la communication et de l'information auprès des	2016-2017	ARS

ESMS et des HAD		
Action 2 : évolutions réglementaires sur la restriction des modes de prises en charge en EHPAD		Etat
Action 3 : Mise en œuvre de la feuille de route sur le développement de l'intervention de l'HAD en EHPAD		Etat/ARS
3. Développer l'objectif des prescriptions d'HAD dans les CPOM des établissements de santé avec hébergement et des ESMS (2016-2017 ARS)		
4. Accompagner la montée en charge de l'HAD dans les logiciels d'orientation patient (LOP) et notamment Trajectoire (ARS – 2016 -)		
5. Accompagner le développement de la chimiothérapie à domicile suite à la publication du rapport de la Haute Autorité de Santé en janvier 2015 (Etat / ARS - 2016)		
6. Réviser la classification médico-économique des séjours et faire évoluer le modèle de financement de l' HAD (2016-2020 Etat / ATIH)		
7. Adapter les prochains SROS PRS aux orientations de la circulaire du 04/12/13 (ARS – 2016-2018)		
8. Accélérer la production des référentiels HAS sur les indications de transfert venant de MCO et SSR et pertinence du SSR en HAD (programmes 2012 à 2014 ; rendus prévus en T1 2017) (Etat / HAS)		
9. Favoriser les transferts de patients en soins palliatifs vers l'HAD en lien avec le nouveau plan soins palliatifs (2016-2018 Etat/ARS)		

8.3 Indicateurs nationaux

Indicateur : Nb de patients en HAD par jour et pour 100 000 habitants

Indicateurs complémentaires :

- Nombre de patients en HAD par jour et pour 100 000 habitants (indicateur complémentaire de suivi CPOM Etat/ARS)
- Part des CPOM des établissements d'hospitalisation temps plein (MCO + SSR) comportant des objectifs de prescriptions d'HAD
- Evolution annuelle du pourcentage des transferts de séjours MC (médecine-chirurgie) vers l'HAD

Pertinence (ARS/Assurance Maladie)

La réduction du nombre d'actes et de soins non pertinents est un enjeu fort pour la qualité de notre système de soins et l'efficacité des dépenses de santé. 33 thématiques prioritaires ont déjà été identifiées au niveau national et des diagnostics régionaux réalisés à partir de l'analyse des variations des taux de recours standardisés.

La démarche repose sur :

- L'élaboration d'outils et de référentiels nationaux ;
- La mise en place d'outils régionaux pour inciter les établissements et les professionnels de santé à réduire les variations de pratiques médicales ;
- L'élaboration d'une démarche contractuelle ARS-AM-établissement comportant des objectifs quantitatifs et qualitatifs relatifs à l'amélioration de la pertinence des soins ;
- La sensibilisation du grand public, des usagers et des professionnels.

1.1 Priorités 2016-2017

Champ ciblé : Tous les établissements de santé, publics et privés, et les professionnels de santé en ville.

- Actualiser la liste des thèmes prioritaires au regard de l'évolution des pratiques et étendre la démarche à d'autres domaines tels que l'imagerie, la biologie, la prescription des soins de suite;
- Poursuivre l'élaboration des recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) et le développement des outils de l'Assurance Maladie sur la liste des thématiques prioritaires et diffusion de référentiels relatifs à la thyroïdectomie, la cholécystectomie, la chirurgie bariatrique, appendicectomie, chirurgie du canal carpien amygdalectomie chez l'enfant et aux examens pré anesthésiques ;
- Etendre la démarche à d'autres domaines : imagerie, biologie, et Soins de suite et de réadaptation (SSR) ;
- Accompagner la mise en œuvre des outils régionaux prévus par de l'article 58 de la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2015 et du décret en Conseil d'Etat (Instance régionale chargée de l'amélioration de la pertinence des soins -IRAPS), Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS), mise sous accord préalable (MSAP), contractualisation avec les établissements de santé ;
- Poursuivre la sensibilisation des professionnels et des usagers sur la pertinence des soins : publication de l'atlas de variation des pratiques médicales, organisation colloque international et d'un séminaire national et formation des professionnels.

1.2 Engagements de l'Etat et de l'Assurance Maladie (en concertation avec les autres acteurs concernés)

Engagements	Calendrier	Acteurs
1. Poursuivre l'élaboration d'outils nationaux sur les thématiques prioritaires		
Action 1 : Elaboration de recommandations de bonnes pratiques par la HAS prioritairement sur la liste des 33 thématiques	En cours	HAS
Action 2 : Développement d'outils nationaux de ciblage pour permettre un pré-ciblage des établissements notamment pour les thèmes thyroïdectomie, cholécystectomie, appendicectomie, chirurgie du canal carpien, amygdalectomie chez l'enfant et aux examens pré anesthésiques ;	En cours	AM
Action 3 : Revue si nécessaire de la liste des 33 thématiques au regard des besoins formulés par les ARS et les professionnels	2016	DGOS / ATIH / HAS / AM
Action 4 : Diffusion de la culture de la pertinence dans les formations initiales et continues des professionnels	2016	DGOS
Action 5 : Déploiement de la démarche à d'autres domaines : imagerie, biologie, SSR	2016-2017	DGOS/AM/HAS/ATIH/DGS
Action 6 : Mise en place d'un atlas de bonnes pratiques	2016-2017	DGOS/AM
2. Sensibiliser les professionnels, les usagers et le grand public à la pertinence		
Action 1 : Publication d'un atlas de variations des pratiques médicales sur 10 thématiques	2 ^{ème} sem. 2016	DGOS / ATIH / HAS / CNAMTS / IRDES
Action 2 : Diffusion d'outils patients notamment pour les thèmes (car fait en 2015), chirurgie bariatrique et examens pré-anesthésiques	2016	AM
Action 3 : Enrichissement du contenu de la page internet du ministère et des ARS sur la pertinence en fonction des travaux réalisés	2016	DGOS
3. Déployer les outils de l'Article 58 de la LFSS 2015		
Action 1 : Mise en place des instances régionales d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS)	1er sem. 2016	ARS-AM
Action 2 : Définition des domaines d'actions régionaux prioritaires, des actions associées et des critères de ciblage des établissements et formalisation au sein du plan d'actions régional pour l'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS)	1er sem. 2016	ARS-AM

Action 3 : Echange avec les professionnels et accompagnement des établissements dans l'amélioration de leurs pratiques	2016-2017	ARS-AM
Action 4 : Contractualisation avec les établissements ciblés et/ou mise en œuvre des MSAP	2016-2017	ARS-AM-ES
4. Intégrer le volet pertinence dans le contrat simplifié (2016, Etat)		

1.3 Indicateurs nationaux

- Nombre et taux annuel de contractualisation avec les établissements de santé « Médecine, chirurgie, obstétrique » (MCO) ciblés pour l'amélioration de la pertinence des soins (indicateur CPOM Etat/ARS)

**PROGRAMMES NATIONAUX DE GESTION DU RISQUE ET D'EFFICIENCE
DU SYSTEME DE SOINS
2016 – 2017**

Etablissements en difficulté (ARS)

Il s'agit d'améliorer le suivi des établissements en difficulté financière, notamment sur le volet des effectifs. Pour cela, la supervision régionale des établissements sous contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) ou faisant l'objet d'un plan de retour à l'équilibre (PRE) est renforcée, et les outils d'analyse financière sont standardisés selon les règles définies en Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO). Par ailleurs, les échanges de bonnes pratiques sur les plans d'action des établissements de santé sont favorisés, en lien avec la capitalisation des accompagnements réalisés par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP).

1.1 Priorités 2016-2017

Champ ciblé : Hôpital, trésorerie hospitalière

Améliorer le suivi des établissements en difficulté financière, notamment sur le volet des effectifs, et réduire l'enveloppe annuelle d'aides exceptionnelles :

- Supervision régionale renforcée pour les établissements sous CREF ou PRE ;
- Standardisation outils d'analyse financière selon les règles définies en COPERMO ;
- Echanges de bonnes pratiques sur les plans d'action des établissements de santé, en lien avec la capitalisation des accompagnements réalisés par l'ANAP.

1.2 Engagements de l'Etat (en concertation avec les autres acteurs concernés)

Engagements	Calendrier 2016	Acteurs
Action 1 : Décret en Conseil d'Etat d'application de l'article 26 de la loi de programmation des finances publiques (compatibilité de l'évolution des effectifs avec celle de l'activité pour approbation des états prévisionnels des recettes et des dépenses (EPRD) sous PRE)	S2 2016	DGOS
Action 2 : Standardisation outils d'analyse financière EPRD/plan global de financement pluriannuel (PGFP) et instruction sur les modalités d'appréciation des équilibres financiers des établissements de santé	T1 2016	DGOS
Action 3 : Animation d'un réseau de référents financiers ARS	Permanent	DGOS/ARS/SG
Action 4 : Diffusion d'un recueil de fiches pratiques sur les leviers d'efficacité mobilisables par les établissements de santé	Hôpital expo 2016	Groupe de Travail COPERMO

1.3 Indicateurs nationaux

- Taux régional de marge brute d'exploitation hors aides et la proportion d'établissements de santé ayant un taux de marge brute hors aides supérieur à 8% (indicateur CPOM Etat/ARS)
- Déficit cumulé des établissements de santé de la région (indicateur complémentaire de suivi CPOM Etat/ARS)

PROGRAMMES NATIONAUX DE GESTION DU RISQUE ET D'EFFICIENCE DU SYSTEME DE SOINS 2016 – 2017

Programme PHARE (ARS)

L'objectif du projet « Performance hospitalière pour des achats responsables » (PHARE) est de développer et d'institutionnaliser la fonction achat pour dégager des marges de manœuvre supplémentaires aux hôpitaux, tout en maintenant le même niveau de qualité des soins.

Lancé en 2011, PHARE a permis de réaliser 0,9 milliards d'euros de gains achat sur 3 ans. Aujourd'hui, plus de 100 établissements de santé sont en Plan d'Action Achats (PAA).

1.1 Priorités 2016-2017

Champ ciblé : Etablissements publics de santé et plateformes sanitaires du secteur privé non lucratif.

Terminer la transformation des organisations « achat » :

- Généralisation de la mise en place de PAA dans tous les établissements de santé et mise au point de la démarche de Plan d'Actions Achat de Territoire (P.A.A.T.) dans le contexte des groupements hospitaliers de territoires (GHT) ;
- Elaboration d'une doctrine pour la fonction achat de GHT et feuille de route associée ;
- Elaboration d'une feuille de route pour la montée en puissance des groupements régionaux d'achat mutualisés ;
- Organisation et mise en œuvre de la vague n°6 du projet ARMEN (Actions de gains issues de bonnes pratiques d'achat).

Ancrer la mise en réseau des acheteurs par la consolidation des réseaux existants.

Organiser la mise en place des opérateurs d'achat mutualisés nationaux.

1.2 Engagements de l'Etat (en concertation avec les autres acteurs concernés)

Engagements	Calendrier 2016	Acteurs
1. Dispositif d'appui au Plan d'Actions Achat de Territoire (P.A.A.T.)		
Action 1 : Elaboration d'un retour d'expérience sur les pratiques P.A.A. en établissements de santé	Février-16	DGOS
Action 2 : Elaboration d'une méthodologie « pilote » d'élaboration d'une P.A.A.T.	Mars-16	DGOS + ARS
Action 3 : Mise en œuvre de la démarche P.A.A.T. sur 6 établissements de santé pilotes	Juin-16	DGOS + ARS
Action 4 : Consolidation d'une version opérationnelle de la méthodologie P.A.A.T.	Juillet-16	DGOS + ARS
Action 5 : Déploiement opérationnel de la démarche P.A.A.T. sur 10 établissements de santé	Décembre-16	DGOS + ARS
2. Elaboration d'une doctrine pour la fonction achat de GHT et feuille de route associée		
Action 1 : Cadrage de la fonction achat dans les GHT	Avril-16	DGOS + ARS
Action 2 : Déclinaison de la fonction achat GHT dans le vademécum GHT	Mai-16	DGOS + ARS
Action 3 : Recensement de bonnes pratiques d'organisation et processus d'achat de GHT (Groupes de travail dédiés)	Juin-16	DGOS + ARS
3. Elaboration d'une feuille de route pour la montée en puissance des groupements régionaux d'achat mutualisés		

Action 1: Elaboration d'une cartographie des groupements territoriaux actuels	Mai-16	DGOS + ARS
Action 2: Elaboration d'un référentiel (organisation, processus, modèle économique) de groupement régionaux cibles	Juin-16	DGOS + ARS
Action 3: Elaboration d'une feuille de route (scénario-cible, principes d'accompagnement et de pilotage)	Juillet-16	DGOS + ARS
Action 4: Elaboration d'une feuille de route détaillée (scénario-cible, axes d'accompagnement, organisation et indicateurs de pilotage)	Septembre-16	DGOS + ARS+SGMAP
Action 5: Organisation de la mise en œuvre de la feuille de route de mutualisation des groupements régionaux	Octobre-16	DGOS + ARS+SGMAP
4. Recensement et partage des bonnes pratiques d'achat en configuration GHT		
Action 1: Organisation de la vague n°6 d'ARMEN (cadrage des thèmes, appel à candidatures...)	Juin-16	DGOS
Action 2: Mise en œuvre et accompagnement des groupes de travail de la vague n°6 d'ARMEN	Novembre-16	DGOS
Action 3: Diffusion des bonnes pratiques de la vague n°6 d'ARMEN en régions/GHT	Décembre-16	DGOS + ARS
Action 4: Elaboration d'un dispositif de pilotage de l'application des bonnes pratiques achats de GHT	Décembre-16	DGOS + ARS

1.3 Indicateurs nationaux

- Montant et proportion d'atteinte des objectifs de gains achat nationaux (indicateur CPOM Etat/ARS)

PROGRAMMES NATIONAUX DE GESTION DU RISQUE ET D'EFFICIENCE DU SYSTEME DE SOINS 2016 – 2017

Programme Simphonie (ARS)

Le programme de SIMplification du Parcours administratif Hospitalier des patients et Numérisation des Informations Echangées (Simphonie) a pour but de simplifier et de moderniser le parcours administratif hospitalier pour les patients. Il vise également à générer des gains d'efficacité dans le processus accueil / facturation / recouvrement et à fiabiliser les recettes en améliorant le recouvrement de la part des particuliers..

Ce programme est donc au cœur de multiples enjeux :

- Permettre des gains significatifs de recouvrement sur la part particulier, mal recouvrée aujourd'hui (550 millions d'euros de créances des patients sont non recouvrées aujourd'hui après un an) ;
- Améliorer la situation de trésorerie des établissements de santé (diminution des délais de facturation, paiement et recouvrement) ;
- Fournir au patient l'information des coûts pris en charge par l'Assurance Maladie obligatoire (AMO) et par l'Assurance Maladie complémentaire (AMC) et de son reste à charge au moment de sa sortie (cf. article 94 de la loi de modernisation de notre système de santé).

1.1 Chantiers 2016-2017

Champ ciblé : Tous les établissements de santé publics, privés non lucratifs et lucratifs ; en secteurs de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO), de Psychiatrie (PSY) et de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR).

Simphonie est composé de 16 chantiers dont les actions prioritaires pour 2016-2017 sont les suivantes:

- Volet « parcours administratif du patient » : mise en œuvre dans près de 70 établissements des chantiers « paiement à l'entrée » et « paiement à la sortie » visant à permettre une simplification du parcours administratif du patient et un paiement des créances patient avant sa sortie de l'hôpital ;
- Facturation individuelle des établissements de santé (FIDES) : finalisation du déploiement de FIDES des Actes et Consultations Externes (ACE) ;
- Titres payables par internet (TIPI) : finalisation du déploiement de TIPI dans les établissements publics de santé;
- Protocole d'Echange Standard version 2 (PESV2) : finalisation du déploiement de PESV2 dans les établissements publics de santé;
- Dématérialisation des échanges avec l'AMO : généraliser le déploiement de CDRi dans les établissements de santé pour automatiser la mise à jour dans les logiciels de gestion administrative de patient des données d'affiliation et de couverture des patients pris en charge ;
- Pilotage : amélioration des outils de pilotage de la chaîne d'accueil-facturation-recouvrement.

1.2 Engagements de l'Etat (en concertation avec les autres acteurs concernés)

Engagements	Calendrier	Acteurs
1. Chantiers « parcours administratif du patient » (paiement à l'entrée, paiement à la sortie, encaissement automatique)		
Action 1 : Envoi d'une instruction de la DGOS aux ARS pour présenter le programme Simphonie et demander aux ARS de sélectionner les établissements qui bénéficieront en 2016 d'un accompagnement pour déployer les chantiers relatifs à l'optimisation du parcours administratif du patient	mars 2016	DGOS
Action 2 : Sélection des établissements par les ARS	juillet 2016	ARS
Action 3 : Suivi du déploiement des projets en établissement	2016	ARS

Action 4 : Suivi du déploiement des projets en établissement, capitalisation, enrichissement du « kit de déploiement »	T1-2017	DGOS
Action 5 : Mise à disposition des éditeurs de logiciel d'un cahier des charges « encaissement automatique par débit carte »	Sept 2016	DGOS / ASIP santé
2. FIDES		
Action 1 : Pilotage de la fin du déploiement de FIDES ACE	T1-2017	ARS/DRFiP DGOS/DGFiP
Action 2 : Poursuite de l'expérimentation FIDES séjours	2016-2017	ARS/DRFiP DGOS/DGFiP/AM
3. TIPI		
Action 1 : Pilotage de la fin du déploiement de TIPI	2017	ARS/DRFiP + DGOS/DGFiP
4. PESV2		
Action 1 : Pilotage de la fin du déploiement de PESV2	2017	ARS/DRFiP + DGOS/DGFiP
5. Remboursement des Organismes Complémentaires (ROC)		
Action 1 : Mise à disposition des éditeurs des premiers cahiers des charges	Mars 2016	DGOS/ASIP santé
6. Consultation des Droits Réels intégrés (CDRi)		
Action 1 : Début de l'expérimentation	Juin 2016	DGOS/CNAMTS/ ASIP santé
Action 2 : Pilotage du déploiement	2017	DGOS/CNAMTS/ ASIP santé
7. Pilotage		
Action 1 : Mise à disposition des éditeurs de logiciel d'un cahier des charges « pilotage de la facturation »	Mars 2016	DGOS
Action 2 : Développement et mise en œuvre de ces nouvelles fonctionnalités	Fin 2016	Principaux éditeurs de logiciels de Gestion Administrative du Malade (GAM) et Gestion Economique et Financière (GEF)

**PROGRAMMES NATIONAUX DE GESTION DU RISQUE ET D'EFFICIENCE
DU SYSTEME DE SOINS
2016 – 2017**

Maîtrise de la masse salariale (ARS)

Dans le cadre d'un objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) hospitalier à progression ralentie, les établissements publics de santé doivent veiller à maîtriser la croissance de la masse salariale pour ne pas générer de déficit hospitalier. Cet effort implique des actions de maîtrise de la masse salariale. L'objectif du projet est de permettre aux établissements de santé et aux ARS de mieux suivre et piloter les dépenses de personnel médical et non médical (représentant environ 2/3 de leurs coûts).

1.1 Priorités 2016-2017

Champ ciblé : Hôpital (établissements publics de santé et plateformes sanitaires), personnel non médical et médical.

Fixer des objectifs nationaux et régionaux relatifs à la maîtrise de la masse salariale et des effectifs ;
Déployer des outils de suivi et de contrôle des effectifs hospitaliers pour les ARS :

- Déploiement d'outils de suivi et de contrôle des effectifs hospitaliers pour les ARS,
- Modification du modèle du tableau des effectifs rémunérés,
- Croisement des informations des établissements de santé avec d'autres sources de données (celles de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) notamment).

1.2 Engagements de l'Etat (en concertation avec les autres acteurs concernés)

Engagements	Calendrier 2016	Acteurs
1. Fixation d'objectifs nationaux et régionaux relatifs à la maîtrise des effectifs et de la masse salariale des établissements de santé		
Action 1 : Intégration d'un indicateur de suivi dans le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) entre l'Etat et l'ARS	Application 1er janvier 2015	DGOS/SG
2. Déploiement d'outils de suivi et de contrôle des effectifs hospitaliers pour les ARS		
Action 1 : Déploiement d'outils de suivi et de contrôle des effectifs hospitaliers pour les ARS et modification du modèle du tableau des effectifs rémunérés.	S2 2016	DGOS / ATIH
Action 2 : Croisement des informations des établissements de santé avec d'autres sources de données (ACOSS notamment)		

1.3 Indicateurs nationaux

- Taux d'évolution de la masse salariale hospitalière
- Taux d'évolution des effectifs bruts hospitaliers (en équivalent temps plein rémunéré)

**PROGRAMMES NATIONAUX DE GESTION DU RISQUE ET D'EFFICIENCE
DU SYSTEME DE SOINS
2016 – 2017**

Produits de santé prescrits en ville (Assurance Maladie)

Le bloc « Produits de santé Maîtrise Médicalisée » réunit les projets qui visent à maîtriser l'évolution des dépenses notamment sur :

- les prescriptions médicamenteuses de médecine générale
- les prescriptions de médicaments de spécialité
- les prescriptions de dispositifs médicaux (LPP)

Les dépenses liées aux médicaments représentent près de 20 milliards d'euros. Les dépenses relatives aux dispositifs médicaux représentent plus de 5 milliards d'euros.

1.1. Priorités 2016-2017

Champ ciblé : Les professionnels de santé de ville.

Les programmes de maîtrise médicalisée visent à faire progresser les résultats relatifs aux prescriptions médicamenteuses en ville (médecins généralistes et spécialistes). Ils reposent sur des actions d'information et de sensibilisation des médecins, avec notamment pour principaux chantiers :

- Un programme sur la qualité de la prescription chez la personne âgée notamment par une action renforcée sur la prescription des benzodiazépines hypnotiques et anxiolytiques ;
- Un renforcement des actions s'appuyant sur le volet Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) et sur les prescriptions de médecine générale ;
- Un renforcement des actions relatives aux prescriptions de spécialités ;
- Un renouvellement des actions pour les prescriptions hors AMM ;
- La progression des résultats relatifs aux dispositifs médicaux : promouvoir l'utilisation des nouveaux modèles d'ordonnance permettant des prescriptions conformes aux recommandations, veiller à une prescription optimale des pansements primaires dans le traitement des plaies chroniques, favoriser le développement de l'orthèse d'avancée mandibulaire (OAM) pour la prise en charge du syndrome d'apnée du sommeil.

1.2. Engagements de l'Assurance Maladie (en concertation avec les autres acteurs concernés)

Engagements	Calendrier	Acteurs
1. Accompagnement des médecins généralistes		
Iatrogénie n°2 (2 ^{ème} auprès de médecins généralistes ciblés, support nouveau profil)	Février 2016	AM
Accompagnement ciblé des prescripteurs les plus contributeurs de prescriptions en « non substituable-NS » avant contrôle auprès de généralistes ciblés	Mars 2016	AM
Antidiabétiques n°2 (dont insuline biosimilaire)	2017	AM
Campagne génériques	T2 2016	AM
Hors AMM : action MIPE	Avril 2016	AM
Antiagrégants plaquettaires	2017	AM
Antibiotiques – Infections urinaires	T4 2016	AM
HTA : association et initiation	T4 2016	AM
Iatrogénie n°3	2017	AM

2. Accompagnement des médecins spécialistes		
Antidiabétiques n°1 (Gliptines et AGLP1) auprès des endocrinologues ciblés	T1 2016	AM
Accompagnement ciblé des prescripteurs les plus contributeurs de prescriptions en « non substituable-NS » avant contrôle auprès de spécialistes ciblés	Mars 2016	AM
Antidiabétiques n°2 (dont insuline biosimilaire) auprès d'endocrinologues ciblés	2017	AM
Anti-agrégants plaquettaires (AAP) auprès de cardiologues ciblés	2017	AM
Hypocholestérolémiants	2017	AM
Sclérose en plaques auprès de neurologues ciblés	2017	AM
3. Dispositifs médicaux		
Accompagnement « Pansements » auprès de médecins généralistes et d'infirmiers ciblés	T3 2016	AM
Accompagnement « Orthèse d'Avancée Mandibulaire (OAM) » auprès de pneumologues, ORL, chirurgiens-dentistes et stomatologues ciblés	T4 2016	AM
Accompagnement « Pansements et modèles d'ordonnance » auprès d'établissements de santé ciblés	T3 2016	AM
Possibilité pour les régions d'impulser des actions locales pour les thèmes : dermatologie (pansements), diabète, nutrition et respiratoire (oxygénothérapie, ventilation, PPC)	2016	AM
4. Campagne nationale génériques PS puis grand public (AM, mai 2016)		
Perspectives 2017		
Renforcement des actions portant sur les médicaments de médecine générale	2017	AM
Renforcement des actions portant sur les médicaments de spécialité	2017	AM
Evolution de la ROSP	2017	AM

1.3. Indicateurs

Méthodologie de déclinaison des cibles aux régions

Les objectifs de maîtrise médicalisée sont déclinés régionalement par la CNAMTS (indicateurs CPG bloc 1, 2, Iatrogénie) – Mise à disposition février 2016

Calendrier de transmission des données

Suivi mensuel mis à disposition par la CNAMTS sur Mediam (résultats du mois M à fin M+1, source SNIRAM)

Indicateurs qualitatifs

- Nombre moyen de molécules par patient
- Taux de prescription dans le répertoire des statines
- Taux d'évolution des hospitalisations pour iatrogénie parmi les patients âgés de 66 à 75 ans en ALD ou âgés de plus de 75 ans
- Taux global de prescription des génériques
- Taux d'antibiotiques les plus générateurs d'antibiorésistance
- Dispositifs médicaux : Taux de progression des patients appareillés par orthèse d'avancée mandibulaire (OAM)

PROGRAMMES NATIONAUX DE GESTION DU RISQUE ET D'EFFICIENCE DU SYSTEME DE SOINS 2016 – 2017

Transports de patients prescrits en ville (Assurance Maladie)

Le bloc « Transports prescrits en ville » réunit les projets qui visent à maîtriser l'évolution des dépenses liées aux transports prescrits par les professionnels de santé libéraux. Les dépenses de transports en ville représentent près de 4,1 milliards d'euros en 2015 dont 36% correspondent à des transports prescrits par des libéraux.

L'objectif est :

- D'optimiser les dépenses de transport ;
- D'agir pour renforcer la pertinence de la prescription médicale de transport ;
- De changer le comportement de prescription de transport.

1.1 Chantiers 2016-2017

Champ ciblé : professionnels de santé de ville

- Mise à disposition de fiches repères d'aide à la prescription adaptée à l'état de santé dans des situations repérées comme fréquentes ;
- Poursuite de l'expérimentation de carte de transport assis pour les centres de dialyse ;
- Actions d'accompagnement et campagne de communication vers les prescripteurs et les assurés ;
- Intégration de la problématique « Transport » dans PRADO : expérimentation de la prise en charge pour faciliter le retour à domicile pour la rééducation (dans certains départements avec MSA) ;
- Mise à disposition d'outils d'accompagnement des patients, professionnels de santé et établissements de santé

1.2 Engagements de l'Etat et de l'Assurance Maladie (en concertation avec les autres acteurs concernés)

Engagements	Calendrier	Acteurs
Action 1 : Mise en place de fiches repères	2016-2017	AM
Action 2 : Expérimentation de carte de transport assis pour les centres de dialyse	2016-2017	AM
Action 3 : Intégration de la problématique « Transport » dans PRADO en établissement	2016	AM
Action 4 : Diffusion d'un kit de communication pour les prescripteurs et les assurés	2016 - 2017	AM

1.3 Indicateurs nationaux

Méthodologie de déclinaison des cibles aux régions

Les objectifs de maîtrise médicalisée sont déclinés régionalement par la CNAMTS tous prescripteurs avec ventilation des prescriptions des établissements et des professionnels de santé libéraux (indicateurs CPG bloc Transport) – Mise à disposition février 2016.

Calendrier de transmission des données

Suivi mensuel mis à disposition par la CNAMTS sur Mediam (résultats du mois M à fin M+1, source SNIIRAM).

**PROGRAMMES NATIONAUX DE GESTION DU RISQUE ET D'EFFICIENCE
DU SYSTEME DE SOINS
2016 – 2017**

Indemnités journalières prescrites en ville (Assurance Maladie)

Le bloc « Prescriptions des indemnités journalières » réunit les projets qui visent à maîtriser l'évolution des dépenses liées aux indemnités journalières (IJ). Les dépenses d'indemnités journalières représentent plus de 9,5 milliards d'euros répartis comme suit :

- Médecine libérale : 7,9 milliards d'euros
- Établissements : 1,6 milliards d'euros

L'évolution des dépenses d'indemnités journalières en 2015 reste dynamique, légèrement inférieure à 2014 (+3,1% contre +4,0% en 2014 et -0,7% en 2013).

1.1 Priorités 2016-2017

Champ ciblé : Les établissements ciblés privés / publics, les professionnels de santé libéraux ciblés

- Campagne d'entretiens confraternels (EC) : elle tiendra compte des résultats de l'évaluation de la campagne 2015 ;
- Visites des délégués de l'Assurance Maladie (DAM) : elles visent à accompagner les prescripteurs dans certaines situations en leur apportant des informations et des conseils juridiques (notamment AT/MP avec le certificat initial) ;
- Mise à disposition d'un mémo destiné aux professionnels de santé sur la réglementation en matière d'arrêts de travail ;
- Campagne de mise sous objectifs (MSO) et de mise sous accord préalable (MSAP) auprès de forts prescripteurs d'indemnités journalières ;
- Actions de prévention de la désinsertion professionnelle : Expérimentation de la fonction d'agent facilitateur pour le régime général, action auprès des travailleurs indépendants pour le RSI (MAPI), action de prévention par la Cellule pluri-professionnelle de repérage et d'accompagnement auprès des agriculteurs pour la MSA ;
- Actions d'accompagnement du parcours de soins des patients lombalgiques ;
- Déploiement des Services en ligne : l'avis d'arrêt de travail en ligne (action également développée auprès des établissements de santé).

1.2 Engagements de l'Assurance Maladie (en concertation avec les autres acteurs concernés)

Engagements	Calendrier	Acteurs
1. Entretiens confraternels auprès des médecins généralistes		
<i>Action 1</i> : Accompagnement sur thème "MSO-MSAP"	T1 2016 (fin février 2016)	AM
<i>Action 2</i> : Accompagnement sur thème "Parcours de soins Lombalgie - Ciblage"	T4 2016	AM
<i>Action 3</i> : Accompagnement "IJ renforcés" (cible : 8 800 médecins cumulés)	T4 2016	AM
2. Visites des DAM auprès des médecins généralistes		
<i>Action 1</i> : Accompagnement "Arrêts de travail" auprès de médecins généralistes ciblés	T2 2016	AM
<i>Action 2</i> : Accompagnement " Certificat médical initial - AT/MP" (cible :	T2 2016	AM

45 000 contacts)		
3. Expérimentation « Agent facilitateur »		
Action 1 : Expérimentation sur 3 ELSM au 1 ^{er} semestre et extension à 17 sites (1 ELSM par région) en juin 2016	1 ^{er} semestre 2016	Régime général
Action 2 : Généralisation de l'expérimentation "Agent facilitateur", si bilan positif, avec définition du profil des assurés à cibler et information aux médecins sur le dispositif	Juin 2016 Année 2017	AM
4. Réflexion autour d'un indicateur de télétransmission AAT dématérialisé dans la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) : 2017		

1.3 Indicateurs nationaux

Méthodologie de déclinaison des cibles aux régions

Les objectifs de maîtrise médicalisée sont déclinés régionalement par la CNAMTS (indicateurs CPG bloc IJ) – Mise à disposition février 2016 (suivi trimestriel).

Calendrier de transmission des données

Suivi mensuel mis à disposition par la CNAMTS sur Mediam (résultats du mois M à fin M+1, source SNIIRAM).

Indicateurs qualitatifs

- Durée moyenne d'arrêts liés aux interventions chirurgicales (Indicateur CPG/maladie)
- Nombre d'arrêts indemnisés de moins de 7 jours
- Nombre d'arrêts indemnisés de plus de 6 mois (sur les arrêts terminés au cours de l'année)
- Montant des arrêts indemnisés chez les patients âgés de plus de 55 ans
- Nombre de patients accompagnés et taux de reprise d'activité

Autres prescriptions prescrites en ville (Assurance Maladie)

Le bloc « Autres prescriptions » réunit les projets qui visent à maîtriser l'évolution des dépenses relatives aux examens biologiques, aux actes d'imagerie et aux actes des masseurs-kinésithérapeutes.

En 2015, les dépenses du régime général concernant les examens biologiques représentent plus de 2,8 milliards d'euros, celles relatives aux actes d'imagerie plus de 2,5 milliards d'euros et les dépenses de masso-kinésithérapie plus de 3 milliards d'euros.

La maîtrise de l'évolution de ces dépenses est donc primordiale pour tenir les objectifs fixés par l'ONDAM. En 2016, il s'agit donc de poursuivre et d'amplifier les actions de maîtrise médicalisée sur l'ensemble de ces thèmes (actions GDR, MSO, MSAP...).

1.1 Priorités 2016-2017

Champ ciblé : Professionnels de santé en ville ciblés, établissements de santé (publics ou privés) ciblés.

- **Examens biologiques** : encourager une prescription efficiente des dosages des hormones thyroïdiennes (TSH...) et des dosages de l'antigène prostatique spécifique PSA ;
- **Actes d'imagerie** : poursuivre l'action sur la pertinence des examens d'imagerie des articulations des membres inférieurs (hors urgence), encourager une prescription pertinente des examens radiologiques permettant l'exploration du rachis, promouvoir la bonne utilisation des actes d'autoguidage ;
- **Paramédicaux (MK, IDEL...)** : veiller à la pertinence des actes (action d'accompagnement puis possibilité de contrôles).

1.2 Engagements de l'Assurance Maladie (en concertation avec les autres acteurs concernés)

Engagements	Calendrier	Acteurs
1. Examens biologiques		
Action 1 : Accompagnement TSH, vitamine D et groupes sanguins MG T4 2016	2016-2017	AM
Action 2 : Accompagnement « PSA » auprès de MG ciblés T2 2016		
2. Actes d'imagerie		
Action 1 : Accompagnement « IRM ostéoarticulaires » auprès de médecins généralistes ciblés	Lancement en décembre 2015 et poursuite en 2016	AM
Action 2 :		
Action 3 : Rappel de la réglementation pour la cotation des actes de guidages échographiques auprès d'anesthésistes ciblés	2016	
Action 4 : Accompagnement « Parcours de soins lombalgie incluant la stratégie imagerie » auprès des médecins généralistes	2016	
3. Paramédicaux		
Action 1 : Accompagnement personnalisé des médecins généralistes et des masseurs-kinésithérapeutes, relatif aux actes de masso-kinésithérapie en EHPAD	2016	AM
Action 2 : Mise en place de contrôles des actes de masso-kinésithérapie à la suite de l'accompagnement	2016 / 2017	

Action 3 : Possibilité pour les régions d'impulser des actions locales portant sur les masseurs-kinésithérapeutes et les infirmiers libéraux	2016	
Action 4 : Accompagnement à la bonne prescription et facturation	2017	

1.3 Indicateurs nationaux

Méthodologie de déclinaison des cibles aux régions

Les objectifs de maîtrise médicalisée sont déclinés régionalement par la CNAMTS (indicateurs CPG Bloc 3 : soins de masso-kinésithérapie, actes de biologie médicale et autres actes) – Mise à disposition février 2016

Calendrier de transmission des données :

Suivi mensuel mis à disposition par la CNAMTS sur Mediam (résultats du mois M à fin M+1, source SNIRAM).

Indicateurs qualitatifs

Biologie : Evolution du nombre d'examens non recommandés

- Rappel 2015 : diminution du nombre d'examens de vitamine D et GS+RAI, augmentation des examens TSH au détriment des associations T3 et T4 libre

Imagerie : Diminution du nombre des actes

- Taux global d'IRM osteo-articulaires (parmi l'ensemble des actes IRM)
- Taux d'IRM du membre inférieur (parmi l'ensemble des actes IRM)