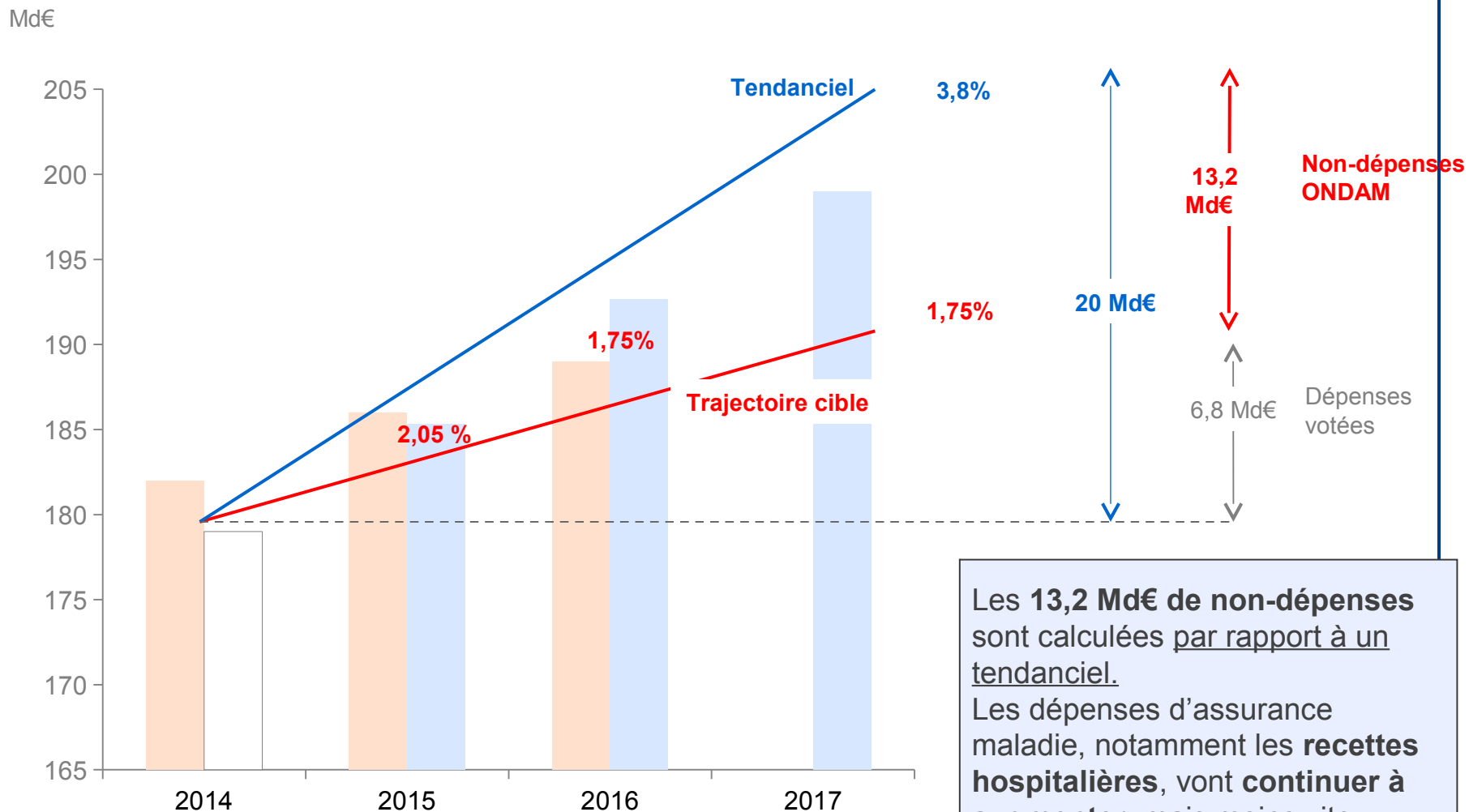


présentation du plan triennal de maîtrise de l'ONDAM CSOS 1/02/16

Pour réaliser au moins 13,2 Md€ d'économies à horizon 2017, l'augmentation des dépenses d'assurance maladie doit être contenue à 1,85 %/an en moyenne sur trois ans

tendanciel
ONDAM cible

Evolution de l'ONDAM 2014-2017 (tendanciel et prévisionnel)



Les 13,2 Md€ de non-dépenses sont calculées par rapport à un tendanciel. Les dépenses d'assurance maladie, notamment les **recettes hospitalières**, vont **continuer à augmenter**, mais moins vite.

Préparer l'hôpital de demain avec le plan triennal, une évolution structurelle de notre système de santé alliant qualité des soins et maîtrise des dépenses

| | Objectifs | Eléments clés |
|--|---|--|
| <div data-bbox="164 654 396 891" style="background-color: #0056b3; color: white; text-align: center; padding: 10px; font-weight: bold;">Plan ONDAM</div> | <p>Améliorer la qualité de l'offre hospitalière pour mieux répondre à ses missions</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pérennité de la qualité de service : offrir aux patients une offre de services de santé modernisée et soutenable sur le long terme ▪ Bonne santé financière des établissements : moderniser les modes de gestion des établissements, notamment sur les achats et les segments supports, via des regroupements inter-hôpitaux, afin de leur permettre de maintenir une bonne santé financière |
| | <p>Prendre le virage ambulatoire et mieux adapter les prises en charge en établissement</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 ▪ 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 soins (diminution des risques sanitaires liés à l'hospitalisation par exemple) ▪ Optimisation des modes de prises en charge : réduire les séjours inutilement prolongés (PRADO) et adopter des prises en charge plus adéquates (HDJ, HAD) |
| | <p>Poursuivre les efforts sur les prix des médicaments et l'adoption des génériques</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 ▪ 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>Améliorer la pertinence et le bon usage des soins</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 ▪ Renforcement de la pertinence des prescriptions médicales : pour le transport, les prescriptions médicamenteuses ou de certains actes (kinésithérapie, biologie, radiologie,...) |

Maîtrise des dépenses à hauteur de 13,2 Mds d'Euros à horizon 2017

Le plan triennal : une méthodologie de projet priorisant 12 blocs d'actions, dont 4 blocs co-pilotés ARS/AM

ARS

ASSURANCE MALADIE

1 Maîtrise de la masse salariale



2 Phare



3 Développement des GHT



4 Aide aux ES en difficulté et optimisation des enveloppes



5 Virage Ambulatoire et impact capacitaire



6 Transports prescrits à l'hôpital



7 Médicaments prescrits à l'hôpital (LES, PHEV)



8 Pertinence des actes



9 Prescription des indemnités journalières



10 Transports prescrits en ville



11 Médicaments prescrits en ville



12 Autres prescriptions (Biologie, DM, Imagerie, Paramédicaux, ...)



8 blocs pour les ARS

8 blocs pour l'Assurance Maladie

dont 4 blocs communs

La CRGDR devient l'instance commune du pilotage et du déploiement du plan en région

- organise les conditions de coordination ARS - assurance maladie, le partage de données et d'informations utiles, et s'assure de la cohérence et de la non redondance des actions.
- s'assure de l'avancement des plans d'actions et suit leur impact en terme de résultats (tableau de bord du plan)

Les choix stratégiques dans la construction de la méthodologie

Le plan triennal s'inscrit dans la continuité, avec trois évolutions notables ayant nécessité une mise en place d'une gestion de projet spécifique au sein de l'Agence

- Le niveau des objectifs
- Le calendrier contraint
- Un ciblage très précis des thèmes porteurs

Trois sous-objectifs stratégiques

- Conformément au principe de subsidiarité, une implication totale des Délégations Territoriales dans la déclinaison opérationnelle du plan, en particulier le dialogue de gestion avec les établissements de santé
- Un travail conjoint ARS/AM
- Travailler en prospectif à horizon 2017

Un leitmotiv, des relations simples et souples entre l'ARS PACA et les ES dans le respect de l'autonomie de gestion. Un esprit de responsabilité et de confiance aux acteurs guidera l'action de l'ARS PACA dans une logique d'accompagnement et de création de communautés d'acteurs.

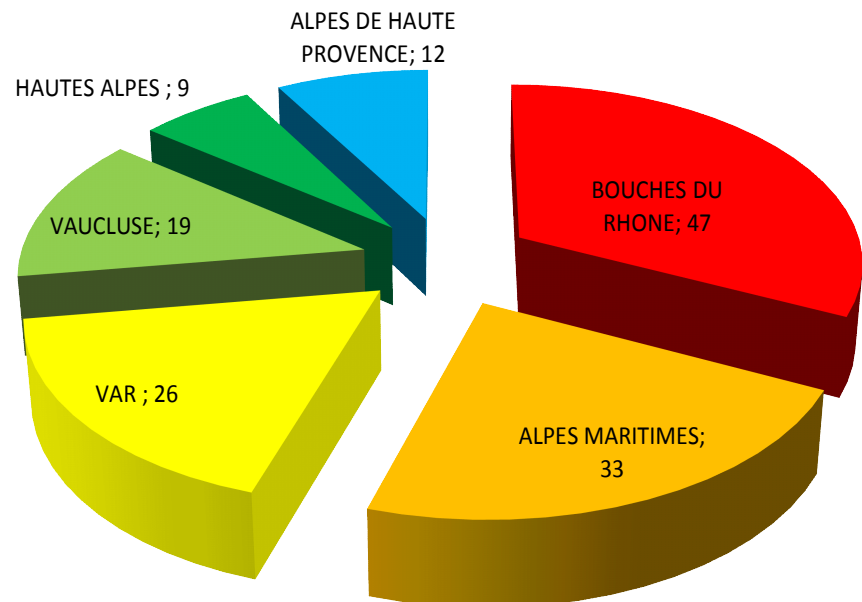
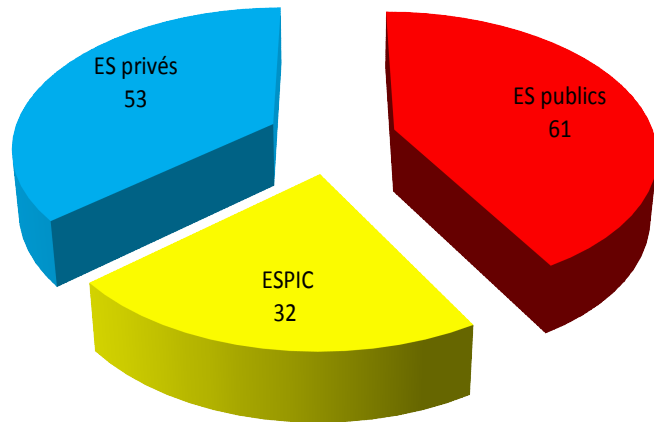
L'importance de la concertation avec les fédérations et les établissements de santé dans la construction de la méthodologie.

Tous les établissements de santé seront contributeurs au plan triennal. Chaque établissement de santé devra fournir un effort individualisé, en fonction de son niveau de performance sur les différents blocs du plan et de sa situation financière actuelle et projetée

Un accompagnement de l'ANAP pour 19 ES sélectionnés sur la base du volontariat sur les blocs masse salariale, suivi des ES en difficulté financière et GHT

Une contribution large au plan triennal

- 143 Etablissements de Santé sont contributeurs au plan triennal à travers le renseignement d'une feuille de route stratégique
- 36 Feuilles de route opérationnelles et 19 ES accompagnés par l'ANAP

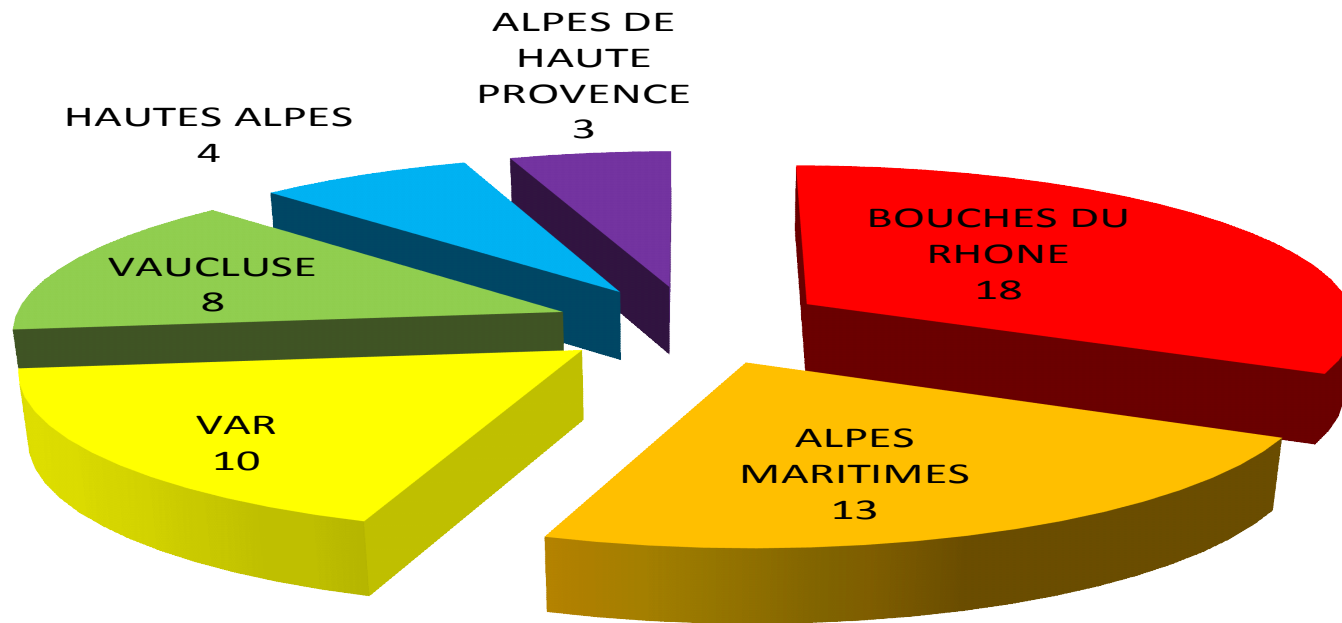


Nombre d'ES contributeurs au plan triennal par délégation territoriale

Des temps de concertation nombreux

3 réunions régionales de présentation du plan triennal

56 dialogues de gestion tripartites et 6 réunions territoriales collectives



Dialogues de gestion par délégation territoriale

Retour d'expériences – les points positifs

- Satisfaction des établissements de santé sur la forme
 - Respect autonomie des établissements
 - La nécessaire place au dialogue, socle de la construction des feuilles de route stratégiques
 - Appréciation de la mise à disposition d'informations, d'éléments de benchmark,
 - Appréciation de la présence des représentants de l'Assurance Maladie aux dialogues de gestion
 - Importance de l'effort pédagogique déployé par le DG de l'ARS PACA auprès des élus pour expliquer les enjeux du plan triennal
- Côté ARS et AM, les feuilles de routes stratégiques démontrent l'implication des établissements dans la démarche

Premier RETEX sur la méthodologie – les points à améliorer

- Les difficultés ressenties par les établissements

- Les délais contraints pour produire les feuilles de route ont bousculé la période légitime de concertation en interne sur des sujets majeurs pour les établissements.
- Il a été demandé d'être plus précis et directif dans la communication des objectifs
- Le côté « mille-feuilles » du plan triennal, qui se superpose à d'autres documents contractuels (CPOM, EPRD/PGFP, CREF, CAQOS, CBU) nécessite un choc de simplification
- Une certaine incompréhension sur la non-diffusion des données produites par l'AM mal vécue et interprétée comme un signe de défiance. Le point a été levé depuis.

- L'ARS et l'AM ont évoqué avec regret la difficulté de faire passer des messages aux dialogues de gestion en l'absence trop fréquente des représentants de la communauté médicale des établissements de santé

Perspectives 2016 sur le plan triennal

Les actions suivantes seront priorisées au niveau national

- Radiation partielle de la LES
- La pertinence des achats de médicaments dans les établissements (volonté de freiner les stratégies agressives de distorsion de prix ville/hôpital sur certains médicaments).
- Relance de la dynamique sur les groupements d'achats
- Développement de la littérature sur la médecine ambulatoire et les hôpitaux de jour appuieront les établissements dans le virage ambulatoire
- Déploiement du programme SIMPHONIE (simplification, modernisation et amélioration du parcours administratif du patient à l'hôpital)
 - Dès l'accueil grâce à la pré-admission en web-service pour éviter l'attente
 - Au moment de la facturation avec le paiement immédiat du reste à charge avant la sortie de l'hôpital ou avec le paiement en ligne
 - Lors du recouvrement simplifié des parts AM et organisme complémentaire à l'hôpital
- Anticipation de la réforme du financement SSR à l'horizon 2017

Perspectives pour le déploiement du plan triennal à l'ARS PACA

Il est important de pouvoir capitaliser sur l'enthousiasme lié au lancement du plan triennal afin d'éviter « l'effet soufflet » en développant trois axes :

- Assurer un suivi rapproché des établissements pour anticiper d'éventuelles corrections d'écarts par rapport à la bonne trajectoire mais également ne pas donner le sentiment aux établissements qu'ils « sont seuls dans la tempête »
 - Proposition de deux dialogues de gestion annuels
 - S'appuyer sur la construction d'un reporting robuste, partagé avec l'AM,
- Travailler à une simplification des relations avec les établissements de santé qui serait également restructurante en interne : sortir d'une logique silo au profit d'une démarche collective et lutter ainsi contre l' « effet mille-feuille ».
- Libérer les énergies et faciliter l'accompagnement des établissements par des référents thématiques proactifs animant une communauté d'acteurs, ayant à disposition des leviers pour des expérimentations, favoriser l'innovation avec des évaluations rapides pour généralisation