



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFECTURE DE LA
GUADELOUPE

RECUEIL DES ACTES
ADMINISTRATIFS

N°971-2017-056

PUBLIÉ LE 20 JUIN 2017

Sommaire

ARS

- 971-2017-06-02-004 - Arrêté ARS POS GDR du 02 juin 2017 fixant le plan pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficience du système de soins (81 pages) Page 3
- 971-2017-06-15-008 - Arrêté ARS POS RPH du 15 juin 2017 relatif au montant des ressources d'assurance maladie dû au Centre Hospitalier Louis Daniel BEAUPERTHUY au titre de l'activité déclarée au mois d'avril 2017 (2 pages) Page 85
- 971-2017-06-15-007 - Arrêté ARS POS RPH du 15 juin 2017 relatif au montant des ressources d'assurance maladie dû au Centre Hospitalier IRENEE DE BRUYN DE SAINT-BARTH au titre de l'activité déclarée au mois d'avril 2017 (6 pages) Page 88
- 971-2017-06-15-005 - Arrêté ARS POS RPH du 15 juin 2017 relatif au montant des ressources d'assurance maladie dû au Centre Hospitalier Sainte-Marie de Marie-Galante au titre de l'activité déclarée au mois de mars 2017 (5 pages) Page 95
- 971-2017-06-15-006 - Arrêté ARS POS RPH du 15 juin 2017 relatif au montant des ressources d'assurance maladie dû au Centre Hospitalier Louis Daniel BEAUPERTHUY au titre de l'activité déclarée au mois de mars 2017 (3 pages) Page 101

PREFECTURE

- 971-2017-06-01-002 - Arrêté SG/DAGR/BCSR du 1er juin 2017 fixant les tarifs des courses de taxi pour l'année 2017 (6 pages) Page 105

ARS

971-2017-06-02-004

Arrêté ARS POS GDR du 02 juin 2017 fixant le plan
pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficience du
système de soins

ARRETE ARS/POS/GDR/2017 n°
FIXANT LE PLAN PLURIANNUEL REGIONAL DE GESTION DU RISQUE ET
D'EFFICIENCE DU SYSTEME DE SOINS

Le Directeur Général de l'Agence de santé
de Guadeloupe Saint-Martin et Saint-Barthélemy

Vu le code de la santé publique et notamment les articles L. 1431-2, L. 1434-14 et suivants et R.1434-9 et suivants,

Vu le code de la sécurité sociale et notamment l'article L. 182-2-1-1,

Vu la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie,

Vu le décret du 12 juillet 2013 portant nomination de M. Patrice RICHARD en qualité de directeur général de l'agence de santé de Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy,

Vu le décret n°2016-1025 du 26 juillet 2016 relatif à la coordination des actions des agences régionales de santé et des organismes d'Assurance Maladie,

Considérant l'avis favorable de la commission régionale de coordination des actions de l'agence régionale de santé et de l'assurance maladie en formation plénière émis en date du 21 avril 2017.

Considérant L'article R. 1434-19 du code de la santé publique modifié par le décret n°2016-1025 du 26 juillet 2016 qui prévoit : « le directeur général de l'agence régionale de santé prépare ; arrête après avis de la commission mentionnée à l'article R. 1434-13, met en œuvre et évalue le plan pluriannuel de gestion du risque et d'efficience du système de soins prévu à l'article L.182-2-1-1 du code de la sécurité sociale ».

Article 1^{er} – Le plan pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficience du système de soins de Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy pour la période 2016-2019, est arrêté tel que figurant en annexe du présent acte.

Article 2 – Le plan pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficience du système de soins fait l'objet chaque année d'une révision par avenants préparés, soumis à l'avis de la commission régionale de coordination des actions de l'agence régionale de santé et de l'assurance maladie et arrêtés dans les mêmes conditions que le plan.

Article 3 – Le présent arrêté peut être contesté dans un délai de deux mois, à compter de sa publication au recueil des actes administratifs, par voie de recours administratif (gracieux ou hiérarchique) ou par voie de recours contentieux devant le Tribunal Administratif compétent.

Article 4 – Le Directeur général de l'Agence de Santé de Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région Guadeloupe.

Fait-à Gourbeyre, le **02 JUIN 2017**

/ Le Directeur Général,



Dr. Florelle BRADAMANTIS

Directrice du Pôle Santé Publique
Adjointe au Directeur Général



Plan d'action pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins 2016-2019

Région Guadeloupe
Saint-Martin et
Saint-Barthelemy

Version 7 a reçu l'avis favorable de l'IRAPS le du 30/08/2016
Version 8 a été validée en Commission Régionale de Coordination des Action de l'ARS et de l'AM le
08/09/2016

PLAN

Préambule

- I. Diagnostic régional, champs et actes retenus
- II. Ciblage des établissements et critères permettant de les identifier
- III. Actions et calendrier
- IV. Modalités de suivi et d'évaluation des actions
- V. Liste des acronymes

Préambule

L'amélioration de la pertinence des soins a pour objectifs l'accroissement de la qualité et de la sécurité des soins ainsi qu'une meilleure efficacité des dépenses de santé. Un soin est qualifié de pertinent lorsqu'il est dispensé en adéquation avec les besoins du patient, conformément aux données actuelles de la science, aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et des sociétés savantes, nationales ou internationales. Ainsi, la pertinence des soins, « C'est l'acte le plus adapté et le plus efficace » (Académie de Médecine, avril 2013).

La pertinence des soins est une notion évolutive car un soin pertinent hier peut ne plus l'être aujourd'hui du fait de l'évolution des connaissances, des techniques et de l'organisation des soins.

Que recouvre la pertinence des soins ?

- ☞ La pertinence des prescriptions : médicamenteuse, examens de biologie...
- ☞ La pertinence des actes : prise en charge médicale, chirurgicale...
- ☞ La pertinence des prestations : modalités d'hospitalisation, parcours de soins...

Objectifs et enjeux de la démarche

Depuis plusieurs années, l'amélioration de la qualité des soins est recherchée au travers de nombreuses initiatives: élaboration de référentiels de bonnes pratiques par les sociétés savantes de professionnels de santé, recommandations de bonnes pratiques et certification des établissements de santé par la Haute Autorité de Santé (HAS), actions de formation par le développement professionnel continu, évaluations de pratiques professionnelles par les professionnels eux-mêmes, travaux sur les inadéquations hospitalières.

Cette démarche de pertinence des soins doit donc permettre d'améliorer les pratiques professionnelles afin de développer la qualité des soins ainsi que d'améliorer l'efficacité de la prise en charge afin d'éviter des traitements inadéquats et donc des risques potentiels pour les patients et des dépenses inutiles pour la collectivité.

La démarche nationale

Elle s'inscrit pleinement dans les objectifs de la **Stratégie nationale de santé, et de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé**, au travers d'une médecine de parcours, d'une prééminence de la prévention et de l'affirmation du virage ambulatoire.

Les plans ONDAM ont développé depuis plusieurs années un volet pertinence des actes, notamment avec le développement de la chirurgie ambulatoire. Le nouveau plan ONDAM, dit plan triennal, 2015/2017, vise à une évolution structurelle du système de santé sur 3 ans, alliant qualité des soins et maîtrise des dépenses de santé, il se déploie en 12 blocs opérationnels, dont 4 communs ARS/Assurance maladie :

- Le virage ambulatoire et l'impact capacitaire ;
- Les transports prescrits par les établissements de santé,
- Les médicaments prescrits par les établissements de santé :
 - la liste en sus (LES),

- les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHMEV-LPP);

Le Décret n° 2015-1510 du 19 novembre 2015 relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé pérennise et renforce la démarche et l'étend à la pertinence des soins. Ce décret prévoit, notamment, l'élaboration d'un programme régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) d'ici septembre 2016 dont la durée est de 4 ans et la création d'une Instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS). Le décret prévoit, sur certains critères, la possibilité d'établir un contrat tripartite d'amélioration de la pertinence des soins (CAPS) entre l'ARS, l'Assurance Maladie et l'établissement avec une évaluation annuelle dont les résultats peuvent conduire les autorités à procéder envers l'établissement à une mise sous accord préalable ou à se prononcer sur une sanction pécuniaire.

Le PAPRAPS définit ainsi les différentes actions à mettre en œuvre au niveau de la région au regard de la situation régionale. Conformément au décret du 19 novembre 2015, il précise notamment, la méthodologie et les critères de ciblage.

Le PAPRAPS 2016-2019 fait suite à l'arrêté N°ARS/POS/GDR/N°2015-1158 du 23 décembre 2015, fixant le Plan d'Action Pluriannuel d'Amélioration de la Pertinence des Soins (PAPRAPS) pour 2015-2016 (Dérogation par application de l'article 3 du décret n°2015-1510 du 19.11.15).

L'Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins (IRAPS) a été consultée sur l'élaboration du présent Plan d'Action Pluriannuel d'Amélioration de la Pertinence des Soins en date du 30 août. La Commission Régionale de coordination des actions de l'agence régionale de santé et de l'assurance maladie conformément au décret N°2016-1025 du 26 juillet 2016 a donné un avis favorable sur le PAPRAPS en date du 08/09/2016.

I. Le diagnostic régional, les champs et actes retenus

La Commission régionale de la Gestion du risque, présidée par le Directeur Général de l'ARS de Guadeloupe, Saint-Martin, et Saint-Barthélemy, composée des directeurs représentatifs des organismes de la Sécurité Sociale a retenu pour le PAPRAPS les trois champs thématiques que sont la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions.

1. La pertinence des actes

- Eléments ayant permis de retenir ce champ

Le thème de la pertinence des actes ne représente pas en région Guadeloupe un enjeu économique et un levier puissant de maîtrise des dépenses de soins. Au regard des données PMSI 2012 et 2013, il existe même une part importante de sous recours statistiques aux soins qui ne s'explique pas par des données épidémiologiques de morbi-mortalité. L'effet sous-offre de soins (médecins spécialistes, équipements lourds, plateaux techniques) pourrait en être une des explications.

Les indices nationaux¹ pour les 5 thèmes du socle commun national (cholécystectomie, thyroïdectomie, chirurgie bariatrique, appendicectomie, chirurgie du syndrome du canal carpien) montrent un sous recours statistique aux soins. Une attention particulière doit être portée à ces situations où le recours est inférieur à la moyenne nationale.

En outre, certains taux élevés de recours bruts et standardisés² en région Guadeloupe comparés au niveau national ont permis à l'ARS et à l'assurance maladie d'identifier des actes présentant de fortes disparités et pour lesquels des actions, en lien avec les professionnels de santé, sont nécessaires.

- Les actes retenus

En 2015, les choix de l'ARS Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy et de l'assurance maladie, concernant les actes, ont porté sur :

¹ Indice nationaux = taux standardisés régionaux / taux standardisé nationaux.

² Taux de recours = nombre de séjour/1000 habitant. Standardisé par rapport à la structure d'âge de la population.

-L'endoscopie digestive

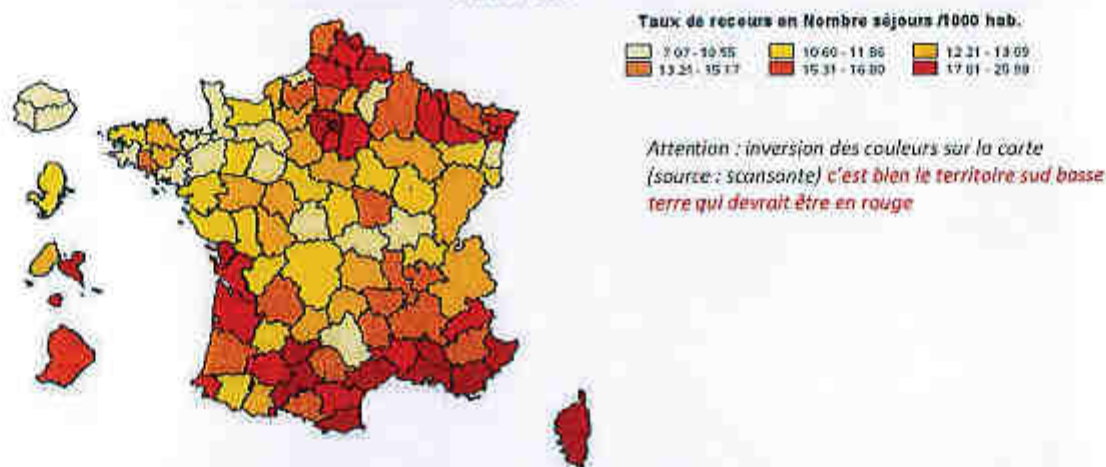
Le taux de recours régional n'était pas atypique par rapport au taux de recours national. Néanmoins, il a été observé pour les endoscopies digestives, avec ou sans anesthésie, une variabilité du taux de recours entre territoire de santé (indice national' de 0.95 pour la Guadeloupe, de 0.84 pour le territoire Centre et de 1.32 pour le territoire Sud Basse-Terre). En l'absence de référentiel HAS complet, une démarche a été menée pour l'analyse des éléments statistiques avec les gastro-entérologues de la région.

Taux de recours MCO par Territoire de santé - séjours 2014/pop. 2012 - Taux Standardisé

Indicateurs pertinences des soins : Endoscopie digestive diagnostique

Sélection par racine

Taux de recours national : 14,97
version v11f



*Evolution des taux de recours par Région de 2010 à 2014 : Taux standardisés, Indices nationaux (Tx stand. Reg. / Tx stand. Nat.) :

Territoire	Territoire de santé	Taux standardisés					Indices régionaux					Indices nationaux				
		2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014
015000001	TERRITOIRE CENTRE	14,09	14,30	14,18	14	12,63	0,93	0,91	0,92	0,89	1,01	1,01	0,97	0,94	0,84	
015000002	TERRITOIRE SUD BASSE-TERRE	19	20,43	18,82	18,03	10,7	1,26	1,3	1,26	1,37	1,43	1,28	1,26	1,32		
025000001	MARTINIQUE	8,81	9,34	9,95	11,51	10,88	1	1	1	1	1	0,7	0,65	0,63	0,71	0,71
035000001	GUYANE	12,35	14,14	17,22	17,37	16,15	0,99	0,89	0,90	0,92	0,99	0,89	0,99	1,17	1,17	1,08
045000001	RÉUNION NORD-EST	7,47	8,17	8,01	9,15	9,8	1,12	1,09	1,09	1,1	1,11	0,54	0,57	0,53	0,62	0,55
045000002	RÉUNION OUEST	4,66	5,56	6,36	6	7,07	0,7	0,67	0,67	0,72	0,8	0,34	0,46	0,43	0,41	0,47
045000003	RÉUNION SUD	7,15	7,43	7,32	8,09	9,00	1,07	0,99	0,99	1,08	1,03	0,51	0,52	0,5	0,61	0,61
945000001	CORSE	11,09	21,75	21,08	22,7	23,59	1	1	1	1	1	1,52	1,32	1,46	1,53	1,58
FRANCE	(y compris code géographique France non précisé)	13,92	14,3	14,07	14,81	14,57						1	1	1	1	1

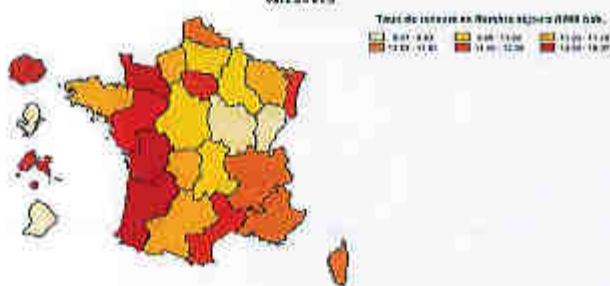
On constate un sous recours concernant les îles du nord, non représentées ici.

Pour cette année et les années suivantes, il conviendra d'étudier l'opportunité de retenir d'autres actes comme :

- La cataracte

En raison d'un taux de recours très élevé par rapport aux autres régions de France et près du double des autres DOM. Une progression constante depuis 2010.

Taux de recours MCO par Région - séjours 2014/pop. 2012 - Taux Standardisé
Indicateurs pertinences des soins : Cataracte
Sélection par rasme
Taux de recours national : 11,63
version v11f



Taux de recours MCO par Territoire de santé - séjours 2014/pop. 2012 - Taux Standardisé
Indicateurs pertinences des soins : Cataracte
Sélection par rasme
Taux de recours national : 11,60
version v11f



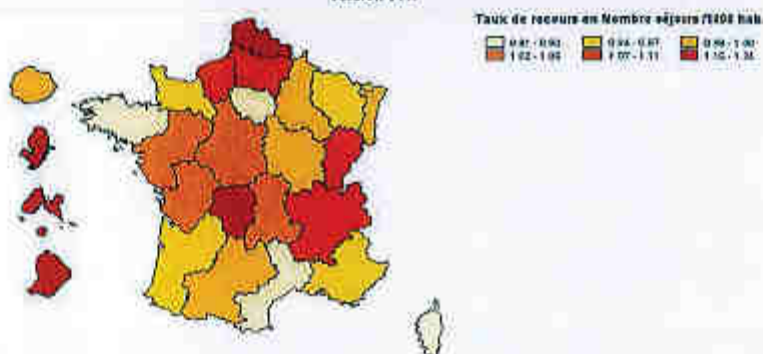
Evolution des taux de recours par région de 2010 à 2014 : Taux standardisés, Indices nationaux (Tx stand. Reg. / Tx stand. Nat.) :

Code région	Région	Taux standardisés					Indices nationaux				
		2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014
1	GUADELOUPE	16	10,21	18,27	19,14	18,37	1,55	1,50	1,65	1,7	1,50
2	MARTINIQUE	10,10	3,75	5,33	5,19	8,47	0,99	0,32	0,36	0,32	0,73
3	GUYANE	7,21	7,69	5,14	3,04	3,17	0,7	0,74	0,74	0,8	0,70
4	RÉUNION	10,06	11,67	13,07	12,97	13,51	0,98	1,11	1,16	1,16	1,16
94	CORSE	10,1	11	10,88	10,95	11,7	1,05	1,03	0,98	0,91	1,01
FRANCE	(y compris code géographique France non précisée)	10,1	10,58	11,07	11,28	11,6	1	1	1	1	1

-L'hystérectomie

Avec un taux de recours à 1,25 en 2014, la Guadeloupe présente un taux standardisé élevé par rapport à la moyenne nationale (0,99), même si elle reste en-deçà du taux constaté en Martinique (1,27) et en Guyane (1,34).

Taux de recours MCO par Région - séjours 2014/pop. 2012 - Taux Standardisé
Indicateurs pertinences des soins : Hystérectomie
Sélection par rasme
Taux de recours national : 0,99
version v11f

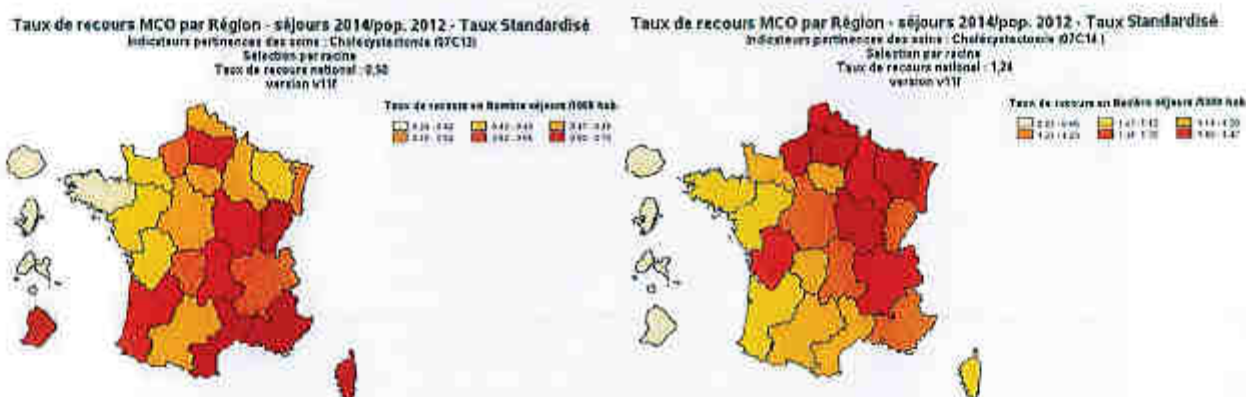


Evolution des taux de recours par région de 2010 à 2014 : Taux standardisés, Indices nationaux (Tx stand. Reg. / Tx stand. Nat.) :

Code région	Région	Taux standardisés					Indices nationaux				
		2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014
1	GUADELOUPE	1,01	1,4	1,57	1,5	1,25	1,4	1,32	1,51	1,5	1,27
2	MARTINIQUE	1,5	1,38	1,5	1,52	1,27	1,39	1,29	1,48	1,52	1,29
3	GUYANE	1,22	1,61	1,16	1,10	1,34	1,13	1,63	1,13	1,10	1,35
4	RÉUNION	0,99	1,01	0,97	0,99	1	0,92	0,98	0,94	0,95	1,01
94	CORSE	0,92	0,77	0,73	0,82	0,81	0,80	0,72	0,76	0,82	0,82
FRANCE	(y compris code géographique France non précisée)	1,01	1,01	1,01	1	0,99	1	1	1	1	1

-La cholécystectomie

On constate en région Guadeloupe un sous-recours statistique à la cholécystectomie :



En outre, des atypies ont été constatées pour un établissement de la région

Exemple du profil réalisé par l'assurance maladie que reçoit l'établissement

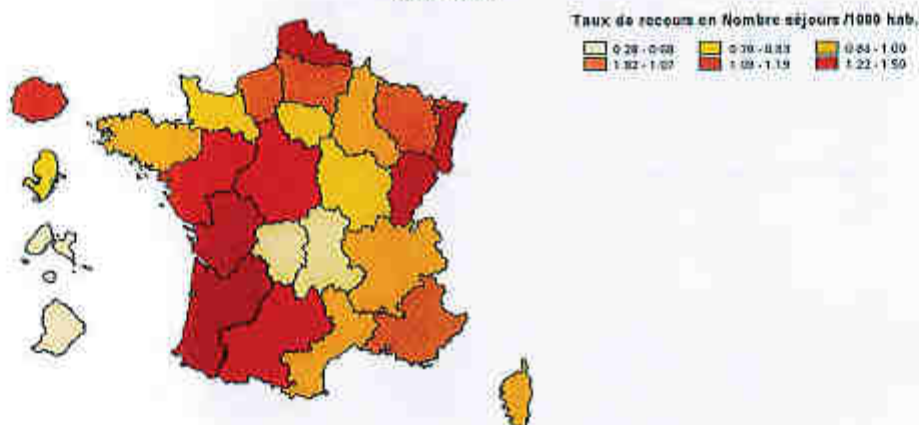
	Moyenne Nationale	Moyenne OQN	Votre Structure	
Nombre de séjours	137,7	111,5	122	
Evolution du nombre de cholécystectomies sur 3 ans	6,6%	1,8%	10,3%	
Evolution du nombre de cholécystectomies hors infection aiguë par rapport aux cholécystectomies avec infection aiguë sur 3 ans	1,3%	3,2%	21,6%	
Part des cholécystectomies dans l'activité de chirurgie digestive	13,0%	24,1%	78,9%	
Part des cholécystectomies hors aigue sans exploration de la VBP de niveau de sévérité 1 par rapport à tous les niveaux de sévérité	73,7%	78,9%	75,4%	
Part des sujets âgés de moins de 75 ans	88,8%	89,8%	95,2%	
Part des patients opérés d'une cholécystectomie ayant eu dans les 6 mois précédents une échographie abdominale	76,8%	86,2%	69,2%	

L'amygdalectomie

Des atypies ont été constatées pour un établissement de la région. En 2014, le taux de recours régional concernant la Guadeloupe est largement inférieur au taux de recours national (0,5 contre 1,01).

Taux de recours MCO par Région - séjours 2014/pop. 2012 - Taux Standardisé

Indicateurs pertinences des soins : Amygdalectomie
Sélection par geste
Taux de recours national : 1,01
version v11f



Evolution des taux de recours par région de 2010 à 2014 : Taux standardisés, Indices nationaux (Tx stand. Reg. / Tx stand. Nat.) :

Code région	Région	Taux standardisés					Indices nationaux				
		2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014
1	GUADELOUPE	0,6	0,75	0,53	0,54	0,5	0,57	0,65	0,49	0,53	0,48
2	MARTINIQUE	1	1,26	0,94	0,91	0,7	0,94	1,1	0,86	0,9	0,69
3	GUYANE	0,44	0,34	0,32	0,28	0,29	0,43	0,3	0,29	0,28	0,28
4	REUNION	1,12	1,44	1,38	1,3	1,19	1,66	1,25	1,27	1,29	1,18
94	CORSE	1,11	1,14	1,22	0,99	0,88	1,08	0,99	1,11	0,98	0,85
FRANCE	(y compris code géographique France non précisée)	1,01	1,16	1,09	1	1,01	1	1	1	1	

En outre, des atypies ont été constatées pour quelques établissements.

Exemple du profil réalisé par l'assurance maladie que reçoit l'établissement

	Moyenne Nationale	Moyenne OQN	Votre Structure	
Nb séjours	104,0	108,4	47	
Evolution du nombre d'amygdalectomies chez le patient de moins de 18 ans sur les 3 dernières années	2,3%	-1,8%	6,2%	
Part des enfants âgés de moins de 6 ans par rapport aux enfants et adolescents de moins de 18 ans, opérés pour amygdalectomie	65,5%	65,2%	72,2%	
Part des enfants de - de 6 ans opérés d'une amygdalectomie pour trouble obstructif par rapport aux enfants de - de 6 ans opérés d'une amygdalectomie	81,3%	81,0%	55,3%	
Part des patients âgés de - de 18 ans ayant été traités par ATB dans les 3 années précédentes parmi les patients âgés de - de 18 ans opérés d'une amygdalectomie	84,8%	81,5%	74,5%	
Part des patients ayant eu au moins une consultation médicale dans l'année précédente parmi les patients âgés de - de 18 ans opérés d'une amygdalectomie	94,9%	94,3%	83,0%	

2. Les prestations

Eléments ayant permis de retenir ce champ

Les actions de pertinence sur les prestations participent au développement du virage ambulatoire qui constitue un axe fort de la stratégie nationale de santé et un bloc à part entière du plan d'économie ONDAM.

Les objectifs du virage ambulatoire sont multiples, notamment :

- ✓ Recentrer l'hôpital sur les soins, au bénéfice du patient, et non plus sur l'hébergement,
- ✓ Dans une logique de transfert vers des prises en charge ambulatoires :
 - Hors les murs de l'hôpital vers les professionnels de ville.
 - « Extra muros » :
 - Au bénéfice des structures de dialyse hors centre pour l'IRCT.
 - Au bénéfice de l'HAD
 - « Intra-muros » :
 - Au bénéfice des HDJ de médecine, de SSR, de psychiatrie,
 - Au bénéfice des UCA pour la chirurgie,

Ces objectifs permettent de :

- ✓ Substituer de l'ambulatoire à des prises en charge en hospitalisation complète à condition que l'alternative proposée assure une qualité de prise en charge équivalente et un retour à domicile en toute sécurité.
- ✓ Réduire les durées moyennes de séjour (DMS).
- ✓ Fluidifier les parcours des patients et éviter toute rupture liée à l'hospitalisation.

-Les soins de suite et de réadaptation (SSR)

Le choix de privilégier le thème du recours au SSR s'inscrit dans les objectifs de l'article 58 de la loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2015 de favoriser le renforcement du virage ambulatoire ainsi que des prises en charges extrahospitalières. Il s'agit de sélectionner les établissements qui ont un taux élevé de transfert/mutation vers le SSR sur les gestes ciblés. Une articulation avec la démarche PRADO doit être recherchée. Le programme PRADO orthopédie est actuellement en déploiement sur l'ensemble du territoire sur les 23 gestes de chirurgie pour lesquels la rééducation ne nécessite pas de manière générale de recourir à une hospitalisation en SSR (recommandations de la HAS de 2006 complétées en 2008).

-La Chirurgie ambulatoire

En ce qui concerne la Chirurgie Ambulatoire (taux mesuré selon le nouveau périmètre DGOS), l'objectif est d'atteindre au niveau national un taux global de CA de 66,6 % à l'horizon 2020, soit 54,4 % à l'horizon 2016. Globalement, le taux de chirurgie ambulatoire réalisé en Guadeloupe et à Saint-Martin est de 51,9%, contre 51,2% en 2013 et 51,5% en 2014.

En 2015, la Guadeloupe s'inscrit à la moyenne nationale, ce qui représente un recul relatif puisque le taux global régional a toujours été supérieur au taux national, qu'il dépassait largement il y a 5 ans. Le taux global continue donc d'augmenter, mais moins vite que celui des régions les plus performantes, et nettement moins vite que le taux global national. Ainsi, jusqu'alors régulièrement classée dans les cinq premières régions les plus performantes, la Guadeloupe n'a pointé qu'au 7^{ème} rang national en 2015.

Ce taux moyen cache en outre une réalité très disparate puisque les taux globaux des établissements ont traduit en 2015 des écarts importants et des tendances parfois opposées.

L'accompagnement engagé depuis un an avec un expert national, le Pr BEAUSSIER, a permis de constater des progrès pour le CH de Basse Terre et le CH de St martin mais un recul du CHU qui devrait enfin pouvoir être corrigé avec l'ouverture attendue de l'unité de chirurgie ambulatoire en septembre 2016.

- **Les prestations retenus**

- Les soins de suite et de réadaptation (SSR)**

La MSAP SSR concerne les prestations d'hospitalisation pour les soins de suite et de réadaptation liés à des actes chirurgicaux et orthopédiques ne nécessitant pas de façon générale, selon les recommandations de la HAS, de recourir à une hospitalisation, pour un patient qui justifie des soins de masso-kinésithérapie.

Les gestes de chirurgie orthopédique visés sont :

- ✓ Arthroplastie du genou par prothèse totale de genou (PTG) en 1ère intention (recommandation HAS de 2008),
- ✓ Chirurgie réparatrice des ruptures de coiffe de l'épaule (recommandation HAS de 2008),
- ✓ Ligamentoplastie du ligament croisé antérieur (LCA) du genou (recommandation HAS de 2008),
- ✓ Arthroplastie de hanche par prothèse totale de hanche (PTH) en 1ère intention hors fracture du col du fémur (recommandation HAS de 2006),
- ✓ Ostéosynthèse d'une fracture trochantérienne du fémur (Osteo-fémur) (recommandation HAS de 2006),
- ✓ Arthroplastie de hanche par prothèse totale de hanche suite à une fracture du col du fémur (hanche/fracture) (recommandation de 2006).

Ils ont été choisis en fonction :

- ✓ des recommandations existantes portant sur les critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en SSR pour certains actes (recommandations de la HAS du 29 mars 2006 et publications de 2008 relatives aux critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en SSR),
- ✓ du taux de recours élevé, au niveau national, à une prise en charge en SSR pour ces mêmes actes.

- la chirurgie ambulatoire (CA)**

Les gestes retenus concernent 55 gestes marqueurs (**liste en annexe**). A partir d'une méthode de ciblage des gestes éligibles et une analyse du niveau d'investissement des structures en faveur du développement de la chirurgie ambulatoire certains établissements pourraient se voir proposer un Contrat d'amélioration de la pertinence des actes ou une mise sous accord préalable.

3. Les prescriptions

- **Eléments ayant permis de retenir ce champ**

Dans un contexte de maîtrise médicalisée avec un ONDAM contraint à +1,75 % pour 2016 et 2017, l'optimisation de l'efficacité des prescriptions paraît incontournable. Sur ce champ, deux priorités sont partagées entre l'ARS et l'Assurance Maladie et sont donc proposées dans le cadre du PAPRAPS régional : les prescriptions de produits de santé et les prescriptions de transports.

- Concernant les produits de santé**

L'enjeu financier est majeur puisque ce poste représente en 2014 18,5 % des dépenses de santé en Guadeloupe, pour un montant de 219,4 M €³. La part des prescriptions hospitalières publiques dans ces dépenses représente 23,7 % (hors rétrocession)⁴, ce qui est significatif.

³ Source : Médiam - Statistiques des dépenses par caisse/Décembre 2014

⁴ Source : CNAMTS - Données CAQDS PHMEV-LPP 2014, avec Hépatite C

En ce qui concerne les prescriptions hospitalières exécutées en ville, on constate que l'évolution des dépenses est relativement maîtrisée en région Guadeloupe, avec un taux d'évolution de 4,6 % en 2015⁵, inférieur au taux d'évolution national (+5,9 %), mais supérieur au taux prévisionnel d'évolution mentionné à l'article R.162-43 du code de la sécurité sociale (3,2 % pour l'année 2015. Au-delà de la politique de maîtrise mise en place au plan national par la politique de fixation des prix du médicament, il convient également d'agir sur le levier de la pertinence des prescriptions.

Au niveau de la région Guadeloupe, s'agissant des médicaments et des dispositifs médicaux, des thèmes plus spécifiques concernent les « biosimilaires », les compléments nutritionnels oraux (CNO) et l'oxygénothérapie et la iatrogénie médicamenteuse. Il s'agit d'améliorer la pertinence de la prescription et l'optimisation du rapport efficacité-prix-efficience en incitant les établissements à maîtriser le recours à certains médicaments de spécialité, prescrire dans le répertoire des génériques de façon opportune et assurer un meilleur suivi de la PHEV grâce au numéro RPPS.

L'évolution des dépenses des médicaments en sus dépenses est aussi supérieur par rapport aux cibles attendues notamment les médicaments de cancérologie, la gastroentérologie et la rhumatologie. L'accent porte sur la pertinence des indications des prescriptions des médicaments et l'articulation avec l'amélioration du service médical rendu. Une attention particulière est à porter sur la pertinence de l'utilisation des dispositifs médicaux en cardiologie et en orthopédie (genou et hanche

Ces actions devront s'inscrire en cohérence avec les orientations en matière de virage ambulatoire et de pertinence des actes lorsque ceux-ci ont un impact, en aval du choix, sur la prescription médicamenteuse ou la pose d'un dispositif médical, implantable ou non (exemple : stents coronaires, stimulateurs cardiaques, ...).

• Concernant les transports

Les dépenses ont représenté 39,4 M € en Guadeloupe en 2015. Ce poste connaît des évolutions positives depuis plusieurs années, en France et dans la région (+11,9 % en 2012, +10,6 % en 2013, +6,8 % en 2014 et +2,9 % en 2015, soit des taux d'évolution systématiquement supérieurs à l'ONDAM, mais en constante diminution)⁶.

Les prescriptions de transports sont principalement le fait des établissements de santé, qui étalent en 2014 à l'origine de 67,2 % de la dépense en Guadeloupe (périmètre : Régime général, y compris SLM)⁷, justifiant une action spécifique sur cette thématique vers les prescripteurs hospitaliers. A noter toutefois que depuis 2015, il conviendrait d'évaluer si un basculement des prescriptions des établissements vers les libéraux a eu lieu, puisque la part des prescriptions hospitalière est passée à 61,8 %⁸.

Les enjeux en matière de prescriptions de transports sont avant tout économiques et se fondent sur la promotion de la prescription du mode de transport adapté à l'état du patient, conformément à la réglementation. Les écarts de coûts entre un transport assis personnalisé et un transport en ambulance sont en effet très importants et il convient de réserver les prises en charge les plus coûteuses aux situations médicalement justifiées. Le transport des patients dialysés doit tout particulièrement être évalué.

• Les prescriptions retenues

⁵ Source : CNAMTS - Données CAQDS PHMEV-LPP 2015 (hors rétrocession, hors Hépatite C)

⁶ Source : CNAMTS - Données CAQDS Transports 2012, 2013, 2014 et 2015

⁷ Source : CNAMTS - Médi@m/Maîtrise Médicalisée/Résultats par organisme/Décembre 2014

⁸ Source : CNAMTS - Médi@m/Maîtrise Médicalisée/Résultats par organisme/Décembre 2015

-Les produits de santé

Elles concernent exclusivement les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHMEV-LPP).
Ont été ciblées au regard des enjeux financiers et des priorités d'actions, les prescriptions concernant :

- Les « biosimilaires » notamment en oncologie

Un médicament biosimilaire est un médicament biologique (fabriqué à partir de sources biologiques) similaire à un médicament biologique de référence, déjà autorisé en Europe et dont le brevet peut être copié. Il est de même composition qualitative et quantitative en substance active et de même forme pharmaceutique qu'un médicament biologique de référence, mais qui ne remplit pas les conditions pour être regardé comme une spécialité générique en raison de différences liées notamment à la variabilité de la matière première ou aux procédés de fabrication (art. L.5121-1, 15° du CSP). L'autorisation de mise sur le marché (AMM) d'un médicament biosimilaire est délivrée sur la base de la démonstration d'une équivalence de résultats thérapeutiques, et non pas uniquement sur la base de la bioéquivalence comme pour les génériques chimiques⁹.

Des marges d'amélioration importantes sont relevées sur la montée en charge de l'utilisation des biosimilaires en Guadeloupe, notamment en ce qui concerne :

- les EPO :
- les facteurs de croissance de la lignée blanche utilisés en oncologie
- les insulines glargine
- les anti TNF

- La LPP

Depuis 2014, on constate au niveau national une augmentation importante des postes Perfusions systèmes passifs et Perfusions systèmes actifs dans les établissements publics, avec un taux d'évolution relativement important dans les CHR (+11%) et les CH (+9%). En Guadeloupe, cette augmentation est encore plus significative puisqu'elle représente 221,3% en 2014 et 34,7% en 2015. En atteignant 1,77 M € en 2015, les perfusions sont devenues le 2^{ème} poste de dépense LPP dans les établissements publics³. En 2015, deux autres postes présentent également une part et une augmentation importante dans les établissements publics :

- ✓ La nutrition orale : une dépense de 1,04 M € (4^{ème} poste) et présentant une augmentation de 27,2%³;
- ✓ L'oxygénothérapie, avec une dépense de 0,79 M € (5^{ème} poste) et présentant une augmentation de 14,7 %³.

- La prévention de la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées

Les problèmes associés aux médicaments peuvent être de trois ordres : des prescriptions sous-optimales (excès ou insuffisance de prescription, une prescription inappropriée), des problèmes d'observance, et des phénomènes de iatrogénie, soit « toute réaction nocive et non recherchée à un médicament survenant à des doses utilisées chez l'homme à des fins de prophylaxie, de diagnostic et de traitement » (OMS 1969). Chez la personne âgée, le risque d'accident iatrogène est renforcé, voire provoqué, par une série de facteurs, comme l'existence d'une polymédication liée à la présence de plusieurs pathologies, une modification de la pharmacologie avec l'âge, la dénutrition, des épisodes d'hospitalisation, etc.

La HAS a ainsi mené deux programmes autour de cette question de santé publique. Le premier (2006-2013) s'est attaché à définir les étapes et bonnes pratiques de prescription et prévention de la iatrogénie

⁹ Source : [vidal.fr / infos pratiques](http://vidal.fr/infos/pratiques)

en amont de la prescription, et à proposer une démarche de révision des traitements, de repérage et maîtrise de la iatrogénie en aval. Le deuxième (2010) porte sur la prescription des psychotropes chez le sujet âgé, avec 2 objectifs : la réduction de la prescription de psychotropes chez le sujet âgé et l'amélioration de la prise en charge des situations cliniques à l'origine de ces prescriptions.

An niveau national, les accidents iatrogéniques des sujets âgés restent plus fréquents, plus graves, plus coûteux et plus évitables que ceux des sujets plus jeunes :

- ✓ 10 à 20 % des admissions en urgence, contre 6,5 % dans la population générale sont en tout ou partie liées à un évènement indésirable lié aux médicaments (EIM) chez le sujet âgé.
- ✓ Or, les accidents iatrogéniques des sujets âgés seraient évitables dans 27,6 % des cas en ambulatoire et 50 % en EHPAD. Ces pourcentages augmentent à 42,2% et 72% si on ne considère que les accidents sévères.

Les conséquences en termes d'hospitalisation sont loin d'être négligeables (étude CNAMTS à partir du PMSI MCO 2011) :

- ✓ 115 135 personnes âgées de 65 ans et plus sont hospitalisées pour iatrogénie soit 3,4% des hospitalisations.
- ✓ Nombre de décès à l'hôpital : 7 457/an dont environ la moitié due à la classe des anticoagulants.
- ✓ Coût total de tous les GHS repérés pour la iatrogénie : 526,7 M€ dont 75% concerne les 75 ans et plus.

Trois groupes de médicaments sont principalement impliqués dans la iatrogénie, en particulier :

- ✓ les prescriptions de benzodiazépines à demi-vie longues ;
- ✓ les coprescriptions de plus de 4 antihypertenseurs ;
- ✓ les médicaments anti-inflammatoires.

-Les transports.

L'optimisation des dépenses de transport se concrétise par des actions sur :

- ✓ La pertinence de la prescription médicale de transport,
- ✓ La contractualisation avec les établissements de santé,
- ✓ L'organisation de la commande et la régulation des transports,
- ✓ L'organisation de l'offre des transporteurs privés.

II. Ciblage des établissements et critères permettant de les identifier

Le ciblage des établissements justifiant un CAPS ou une MSAP repose sur les constats précisés dans l'article L.162-1-17 du Code de Sécurité Sociale :

- Un écart significatif entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable ;
- Une proportion élevée d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de Santé.

Champ de la pertinence	Modalités de ciblage et critères
1. LES ACTES	
Endoscopie digestive	<ul style="list-style-type: none"> - Taux d'endoscopie thérapeutique sur total des endoscopies (écart à la tendance nationale 30%) - Actes en doublon réalisés le même jour [exceptionnels] - Fréquence des endoscopies digestives basses chez un même patient - Suivi des recommandations HAS sur le post-tumeur
Hystérectomie	A définir en fonction des résultats statistiques.
	<p>Les indicateurs ont été élaborés sur la base des recommandations de la HAS (Points clés et solutions / Pertinence des soins : quand faut-il faire une cholécystectomie ? HAS, janvier 2013) et des constats épidémiologiques. Après avoir été testés statistiquement, ils ont été choisis et pondérés en lien avec la Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive.</p> <p>Le pré-ciblage est réalisé au niveau national. Il s'agit d'identifier les établissements les plus atypiques en s'appuyant sur les différents indicateurs sélectionnés. Seuls les établissements ayant un minimum d'activité (au moins 30 actes) sont concernés.</p>
Cholécystectomie	<p>La méthode retenue pour effectuer le ciblage est "la méthode des quartiles". Pour chaque indicateur sélectionné, les établissements sont triés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les 25% d'établissements les - élevés (1ier quartile) ont une note de 1 - les 25% d'établissements suivants (2nd quartile) ont une note de 2, - les 25% d'établissements suivants (3ième quartile) ont une note de 3, - les 25% d'établissements les + élevés (4ième quartile) ont une note de 4 <p>L'ensemble des notes est pondéré afin de calculer un score moyen. C'est sur ce score moyen que se fait le ciblage en ciblant, au niveau national, les 10% d'établissements ayant les notes les plus importantes.</p> <p>Le ciblage doit être confirmé au niveau régional par l'Assurance Maladie et l'ARS selon la connaissance de l'établissement, de son environnement et des autres actions récentes ou en cours.</p>

Champ de la pertinence	Modalités de ciblage et critères
Amygdalectomie	<p>Les indicateurs ont été élaborés sur la base du référentiel de bonne pratique (élaboré par la CNAMTS en lien avec la Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie) validé par la HAS, établi sur la base de la note de problématique de la HAS de décembre 2012. Après avoir été testés statistiquement, ils ont été choisis en lien avec la SFORL.</p> <p>Le pré-ciblage est réalisé au niveau national. Il s'agit d'identifier les établissements les plus atypiques en s'appuyant sur les différents indicateurs sélectionnés. Seuls les établissements ayant un minimum d'activité (ici au moins 30 actes) sont concernés.</p> <p>La méthode retenue pour effectuer le ciblage est "la méthode des seuils".</p> <p>Pour chaque indicateur sélectionné, les établissements sont triés. Les établissements étant dans les 10% les plus atypiques au niveau national auront un top à 1, sinon à 0.</p> <p>La somme des tops permet de catégoriser les établissements de la manière suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si la somme est égale à 0, l'établissement est dans la catégorie "A", - Si la somme est égale à 1, l'établissement est dans la catégorie "B", - Si la somme est supérieure à 1, l'établissement est dans la catégorie "C". <p>Le ciblage doit être confirmé au niveau régional par l'Assurance Maladie et l'ARS selon la connaissance de l'établissement, de son environnement et des autres actions récentes ou en cours.</p>
2. LES PRESTATIONS	
	<p>Ciblage effectué à partir de la liste des 55 gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire validée par les sociétés savantes et/ou Conseils Nationaux Professionnels (cf. en annexe 1).</p> <p><u>Précisions :</u></p> <p>La MSAP concerne les prestations d'hospitalisation liés à des actes chirurgicaux et interventionnels ne nécessitant pas de façon générale et pour un patient standard de recourir à une hospitalisation complète mais à une prise en charge en chirurgie ambulatoire.</p> <p>Le ciblage retient les établissements pour lesquels le taux de CA est en écart par rapport aux moyennes régionales et/ou nationales. Le taux de CA est calculé pour chacun des gestes marqueurs.</p> <p>En 2016, les critères de sélection des établissements vont porter sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le faible pourcentage de chirurgie ambulatoire réalisé sur cet acte comparé aux autres établissements de la Guadeloupe et des deux collectivités, - le volume suffisant pour ce geste, - la transférabilité suffisante pour ce geste.
Chirurgie ambulatoire	
SSR	<p>Sur les 6 gestes marqueurs par rapport au niveau de recours en SSR, le ciblage des établissements se fait en fonction :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de l'évolution en constante augmentation du taux de passage en SSR - de la proportion élevée par rapport aux établissements de la région pour un même type d'acte.

Champ de la pertinence	Modalités de ciblage et critères
3. PRESCRIPTIONS	
Produits de santé (PHMEV)	<p>Les établissements sont ciblés en fonction :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de leur taux d'évolution des prescriptions (supérieur au taux prévisionnel d'évolution des dépenses mentionné au I de l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale fixé par arrêté interministériel) - du taux prévisionnel de prescription des médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques (supérieur au taux prévisionnel de prescription des médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques prévu au II de l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale fixé par arrêté interministériel) <p>Afin d'analyser les évolutions réelles de prescriptions, sont pris en compte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la file active (évolution du nombre de séjours à partir des données du PMSI), - les éléments contextuels et structurels des établissements, les évolutions des prix des médicaments, la commercialisation de nouveaux médicaments et les sorties de réserve hospitalières.
Transports	<p>Les établissements sont ciblés en fonction :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de leur taux d'évolution des prescriptions (supérieur au taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transports résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville pour la période allant du 1er janvier au 31 décembre fixé par arrêté interministériel) - du montant de prescriptions de transports (supérieur au montant de dépenses de transports résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville fixé par arrêté interministériel) <p>Afin d'analyser les évolutions réelles de prescriptions, sont pris en compte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la file active (évolution du nombre de séjours à partir des données du PMSI), - les éléments contextuels et structurels des établissements.

III. Actions et calendrier

Afin d'améliorer la pertinence des soins, un ensemble d'actions sont présentées dans le tableau ci-joint et pourra faire l'objet d'une révision annuelle comme prévue par les textes. Elles s'inscrivent dans un objectif de mobilisation des acteurs au travers de différentes mesures tant incitatives que d'accompagnement, de contractualisation et de contrôle.

Type de mesures	Type d'actions	Calendrier	Actions selon le champ
Les mesures innovantes ou incitatives	Rencontre avec la profession	2015 2016/2017	<p>Actes <u>Endoscopie digestive</u> : Partage des données statistiques avec les gastroentérologues et échange sur les référentiels <u>Hystérectomie</u> : Etude statistique et rencontre avec les gynécologues pour partage statistiques et échanges sur les pratiques</p>
	Appel à projet avec soutien financier ou étude de faisabilité	2015/2016 2017/2018	<p>Prestations <u>Chirurgie ambulatoire</u> : Appels à projet : Lancement d'un appel en avril 2016 dans le cadre du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire 2015/2020. Trois projets présentés et deux retenus : deux pour la création d'un circuit court pour patients débout <u>Etude de faisabilité</u> : Projet de plateforme d'appui de premier recours pour les interventions en chirurgie ambulatoire en lien avec la plateforme d'appui territoriale</p>
Les mesures innovantes ou incitatives	Expérimentation	2017/2018	<p>Prescriptions <u>Transports</u> : Expérimentation afférente à la mise en place d'une plateforme de régulation des transports au sein d'un établissement (sur la base d'un cahier des charges élaboré par la CNAMTS) ou du GHT</p>
	Accord de méthode	2016	<p><u>Produits de santé</u> Signature d'accord(s) de méthode ayant pour objet de définir un cadre d'action commun entre les signataires (ARS/CGSS/Etablissement). Cette démarche vise la sensibilisation des responsables hospitaliers, la conduite d'une analyse partagée et l'engagement dans un programme conjoint d'actions. Le programme sera suivi sur la base d'indicateurs quantitatifs (montant/évolution des dépenses) et qualitatifs (génériques, biosimilaires, RPPS, prescription en DCI).</p>
	Feuille de route (ES suivi dans le cadre du plan triennal)	2015/2017	<p>Le plan triennal 2015/2017 a fait l'objet de présentations lors des dialogues de gestion des établissements de santé au cours de l'année 2015. Ses différents objectifs ont fait l'objet d'une déclinaison dans les feuilles de route stratégiques en 2015 et opérationnelles des établissements de santé en 2016, et comportent un volet pertinence des soins intégrant les questions relatives à la chirurgie ambulatoire, la pertinence des actes, des médicaments et des transports. La feuille de route, qui n'est pas de nature contractuelle, vise à détailler les objectifs de l'établissement et les jalons opérationnels de mise en œuvre du plan. Les engagements de l'établissement seront déclinés par ailleurs dans ses documents financiers et les contrats existants.</p>

Type de mesures	Type d'actions	Calendrier	Actions selon le champ
Les mesures d'accompagnement		2016	<p><u>Actes</u></p> <p><u>Cholecystectomie et amygdaléctomie</u></p> <p>Visite de sensibilisation des établissements ARS/AM auprès des équipes médicales et administratives.</p> <p>Présentation de la démarche, des résultats du positionnement de l'établissement et des indicateurs atypiques.</p> <p><u>Cataracte</u></p> <p>Etat des lieux, étude des données statistiques.</p>
		2016	<p><u>Prestations</u></p> <p><u>Chirurgie ambulatoire</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Animation du réseau des établissements autorisés en chirurgie ambulatoire par une équipe projet régionale ARS/DRSM/CGSS - Accompagnement des établissements et animation d'une équipe projet régionale par un expert de niveau national, le Professeur Marc BEAUSSIER (APHP) Organisation de journées régionales de la chirurgie ambulatoire. Objectif triple : échanges entre pairs, communication avec les représentants des patients et les URPS ML et IDEL, information du grand public et des professionnels de santé ; - Réunion de l'ORCA-GIN (Observatoire Régional de la Chirurgie Ambulatoire réunissant les binômes médico administratif acteurs de la chirurgie ambulatoire au sein de leur établissement, la DRSM et l'ARS
	Sensibilisation	2016/2017	<p><u>Prescriptions</u></p> <p><u>Produits de santé :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pilotage de l'OMEDIT dans ses missions de conseil auprès des établissements : développement des échanges de pratiques, actions de sensibilisation, information, amélioration des pratiques. - Visites PHMEV-LPP dans les établissements et présentation du profil de l'établissement (taux d'évolution des prescriptions, taux de prescription des médicaments inscrits au répertoire des groupes de génériques, ...) - Action d'accompagnement sur des thèmes régionaux (compléments nutritionnels oraux, oxygénothérapie) - Action d'accompagnement sur le développement des médicaments biologiques similaires des EPO en oncologie - Etat des lieux, étude des données statistiques sur les perfusions systèmes passifs et systèmes actifs
		Annuel	<p><u>Transport :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement par l'Assurance Maladie et l'ARS à partir de profils nationaux (données globales relatives aux prescriptions générées par l'établissement) et régionaux (suivi des objectifs qualitatifs). - Plan de communication régional - Inciter au développement des transports simultanés
		2016/2017	
		2016/2017	
		2016/2017	

Type de mesures	Type d'actions	Calendrier	Actions selon le champ
Les mesures de contractualisation	CPOM	Annuel	<p>Prestations Chirurgie ambulatoire Avenant à l'annexe « chirurgie ambulatoire » des CPOM en cours de formalisation pour tenir compte des cibles du nouveau périmètre. Communication aux établissements des nouvelles cibles de taux de chirurgie ambulatoire (nouveau périmètre) dans le cadre des dialogues de gestion.</p>
		Annuel	<p>Prescriptions Transports ES non signataires d'un CAQOS transport : mise en œuvre de la démarche ANAP (identification d'actions d'amélioration de l'organisation des transports dans les établissements de santé même si ces actions ne sont à ce jour pas intégrées dans le CPOM des établissements non signataires d'un CAQOS transport) L'annexe qualité fera l'objet d'un examen lors des revues annuelles de contrat au regard des actions menées en faveur de l'amélioration de la pertinence des soins pour des établissements identifiés</p>
	CAQES Volet CBUM (obligatoire)	Annuel	<p>Prescriptions Produits de santé Contrats de bon usage des médicaments : - Suivi par l'ARS, avec un appui des établissements par l'OMEDIT, sur le bon usage des prescriptions de médicaments ciblés et exploitation des données pour cibler les établissements dont les pratiques sont à optimiser. - Communication et implication des comités du médicament des CME des établissements. - Contrôle sur site des prescriptions, évaluation annuelle des CBU et élaboration de plans d'actions (avenants aux CBUM).</p>
		Annuel	<p>Actes et prestations Le décret n° 2015-1510 du 19 novembre 2015 relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé introduit dans l'article R.162-44-2 prévoit : « Le DGARS et le Directeur de l'organisme local d'assurance maladie concluent un contrat tripartite d'amélioration de la pertinence des soins avec chacun des établissements de santé identifiés en application du a du 4° du I de l'article R.162-44 ». Le contrat type ou volet type pertinence sera publié à la suite du décret CAQES et sera commun avec les autres volets (une partie socié et un volet type par thématique) : publication prévue avant fin 2016. Dans le cadre de la démarche de simplification et de l'intégration du contrat pertinence (CAPS) au sein du CAQES, la durée du contrat a été revue et sera à la main de l'ARS avec une durée maximale de 5 ans.</p>

<p>Les mesures de contractualisation</p>	<p>CAQES Volet CAQOS (additionnel)</p>	<p>Annuel</p>	<p><u>Produits de santé</u></p> <p>Les enjeux du dispositif des contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS) sur les prescriptions hospitalières de médicaments et LPP exécutées en ville (PHMEV-LPP) portent sur l'amélioration de la pertinence de la prescription, la promotion de la prescription de médicaments génériques et l'optimisation du rapport efficacité-prix. La LFSS pour 2015 a modifié son cadre en introduisant un nouveau critère de ciblage d'entrée dans le dispositif de contractualisation, fondé sur le volume de prescription dans le répertoire des groupes génériques. Cette mesure s'inscrit dans le cadre du plan national de promotion des médicaments génériques qui vise à faire progresser de 5 points sur la période 2015-2017 le taux de prescription dans le répertoire sur l'ensemble du champ soins de ville.</p> <p>Par conséquent, un nouvel objectif de la contractualisation a été introduit par la loi, ce qui porte désormais à 3 le nombre d'objectifs du CAQOS, en fonction des constats de manquements réalisés au sein de l'établissement de santé concerné :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de médicaments et de produits de prestations prescrites en établissements mais exécutées sur l'enveloppe soins de ville ; - un objectif de progression du volume de prescription de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques ; - un objectif d'amélioration des pratiques hospitalières. <p><u>Transports</u></p> <p>Dans le cadre du dispositif des contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS) sur les prescriptions de transports, l'ARS et l'Assurance Maladie se sont engagées à accompagner les établissements signataires d'un tel contrat afin de les aider :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à respecter l'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses fixé chaque année ; - à relayer auprès des médecins prescripteurs exerçant au sein de l'établissement et des services concernés par les prescriptions de transports, les actions de sensibilisation et d'information ; - à faire mentionner systématiquement par les médecins prescripteurs leur numéro RPPS sur le formulaire de prescription et le numéro FINESS actualisé de l'établissement ; - à améliorer son organisation interne pour rendre plus efficient le transport de malades et proposer aux patients le mode de transport le moins onéreux compatible avec leur état de santé. <p>Un plan d'actions comportant les axes d'amélioration à suivre par l'établissement et la liste des indicateurs permettant d'évaluer les progrès de l'établissement est obligatoirement annexé au contrat.</p>
---	--	---------------	---

Type de mesures	Type d'actions	Calendrier	Actions selon le champ
Les mesures de contrôle	Mise Sous Accord Préalable (MSAP)	Annuel	Prestations Chirurgie ambulatoire - Procédure de MSAP à l'encontre des établissements ciblés - Evaluation et contrôle <i>a posteriori</i> avec mise en œuvre d'actions, dont récupération d'Indus
		Annuel	SSR - Procédure de MSAP à l'encontre des établissements ciblés - Evaluation <i>a posteriori</i>
		Annuel	Actes Au regard de la mise en œuvre des CAPS

IV. Les modalités de suivi et d'évaluation

Thèmes	Type de suivi	Evaluation de l'atteinte des objectifs fixés	Indicateurs de suivi des établissements
Les actes Les prestations	MSAP	Annuelle, à l'issue de la période de MSAP. En outre, l'établissement se doit de mettre en place les dispositions nécessaires au respect du ou des indicateurs à améliorer.	Chirurgie ambulatoire et SSR : Amélioration du taux pour le geste ciblé : % de demandes d'accord préalable par rapport aux hospitalisations sur le geste/acte ciblé <u>Pour les actes :</u> Amélioration des indicateurs de ciblage
	Feuille de route (plan triennal)	Annuelle par l'ARS/ AM au minimum et plus sur certaines thématiques mobiliser des données en infra-annuel	Indicateurs liés à la pertinence des soins dans le cadre des outils de suivi du plan triennal
	CPOM ARS/ établissements	Annuelle dans le cadre de la revue de contrat ARS/ Annexe qualité du CPOM	Réalisation de la revue de pertinence au regard de l'action régionale en matière de pertinence définie par l'ARS
	CAQES Volet CAPS	Annuelle par l'ARS/AM Repose sur les objectifs définis dans le CAPS de l'établissement	Définis dans le CAPS de l'établissement
Les prescriptions (PHMEV-LPP)	Accompagnement et CAQOS	Une fois par an Objectifs quantitatifs et qualitatifs annexés au contrat	Taux d'évolution des prescriptions Taux de prescription des médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques Suivi de la mise en œuvre de leurs plans d'actions Suivi de la montée en charge de la prescription en DCI Suivi de la montée en charge du RPPS Taux de prescription des biosimilaires
	Accompagnement et CAQOS	Une fois par an Objectifs quantitatifs et qualitatifs annexés au contrat	Taux d'évolution des dépenses de transports suivi de la mise en œuvre des plans d'action Suivi de la montée en charge du RPPS

V. Liste des Acronymes

ARS : agence régionale de santé

CA chirurgie ambulatoire

CAPS : contrat d'amélioration de la pertinence des soins

CAQES Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins

CPOM Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

DRSM : Direction du service médical

HAS : Haute autorité de sante

IRAPS : Instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins

PAPRAPS : plan d'action pluriannuel d'amélioration de la pertinence des soins

PHEV : prescription hospitalière en ville

PHMEV : prescription hospitalière de médicament en ville

LPP : Liste des produits et prestations

MSAP Mise sous accord préalable

SSR Soins de suite et de réadaptations

Annexe 1 : Liste des gestes marquants entrant dans la procédure de MSAP

Geste	CCAM	Conditions	Libelles
Accès vasculaire	EBLA003		Pose d'un catheter relié à une veine profonde du membre supérieur ou du cou par voie transcutanée, avec pose d'un système diffuseur implantable sous cutané
Adénoïdectomies	Fafa001		Adénoïdectomie avec pose unilatérale d'aérateur trans tympanique
	Fafa002		Adénoïdectomie avec pose bilatérale d'aérateur trans tympanique
	Fafa008		Adénoïdectomie
	Fafa013		Adénoïdectomie avec myringotomie unilatérale ou bilatérale
Angioplasties du membre supérieur	EFAF002		Dilatation intraluminaire d'une veine du membre supérieur sans pose d'endoprothèse, par voie veineuse transcutanée
	EZAF00		Dilatation intraluminaire d'un accès vasculaire artérioveneux d'un membre sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
	EZJF002		Thromboaspiration d'un accès vasculaire artérioveneux d'un membre avec dilatation intraluminaire sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
	EZPF004		Désobstruction mécanique d'un accès vasculaire artérioveneux avec dilatation intraluminaire sans pose d'endoprothèse, par voie vasculaire transcutanée
Angioplasties périphériques	EZAF002		Dilatation intraluminaire d'un accès vasculaire artérioveneux d'un membre avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
Arthroscopies de la cheville	NGJC00		Nettoyage de l'articulation tibio talienne, par arthroscopie
Arthroscopies du genou hors ligamentoplasties	NFPC002		Libération mobilisatrice de l'articulation du genou, par arthroscopie
	NFFC002	si acte isolé	Synovectomie antérieure du genou, par arthroscopie
	NFEC001		Reinsertion ou suture des 2 ménisques du genou, par arthroscopie
	NFEC002		Reinsertion ou suture d'un ménisque du genou, par arthroscopie
	NFFC003		Ménisectomies latérale et médiale du genou, par arthroscopie
	NFFC004		Ménisectomie latérale ou médiale du genou, par arthroscopie
	NFJC001		Nettoyage de l'articulation du genou, par arthroscopie
	NFJC002		Evacuation de collection de l'articulation du genou, par arthroscopie
	NFPC001		Section du rétinaculum patellaire latéral [aileron rotulien externe], par arthroscopie
	NFQC001		Exploration de l'articulation du genou, par arthroscopie
Avulsion dentaire	HBED022		Autogreffes d'un germe ou d'une dent retenue, dans un site naturel ou préparé chirurgicalement
	HBGD003		Avulsion d'un odontoiide inclus ou d'une dent suriméaire à l'état de germe
	HBGD004		Avulsion d'une troisième molaire mandibulaire retenue ou à l'état de germe
	HBGD016		Avulsion d'une racine incluse

Geste	CCAM	Conditions	Libelles
	HBGD018		Avulsion d'une troisième molaire maxillaire retenue ou à l'état de germe
	HBGD021		Avulsion de 3 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe
	HBGD025		Avulsion de 2 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe
	HBGD026		Avulsion de 2 dents temporaires retenues
	HBGD038		Avulsion de 4 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe
	HBGD042		Avulsion d'une dent temporaire retenue
	HBPAA001		Dégagement d'une dent retenue ou incluse, avec pose d'un dispositif de traction orthodontique et aménagement parodontal par greffe ou lambeau
	HBPD002		Dégagement d'une dent retenue ou incluse avec pose d'un dispositif de traction orthodontique sans aménagement parodontal
Chirurgie anale	EGFA005		Resection d'un paquet hémorroïdaire isolé
	EGJA001		Evacuation d'une thrombose hémorroïdaire externe
	HJAD001		Dilatation ou incision de sténose anorectale
	HKFA001		Destruction et/ou excrèse de tumeur bénigne du canal anal
	HKFA006		Destruction et/ou excrèse de lésion superficielle non tumorale de l'anus
	HKFA009		Sphinctéromyotomie de l'anus, par abord anal
	HKPA003		Sphinctérotomie interne [Léiomyotomie] latérale de l'anus
	HKPA006		Incision d'abcès de la région anale
	HKFA002		Réssection d'une fissure anale infectée
	HKFA004		Excision d'une fissure anale [Fissurectomie anale]
	QBFA004		Excision d'une hidrosadénite suppurative périnéo-fessière (maladie de Verneuil) sur moins de 30 cm2
Chirurgie de la conjonctive (ptérygion)	BCFA003		Excrèse primitive de ptérygion, avec autogreffe de conjonctive ou de muqueuse
	BCFA004		Excrèse de lésion de la conjonctive, avec autogreffe de muqueuse
	BCFA005		Excrèse de ptérygion récidivant, avec autogreffe de conjonctive ou de muqueuse
	BCFA006		Excrèse de ptérygion récidivant, sans autogreffe
	BCFA008		Excrèse de lésion de la conjonctive, sans autogreffe
	BCFA009		Excrèse primitive de ptérygion, sans autogreffe
Chirurgie de la main	MHFA001	si acte isolé	Synovectomie d'une articulation métacarpo-phalangienne ou interphalangienne d'un doigt par abord direct
	MDFA002		Excrèse partielle d'un os de la main sans interruption de la continuité, par abord direct
	MHDB001		Arthrose temporaire d'une articulation métacarpo-phalangienne ou interphalangienne d'un doigt par broche, par voie transcutanée
	MHPA004		Libération mobilisatrice d'une articulation de la main avec libération de tendon, par abord direct

Geste	CCAM	Conditions	Libellés
	MJFA012		Ténosynovectomie des muscles fléchisseurs des doigts sur plusieurs rayons de la main, par abord direct
	MJFA015		Ténosynovectomie des muscles fléchisseurs des doigts sur un rayon de la main, par abord direct
	MJPA002		Libérations des tendons des muscles fléchisseurs des doigts sur un rayon de la main, par abord direct
	MJPA009		Libération du tendon d'un muscle extenseur d'un doigt sur un rayon de la main, par abord direct
	MDHA001		Biopsie d'un os et/ou d'une articulation de la main, par abord direct
Chirurgie de la main pour maladie de Dupuytren	MJFA005		Fasciectomie [Aponévrectomie] palmodigitale sur un rayon de la main, par abord direct
	MJFA010		Fasciectomie [Aponévrectomie] palmodigitale sur plusieurs rayons de la main, par abord direct
	MJPA005		Fasciotomie [Aponévrectomie] palmaire, par abord direct
	MJPB001		Fasciotomie [Aponévrectomie] palmaire, par voie transcutanée
Chirurgie de la main pour réparation des ligaments et tendons	MHCA002		Suture ou plastie de l'appareil capsuloligamentaire de l'articulation métacarpophalangienne du pouce, par abord direct
	MHCA003		Suture ou plastie de l'appareil capsuloligamentaire d'une articulation métacarpophalangienne
	MJPA013		Section ou plastie d'agrandissement de la partie cruciforme de la gaine fibreuse digitale [poullie de réflexion de tendon de muscle fléchisseur des doigts] sur un rayon de la main, par abord direct
	PCPA006		Section ou plastie d'agrandissement de poullie de réflexion de tendon, par abord direct
Chirurgie de l'avant pied	NDPA004	si unilatéral et acte isolé	Ostéotomie d'un métatarsien latéral ou d'une phalange d'orteil, sur un rayon du pied
	NDPA009	si unilatéral et acte isolé	Ostéotomie de la phalange proximale et libération mobilisatrice de l'articulation métatarsophalangienne du premier orteil
	NHMA002	si unilatéral et acte isolé	Arthroplastie par résection de l'articulation ou arthrodèse interphalangienne d'un orteil latéral
Chirurgie de l'épaule	MEMA008		Acromioplastie sans prothèse, par abord direct
	MEMC001		Arthroplastie acromioclaviculaire par résection de l'extrémité latérale de la clavicule, par arthroscopie
	MEMC002		Capsuloplastie antérieure ou postérieure de l'articulation scapulo-humérale, par arthroscopie
	MEMC003		Acromioplastie sans prothèse, par arthroscopie
	MEMC004		Réparation du bourrelet glénoïdal scapulo-huméral, par arthroscopie
Chirurgie de l'utérus	JKFE001		Section ou résection de cloison utérine, par hystérocopie
	JKFE002		Résection de myome de l'utérus, par hystérocopie
	JKGD002		Curetage de la cavité de l'utérus à visée thérapeutique

Geste	CCAM	Conditions	Libelles
	JKGD003		Curetage de la cavité de l'utérus à visée diagnostique
	JKND001		Destruction de la muqueuse utérine par thermocontact, par voie vaginale
	JKNE001		Abrasion de la muqueuse de l'utérus [Endométréctomie], par hystéroscope
	JKPE001		Exérèse de polype de l'utérus, par hystéroscope
	JKQE001		Hystérectomie avec curetage de la cavité de l'utérus
	JNBD001		Cerclage du col de l'utérus au cours de la grossesse, par voie transvaginale
	JNJD002		Evacuation d'un utérus gravide par aspiration et/ou curetage, au 1er trimestre de la grossesse
	JNMD001		Révision de la cavité utérine après avortement
Chirurgie des bourses	EGFA008		Réséction ou ligature de la veine testiculaire par abord direct, avec embolisation intraveineuse
	EGFA010		Réséction ou ligature de la veine testiculaire, par abord direct
	EGFC001		Réséction ou ligature de la veine testiculaire, par coelioscopie
	EGSA001		Interruption des veines de drainage du pénis, par abord direct
	EGSA002		Ligature du plexus pampiniforme ou de la veine testiculaire, par abord scrotal
	EGSF001		Embolisation suprasélective de la veine testiculaire ou ovarique, par voie veineuse transcutanée
	EGSF002		Embolisation sélective ou hypersélective de la veine testiculaire ou ovarique, par voie veineuse transcutanée
	EGSF003		Embolisation des veines de drainage du pénis, par injection intraveineuse transcutanée
	JHBA001		Plicature de la tunique vaginale du testicule, par abord scrotal
	JHDA001		Orchidopexie, par abord scrotal
	JHEA002		Abaissement et fixation d'un testicule ectopique palpable, par abord inguinal et par abord scrotal
	JHFA001		Exérèse d'un kyste du cordon spermatique chez l'adulte, par abord inguinal
	JHFA004		Exérèse d'un kyste de l'épididyme, par abord scrotal
	JHFA014		Epididymectomie, par abord scrotal
	JHSA001		Ligature, section ou résection unilatérale ou bilatérale du conduit déférent, par abord scrotal
Chirurgie des bourses de l'enfant	ELSA001	≥ 1 an et ≤ 16 ans	Ligature ou section du pédicule testiculaire (spermatique) pour cryptorchidie par laparotomie
Chirurgie des bourses de l'enfant	ELSC001		Ligature ou section du pédicule testiculaire (spermatique) pour cryptorchidie, par coelioscopie
	JHEA001		Abaissement et fixation d'un testicule ectopique non palpable, par abord inguinal et scrotal
	JHFA013		Réséction de la tunique vaginale du testicule, abord scrotal
	JHFA019		Réséction d'une hydrocèle abdominoscrotale, par laparotomie ou abord inguinal
Chirurgie des hernies de l'enfant	LMMA011		Cure d'une hernie fémorale [curale], par abord inguino-fémoral
	LMMA014		Cure d'une hernie de la paroi abdominale antérieure avant l'âge de 16 ans, par abord direct

Geste	CCAM	Conditions	Libelles
	LMMA01B		Cure bilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse sous anesthésie générale ou locorégionale, par abord inguinal
	LMMC004		Cure bilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse, par vidéochirurgie
Chirurgie des hernies abdominales	LMMA006		Cure de hernie de la paroi abdominale antérieure après l'âge de 16 ans avec pose de prothèse, par abord direct
	LMMA009	si acte isolé	Cure de hernie de la paroi abdominale antérieure après l'âge de 16 ans sans pose de prothèse, par abord direct
	LMMC020		Cure de hernie de la paroi abdominale antérieure après l'âge de 16 ans avec pose de prothèse, par coelioscopie
Chirurgie des hernies inguinales	LMMA008		Cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par abord prépéritonéal
	LMMAC12		Cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par abord inguinal
	LMMA018		Cure unilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse sous anesthésie locale, par abord inguinal
	LMMA017		Cure unilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse sous anesthésie générale ou locorégionale, par abord inguinal
	LMMC002		Cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par vidéochirurgie
	LMMC003		Cure unilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse, par vidéochirurgie
Chirurgie des maxillaires	LAGA003		Ablation de matériel interne d'ostéosynthèse ou de distraction du massif facial sur un site, par abord direct
	LAGA005		Ablation de matériel interne d'ostéosynthèse ou de distraction du massif facial sur 2 sites, par abord direct
	LBFA023		Exérèse de lésion de l'os maxillaire et/ou du corps de la mandibule de moins de 2 cm de grand axe, par abord intrabuccal
	LBFA030		Exérèse de lésion de l'os maxillaire et/ou du corps de la mandibule de 2 cm à 4 cm de grand axe, par abord
	LBFA031		Réséction d'hypertrophie osseuse intrabucale
Chirurgie des sinus	GBPE001		Méiotomie nasale moyenne par endoscopie
	GBPE003		Méiotomie nasale inférieure bilatérale, par endoscopie
	GBPA004		Sinusotomie maxillaire par abord de la fosse canine, abord vestibulaire
	GBGD001		Démêchage et/ou nettoyage postopératoire de sinus paranasal, sous AG
Chirurgie des varices	EJFA002		Exérèses multiples de branches de la grande veine saphène et/ou de la petite veine saphène sous anesthésie générale ou locorégionale, par abord direct
	EJFA004		Exérèse de la crosse de la petite veine saphène, par abord direct
	EJFA006		Exérèse secondaire de la crosse de la grande veine saphène ou de la petite veine saphène, par abord direct

Geste	CCAM	Conditions	Libelles
	EJFA007		Exérèse de la crosse de la grande veine saphène, par abord direct.
	EJFB007		Seance d'exérèse de segment de varice ou de veine perforante du membre inférieur, par voie transcutanée sous anesthésie locale
	EJGA001		Extraction [Stripping] de la petite veine saphène, par abord direct
	EJGA002		Extraction [Stripping] de la grande veine saphène, par abord direct
	EJGA003		Extraction [Stripping] de la grande veine saphène et de la petite veine saphène, par abord direct
	EJSA001		Ligature de plusieurs veines perforantes jambières, par abord direct
Chirurgie du canal carpien et autres libérations nerveuses (MS)	AHPA009		Libération du nerf médian au canal carpien, par abord direct
	AHPA021		Libération du nerf ulnaire au poignet et/ou à la main, par abord direct
	AHPA022		Libération du nerf ulnaire au coude, par abord direct
	AHPA023		Libération du nerf radial au coude, par abord direct
	AHPA028		Libération de nerf digital par abord direct sur un rayon de la main
	AHPC001		Libération du nerf médian au canal carpien, par vidéochirurgie
Chirurgie du col utérin, vulve, vagin	JKFA003		Conisation du col de l'utérus
	JKND002		Destruction de lésion du col de l'utérus, du vagin, de la vulve, du périnée et de la région périnéale, avec laser
Chirurgie du cristallin	BFEA001	Si acte isolé excepté association à BELB001	Repositionnement de cristallin artificiel ou de lentille intraoculaire
	BFGA001	Si acte isolé excepté association à BELB001	Extraction de cristallin luxé
Chirurgie du cristallin	BFGA002	Si acte isolé excepté association à BELB001	Extraction extracapsulaire manuelle du cristallin, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'œil
	BFGA003	Si acte isolé excepté association à BELB001	Extraction extracapsulaire manuelle du cristallin, sans implantation de cristallin artificiel
	BFGA004	Si acte isolé excepté association à BELB001	Extraction extracapsulaire du cristallin par phakoemulsification, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'œil
	BFGA005	Si acte isolé excepté association à BELB001	Ablation de matériel implanté dans le segment antérieur de l'œil
	BFGA006	Si acte isolé excepté association à BELB001	Extraction intracapsulaire ou extracapsulaire du cristallin, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre antérieure de l'œil en cas d'impossibilité d'implantation dans la chambre postérieure

Geste	CCAM	Conditions	Libelles
	BFGA007	Si acte isolé excepté association à BELB001	Extraction de cristallin subluxé ou ectopique
	BFGA008	Si acte isolé excepté association à BELB001	Extraction extracapsulaire du cristallin par phakoémulsification, sans implantation de cristallin artificiel
	BFGA009	Si acte isolé excepté association à BELB001	Extraction intracapsulaire du cristallin, sans implantation de cristallin artificiel
	BFGA010	Si acte isolé excepté association à BELB001	Extraction du cristallin par sclérotomie postérieure [pars plana] [Phakophagie]
	BFKA001	Si acte isolé excepté association à BELB001	Changement de matériel implanté dans le segment antérieur de l'œil
	BFLA001	Si acte isolé excepté association à BELB001	Implantation secondaire d'un cristallin artificiel non suturé
	BFLA002	Si acte isolé excepté association à BELB001	Insertion d'un anneau de contention intrasacculaire, au cours d'une extraction du cristallin
	BFLA003	Si acte isolé excepté association à BELB001	Implantation secondaire d'un cristallin artificiel suturé
	BFLA004	Si acte isolé excepté association à BELB001	Implantation secondaire de cristallin artificiel sur un œil pseudophaque
Chirurgie du glaucome	BGFA014	hors association avec geste sur le cristallin	Sclérectomie profonde non transfixiante ou sclérotectomie profonde, sans viscocanaliculoplastie
Chirurgie du nez	GAMA007		Septoplastie nasale
	LAEA007		Réduction fracture de l'os nasal par abord direct
	LAEP002		Réduction orthopédique de fracture de l'os nasal [des os propres du nez]
Chirurgie du pied	NDGA003	si unilatéral et acte isolé	Ablation de matériel d'ostéosynthèse du pied, à foyer ouvert
	NJPA007	si unilatéral et acte isolé	Aponévrotomie ou aponévrectomie plantaire, ou désinsertion de l'aponévrose plantaire
	NDFAC02	si unilatéral et acte isolé	Exérèse partielle d'os du pied sans interruption de la continuité, par abord direct
	NGFA002	si unilatéral et acte isolé	Exérèse d'un kyste synovial ou d'une bourse séreuse de la cheville ou du pied, par abord direct
Chirurgie du poignet	MGCC001	si acte isolé	Suture et/ou réinsertion de ligament articulaire du poignet, par arthroscopie

Geste	CCAM	Conditions	Libelles
	MJFA004		Ténosynovectomie des muscles extenseurs au poignet, par abord direct
	MJPA011		Libération de tendon au poignet avec ténosynovectomie, par abord direct
Chirurgie du sein/tumorectomie	QEFA004	Hors racine GHM 09C05	Tumorectomie du sein
Chirurgie du trou maculaire	BGFA005	hors association avec geste sur le cristallin	Vitrectomie par sclérotomie postérieure, avec dissection du cortex vitréen (pelage) et tamponnement interne par gaz
Chirurgie du tympan	CBMA008		Myringoplastie sans décollement du lambeau tympano-métal
	CBMA009		Myringoplastie avec décollement du lambeau tympano-métal sans exploration mastoïdo-atticale
Chirurgie pour strabisme	BJDA001		Myopexie bilatérale rétroéquatoriale des muscles oculomoteurs
	BJDA002		Myopexie unilatérale rétroéquatoriale des muscles oculomoteurs
	BJEA001		Transposition de muscles oculomoteurs pour suppléance
	BJMA001		Renforcement ou affaiblissement unilatéral ou bilatéral de muscle oculomoteur, avec suture ajustable
	BJMA002	age > 7 ans	Renforcement, affaiblissement ou déplacement de l'insertion d'un muscle oculomoteur droit
	BJMA003		Renforcement, affaiblissement ou déplacement bilatéral de l'insertion d'un muscle oculomoteur
	BJMA004		Renforcement, affaiblissement ou déplacement de l'insertion d'un muscle oculomoteur oblique
	BJMA005		Renforcement, affaiblissement ou déplacement unilatéral de l'insertion de 2 muscles oculomoteurs
	BJMA006		Renforcement, affaiblissement ou déplacement de l'insertion de 2 muscles oculomoteurs d'un côté et d'un muscle oculomoteur de l'autre
	BJMA007		Renforcement, affaiblissement ou déplacement de l'insertion de 4 muscles oculomoteurs ou plus
	BJMA008		Renforcement, affaiblissement ou déplacement itératif de l'insertion de 2 muscles oculomoteurs
	BJMA009		Renforcement, affaiblissement ou déplacement itératif de l'insertion d'un muscle oculomoteur
Cholécystectomie	HMFC004	si racine GHM = 07C14	Cholécystectomie, par coelioscopie (hors aiguës)
Cure de paraphimosis	JHEA003	≥ 1an et ≤ 16 ans	Réduction chirurgicale d'un paraphimosis
Exérèse de kystes synoviaux	MGFA004		Exérèse de kyste synovial avec ténosynovectomie des extenseurs au poignet, par abord direct
	MGFA007		Exérèse de kyste synovial du poignet, par abord direct
	MHFA002		Exérèse de kyste synovial ou mucoïde d'une articulation ou d'une gaine fibreuse de la main
Exérèse de lésions cutanées	OZFA0035		Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision d'une zone cutanée de moins de 5 cm²
	GAFA007		Exérèse non transfixiante de lésion de la peau du nez ou de la muqueuse nasinaire

Geste	CCAM	Conditions	Libelles
	CAFA005		Exérèse partielle transfixiante de l'auricule
Exérèse de lésions de la bouche	HAF A021	si acte isolé	Exérèse non transfixiante de lésion infiltrante de la joue, par abord intrabuccal
	HAF A034	si acte isolé	Exérèse de kyste du plancher de la bouche, par abord intrabuccal
Exérèse de lésions sous-cutanées	PDF A001		Exérèse de lésion fasciale et/ou sous-fasciale des tissus mous, sans dissection d'un gros tronç vasculaire ou nerveux
	MJFA008		Exérèse de lésion faciale et/ou sous faciale des tissus mous de la paume de la main
Fermeture de fistule buccale	HASA01B		Fermeture d'une communication buccosinusienne par lambeau de glissement vestibulojugal, par abord intrabuccal
	HASA025		Fermeture d'une communication buccosinusienne par lambeau de transposition du corps adipeux de la joue, par abord intrabuccal
	HASAD13	si acte isolé	Fermeture d'une communication buccosinusienne et/ou bucconasale par lambeau palatin, par abord intrabuccal
Fistules artériovineuses	EPLA002		Pose d'un cathéter veineux central tunnelisé à double courant pour circulation extra corporelle, par abord direct
	EZFA002		Exérèse d'un accès vasculaire artériovineux sans reconstruction vasculaire
	EZMA001	si veine céphalique du patient	Création d'une fistule artériovineuse pour accès vasculaire par abord direct sans superficialisation veineuse, chez un sujet de plus de 20 kg
Geste secondaire sur lambeau	OZMA005		Modelage secondaire d'un lambeau
	OZPA003		Autonomisation d'un lambeau
Geste sur la vessie	JCLE004	≥ 2 ans	Injection sous muqueuse intra-urétrale de matériel hétérologue, par endoscopie
	JDNE001		Destruction de lésion de la vessie, par endoscopie
Geste sur les glandes salivaires	HCFA007		Exérèse de petite glande salivaire [glande salivaire accessoire]
	HCPA001		Marsupialisation de kyste de glande salivaire
	HCGA001		Ablation de calcul canalaire d'une glande salivaire, par abord intrabuccal
Geste sur l'urètre	JCAE001	si acte isolé	Dilatation de l'urètre, par urétéroscopie rétrograde
	JCGE001		Ablation et/ou fragmentation de calcul de l'urètre pévénien
	JCKE002	si acte isolé	Changement d'endoprothèse urétrale, par endoscopie rétrograde
Geste sur l'urètre	JEFA003		Exérèse de lésion du méat urétral chez la femme, par abord direct
	JEMA013		Méatoplastie de l'urètre par abord direct, chez la fille
	JEMA017		Méatoplastie ou méatotomie urétrale sans lambeau, chez l'adulte
Interruption tubaire	JJPA004		Interruption uni ou bilatérale de la perméabilité des trompes utérines, par abord vaginal
	JJPC003		Interruption unilatérale ou bilatérale de la perméabilité des trompes utérines, par coelioscopie
	JJPE001		Interruption unilatérale ou bilatérale de la perméabilité des trompes utérines par insertion de dispositif intratubaire, par hystéroscopie
LEC	JANM001		Lithotritie extracorporelle du rein, avec guidage échographique

Geste	CCAM	Conditions	Libelles
	JANM002		Lithotritie extracorporelle du rein, avec guidage radiologique
	JCNM001		Lithotritie extracorporelle de l'uretère, avec guidage échographique
	JCNM002		Lithotritie extracorporelle de l'uretère, avec guidage radiologique
Plastie de lèvres	HAMA027		Réparation de perte de substance de lèvre par lambeau cutané local
	HAMA028		Correction de rétraction de lèvre par autoplastie locale
Prélèvement d'ovocyte	JJFJ001		Prélèvement d'ovocytes sur un ou deux ovaires, par voie transvaginale avec guidage échographique
Réparation de perte de substance de l'extrémité céphalique	QAMA002		Réparation de perte de substance de l'extrémité céphalique par lambeau local ou régional muqueux, cutané ou fasciocutané, à pédicule vasculonerveux non individualisé ou non individualisable
Réparation de perte de substance en dehors de l'extrémité céphalique	QZMA001		Réparation de perte de substance par lambeau local ou régional muqueux, cutané ou fasciocutané, à pédicule vasculonerveux non individualisé ou non individualisable [lambeau au hasard], en dehors de l'extrémité céphalique
	QZMA004		Réparation de perte de substance par lambeau local ou régional cutané, fascial, fasciocutané, septocutané, musculaire ou musculocutané, à pédicule vasculaire ou vasculonerveux anatomique, en dehors de l'extrémité céphalique
Vitrectomie avec pelage de membrane	BGPA002	hors association avec geste sur le cristallin	Dissection de la membrane épitréminienne et/ou de la membrane vitrée [hyaloïde]
Vitrectomie postérieure isolée	BGFA001	hors association avec geste sur le cristallin	Vitrectomie par sclérotomie postérieure, sans coagulation de la rétine

**PLAN PLURIANNUEL
REGIONAL DE GESTION DU
RISQUE ET D'EFFICIENCE
DU SYSTEME DE SOINS DE
LA GUADELOUPE, SAINT-
MARTIN ET SAINT-
BARTHELEMY
(PPRGDRESS)
2016-2019**

Validé en CRC3A du 21/04/2017

INTRODUCTION

I/ PREAMBULE

L'agence de santé de Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy et la Coordination des différents régimes d'Assurance Maladie de la région ont établis un plan de mise en œuvre des programmes de gestion du risque et d'efficience reconnus comme prioritaires nationalement et régionalement. L'objectif est de coordonner nos moyens sur le territoire pour permettre un accès, de proximité, de qualité équivalente, pour toutes les populations de la Guadeloupe et des îles du nord

Ces actions, portent sur le contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins, des pratiques des professionnels de santé en médecine et chirurgie ambulatoire, dans les établissements et service de santé et médico sociaux,

Elles ont pour objectif de garantir et d'améliorer la qualité des prises en charge, des parcours de soins tout en assurant la maîtrise des coûts.

Depuis 2015 ces priorités sont déclinées dans le cadre du plan ONDAM qui vise une évolution structurelle de notre système de santé alliant qualité des prises en charge, des parcours de soins tout en assurant la maîtrise des dépenses.

Le plan est structuré autour de 4 grands objectifs partagés entre l'Etat et l'Assurance Maladie :

- Améliorer la qualité de l'offre hospitalière pour mieux répondre à sa mission
- Prendre le virage ambulatoire et mieux adapter les prises en charge en établissements
- Améliorer la pertinence et le bon usage des soins, prescriptions et prestation.

Les lois de financement pour 2015 et 2016, ainsi que la loi de modernisation de notre système de santé ont fait évoluer le cadre de la gestion du risque conjointe (ARS/AM)

- Mise en place d'une nouvelle modalité de contractualisation entre l'Etat et l'Union Nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) : le plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins, qui définit, pour une durée de deux ans, les objectifs pluriannuels de gestion du risque et les objectifs relatifs à l'efficience du système de soins communs aux trois régimes membres de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et aux ARS
- Mise en place d'une Instance régionale de pilotage aux compétences élargies : la commission régionale de coordination des actions de l'agence régionale de santé et de l'assurance maladie (CRC3A)
- Elaboration conjointe par L'assurance Maladie et l'ARS du plan pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficience du système de soins. Ce plan régional, est constitué des actions régionales déclinant au complétant le plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins. Il est arrêté par le Directeur Général de l'ARS après avis de la commission de coordination.
- Mise en œuvre du plan spécifique pour la pertinence : Le plan d'action pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS).

- Création d'une commission associant les professionnels de santé à la définition et la mise en œuvre des objectifs prioritaires de pertinence : l'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS)
- Refonte des modalités de contractualisation tripartite entre l'ARS, l'Assurance Maladie et les établissements de santé :
Création d'un contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) conclu entre le directeur général de l'agence régionale de santé le directeur de l'organisme local d'assurance maladie et le représentant légal de chaque établissement de santé relevant de leur ressort géographique. Il a pour objet d'améliorer la qualité la sécurité et la pertinence des soins et des prescriptions et de permettre une maîtrise des dépenses de l'assurance maladie

II/ Les priorités définies dans le plan National

Le plan national de gestion du risque et d'efficacité du système de soins 2016- 2017, signé le 26 novembre 2016 entre l'Etat et l'Assurance Maladie définit les priorités à mettre en œuvre au sein de chacun des douze blocs du plan ONDAM.

Les programmes à déclinaison régionales partagés ARS et AM

- Produits de santé prescrits en établissement
- Les transports de patients prescrits par les établissements
- Virage ambulatoire et l'optimisation des capacités d'hébergement en hospitalisation complète
- La pertinence

Les programmes à déclinaison régionales ARS

- Etablissements en difficultés et optimisation des enveloppes
- Programme PHARE
- Programme SIMPHONIE
- Maîtrise de la masse salariale

Les programmes à déclinaison régionales assurance maladie

- Produits de santé prescrit en ville
- Transport de patients prescrits en ville
- Indemnités journalières prescrite en ville
- Autre prescriptions prescrites en ville

Le présent plan de gestion du risque décline ces priorités en les adaptant à la situation du diagnostic régional. Compte tenu de la date tardive de sa publication et dans la suite du plan triennal de 2015 il a été écrit pour 2016- 2019. Il sera revu annuellement et modifié le cas échéant par avenant

PROGRAMMES A DECLINAISON REGIONALE ARS

Programme PHARE (performance hospitalière pour des achats responsable)

CONTEXTE ET OBJECTIFS :

L'objectif du projet 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 Md d'euros de gains achat sur 3 ans au niveau national.

L'ARS Guadeloupe a des objectifs de performance achat, dans le cadre du programme PHARE, depuis 2015. Malgré la désignation d'un référent achat au sein de l'ARS fin 2014, la dynamique achat en Guadeloupe, notamment sur le territoire Centre, s'est mise en place moins rapidement que prévu, du fait du « turn over » important des cadres de direction affectés à cette fonction au sein des CH. La désignation d'un référent achat au sein de l'ARS permet toutefois de maintenir une certaine continuité d'action. La dynamique achat devra dans un premier temps s'articuler autour des deux principaux établissements acheteurs (CHU et CHBT) avec la mise en place d'une direction achat. Cette dernière, parallèlement à la stabilisation des cadres de la fonction achat, devrait permettre d'engendrer des gains significatifs, si les retards de paiement n'entravent pas les négociations. Si l'accompagnement mené par UniHA en 2015 a permis de faire émerger un groupement de commande régional sur le fret (marché unique commun à tous les ES du territoire en 2016), la mutualisation régionale reste à développer et à structurer. Le CHBT a ainsi, sur le territoire sud Basse-Terre, conduit la mutualisation pour l'achat des produits pharmaceutiques et du linge. Cette action doit s'étendre progressivement à l'ensemble de la région.

Afin d'impulser une dynamique commune, après avoir réalisé un diagnostic des achats pour chaque établissement, un comité achat régional qui réunit les responsables des achats de chaque établissement de santé de Guadeloupe sera mis en place courant 2017. Grâce à cette instance de consensus, un premier plan d'actions incluant notamment le recours significatif aux opérateurs d'achat mutualisés (UniHA, Resah et UGAP) mais aussi les aspects de processus, d'organisation et de formation devra être établi pour mars 2018. Une

nouvelle phase d'accompagnement par Resah en lien avec la DGOS sera également menée pour la gestion des achats du CHU de Pointe-à-Pitre Abymes dès le courant 2017.

PRIORITES : 2017-2019

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

Terminer la transformation des organisations « achat » :

- Constitution d'un comité régional des achats
- Accompagner la montée en puissance des groupements régionaux d'achat à travers une cartographie des groupements d'achat et un pilotage adapté.
- Mettre en place un dispositif de pilotage des groupements régionaux d'achat(GHT)
- Accompagner la mise en place d'un SI Achat en lien avec le projet hôpital numérique
- Accompagner les établissements dans l'optimisation des circuits d'approvisionnement en s'appuyant sur l'outillage phare
- Accompagner les établissements puis les GHT à travers des formations à l'établissement des PAAT

CIBLES ET INDICATEURS FINANCIERS

Objectif national d'économie :2017 : 120M€

Objectif régional ; 2017 :3,5M€

ENGAGEMENTS DE L'ARS

Chantier no 1 : Mutualisation des achats

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	indicateurs	acteurs
Action 1 - Engagement de tous les EPS dans une démarche de mutualisation régionale	30/06/2018	Ensemble des EPS engager dans une mutualisation. Nombre de référent établissement/nombre d'établissements	ARS/EPS
Action 2 - Engagement de l'ARS dans les travaux du réseau des référents Phare	31/12/2017	Participation aux travaux du réseau des référents Phare	ARS

Chantier no 2 : Professionnalisation des acheteurs

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	Indicateurs	acteurs
Action 1 - Animation du réseau régional d'acheteurs hospitaliers	31/12/2017	Réunion régulière du comité régional achats	ARS/EPS
Action 2 - Formation et accompagnement des acheteurs	31/12/2018	Formation de l'ensemble des EPS	ARS/EPS

Etablissements en difficulté

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 (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'actions 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)

PRIORITE 2016-2019

Champs 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
- ⇒ Utilisation des outils standardisés d'analyse financière selon les règles définies en COPERMO
- ⇒ Echange de bonnes pratiques sur les plans d'action des établissements de santé en lien avec la capitalisation de l'ANAP

Engagement de l'ARS

Chantier no 1 : Etablissement en difficultés – Optimiser les enveloppes

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	Indicateurs	acteurs
Action 1 - Organiser l'évaluation des actions financées en région afin d'éviter les reconductions de crédits et optimiser la marge de manœuvre régionale	Avril-mai de chaque année	Nb de dossiers analysés par enveloppe MIGAC/DAF/USLD/FIR	ARS
Action 2 – Développer le contrôle en lien avec le service d'inspection contrôle et évaluation (ICE)	2019	Nb d'inspection ou contrôle mené par ICE au profit du service RPH	ARS

Chantier no 2 : Etablissement en difficultés – Diminution des aides exceptionnelles

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	Indicateurs	acteurs
Action 1 Plan d'accompagnement spécifique CHU		Indicateurs COPERMO	ARS
Action 2 - Contractualiser la trajectoire de retour à l'équilibre dans un CREF - Fixer trajectoire de réduction des aides	2017	Nb de contrat signé CHBT CH LCF	ARS - EPS
Action 3 - Systématiser les dialogues de gestion	Début janvier Avril-mai octobre	Nb de Réunion /établissement	ARS
Action 4 - Développer un outil de suivi des CREF	2017	Nb EPS sous CREF utilisant l'outil	ARS

Action 5 - Réunion COREVAT sur la trésorerie	Chaque année	Nb de réunion	ARS
Action 6 - Contribuer aux projets nationaux de révision de certaines modélisations (coefficient géographique, activités isolées ...) par analyse des données régionales, permettant un financement adapté des activités déficitaires.	Chaque année	Nombre d'enquêtes	ARS / DGOS

Indicateurs régionaux

Taux de marge brute d'exploitation hors aide (décliné par établissement) et Proportion d'établissements de santé ayant un taux de marge brute hors aides supérieur à 8% (indicateur CPOM état/ARS)

Déficit cumulé des établissements de santé de la région

Maitrise de la masse salariale

Dans le cadre d'un objectif national de 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 (environ 2/3 de leurs coût)

Objectif Régional : 1,30 %

PRIORITES 2016-2019

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

Fixer des objectifs régionaux et par établissement 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'outil 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

Chantier 1 : Déploiement de l'outil de suivi et de contrôle des effectifs hospitaliers

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	indicateurs	acteurs
Action 1 : Transmission à tous les établissements de la fiche type de suivi de la masse salariale	2017	Nb d'établissement utilisant la fiche	ARS
Action 2 - Transmission	Chaque mois	nb de transmission	EPS

mensuelle des ETPR et montants			
Action 3 - Synthèse mensuelle	Chaque mois	Nb de synthèse	ARS
Action 4 - Utilisation des données DGFIP pour contrôle des données transmises	2017 – si données DGFIP actualisées sur scansanté	Fréquence de mise à jour de scansanté	ATIH / DGFIP

Indicateurs régionaux

Taux d'évolution de la masse salariale hospitalière

Taux d'évolution des effectifs bruts hospitaliers (en ETPR)

Programme SIMPHONIE

Objectifs

1. Simplifier et moderniser le parcours administratif hospitalier pour les patients
2. Générer des gains d'efficience dans le processus accueil / facturation / recouvrement
3. Augmenter les recettes de la part particuliers :
 - Permettre des gains significatifs de recettes sur le part particulier, mal recouvrée aujourd'hui (550M€ de créances patients non recouvrées aujourd'hui après 1 an)
 - Améliorer la situation de trésorerie des ES (diminution des délais de facturation, paiement recouvrement)
 - Fournir au patient l'information des coûts AMO 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)

SIMPHONIE est composé de 13 chantiers complémentaires visant à simplifier le parcours patient et améliorer l'efficience de la chaîne de facturation-recouvrement.

Les actions prioritaires pour 2016-2017 sont les suivantes :

1. Volet « parcours administratif du patient » : mise en œuvre dans ~ 70 établissements des chantiers 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
2. FIDES : finalisation du déploiement de FIDES ACE
3. TIPI : finalisation du déploiement de TIPI dans les EPS
4. PESV2 : finalisation du déploiement de PESV2 dans les EPS
5. Pilotage : amélioration des outils de pilotage de la chaîne d'accueil-facturation-recouvrement

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	Indicateurs	acteurs
<p>Action 1. Chantiers « parcours administratif du patient » (paiement à l'entrée, paiement à la sortie, encaissement automatique) Sélectionner les établissements qui bénéficieront en 2016 d'un accompagnement selon l'instruction de la DGOS pour présenter le programme SIMPHONIE</p>	2016	Etablissements Ciblés	ARS
<p>Action 2 : Plan d'action pour le déploiement des chantiers relatifs à l'optimisation des parcours administratifs du patient : Mise en place d'un dispositif de pilotage et de suivi régional, en capitalisant sur les instances déjà mises en place dans le cadre de FIDES</p> <p>Actions clés à déployer dans les établissements :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Analyse fine des restes à recouvrer pour identification des leviers d'amélioration prioritaires ➤ Paiement à l'entrée pour sécuriser le recouvrement de la part patient en encaissant et en facturant les montants dus lors de la phase d'admission du patient. ➤ Encaissement du reste à charge patient au plus tard au moment de sa sortie 	2016-2017	Création d'un groupe de travail SIMPHONIE ARS/AM pour le suivi des actions (oui/non)	ARS/AM/établissement
<p>Action 3 : Suivi de déploiement du parcours par établissements ciblés</p>	2018-2019	Montant des restes à recouvrer part patient par établissements ciblés Taux de rejet AMO	ARS/AM

PROGRAMMES A DECLINAISON REGIONALE PARTAGEE ARS/AM

Produits de santé prescrits en établissement

Le bloc « produit de santé prescrits en établissement de santé réunit les projets qui visent à maîtriser l'évolution des dépenses de prescriptions hospitalières de médicaments et de LPP exécutées en ville (PHMEV-LPP) et de la liste en sus qui représente 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 des prix.

PRIORITES 2016-2017

Champs ciblé : Tous les établissements de santé : privés/publics tous secteurs.

- ⇒ **Maîtrise de la liste en sus (LES)** : Déploiement du chantier des radiations partielles de la liste en sus.
- ⇒ **Augmentation de la prescription dans le répertoire des médicaments génériques en établissement de santé** : 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 PHMEV-LPP** : Augmenter le nombre de contractualisations avec les établissements de santé et assurer la transition vers le nouveau contrat simplifié (CAQES).
- ⇒ **Maîtrise médicalisée des médicaments de spécialité** : Encourager le recours aux médicaments biologiques similaires, communiquer sur les dispositions permettant à service médical rendu équivalent la prescription de la molécule la moins onéreuse (exemple recommandation RTU AVASTIN®).
- ⇒ **Maîtrise médicalisée des dispositifs médicaux (DM)** prescrits en établissement de santé : monter en compétence sur la nomenclature LPP, expertiser les pratiques des prestataires de terrain.
- ⇒ **Utilisation du numéro « répertoire partagé des professionnels de santé » (RPPS) et du numéro Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (FINESS) de l'établissement** : 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 de l'identifiant de la structure d'exercice (code établissement) au titre de laquelle est établie l'ordonnance.

ENGAGEMENTS de l'ARS et de L'assurance maladie (CGSS, DRSM, RSI) et OMEDIT

Chantier 1 : Radiations partielles liste en sus

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	indicateurs	acteurs
Action 1 : Sensibilisation des établissements aux différentes évolutions	2017	Nb d'envois de MAJ de la liste des indications non remboursables en sus (cible = 12, mensuelle) Nb d'envois d'informations sur ASMR IV et V (Nb mises à jour ASMR IV et V) Tx d'évolution des dépenses de LES (Médicaments) - 2016/2017 - ATIH Tx d'évolution des dépenses de LES (DM) - 2016/2017 - ATIH	ARS/AM/OMEDIT
Action 2 : Diffusion d'une fiche de sensibilisation aux établissements	Juin/juillet -> décembre 2016	Diffusion de la fiche auprès de l'ensemble des établissements : OUI/NON	ARS/AM/OMEDIT
Action 3 : Visite des établissements ciblés sur la base de leurs profils	1er semestre 2017	Réalisation du ciblage <i>via</i> l'outil de ciblage élaboré par la DRSM IDF : OUI/NON Nb d'ES ciblés/nb d'ES visités	AM

Chantier 2 : Augmentation de la prescription de générique en ville et à l'hôpital

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	indicateurs	acteurs
Action 1 : Mise en œuvre du Plan d'action générique		Tx d'évolution de la part d'achat intrahospitalier Tx de prescription dans le répertoire des médicaments génériques	OMEDIT
Action 2 : Mise en œuvre de la campagne de communication sur les génériques dans les ES	Octobre 2016 – Juin 2017	Affichages et/ou vidéo dans tous les ES : OUI/NON	AM
Action 3 : Promotion des ordonnances de sortie <i>réalisées en DCI</i>	2017-2019 (annuelle)	% d'ES dont les prescriptions de sortie <i>réalisées en DCI et sans mention non substituable</i>	ARS/AM/OMEDIT
Action 4 : Promotion des logiciels d'aide à la prescription (LAP), des fonctionnalités facilitatrices et systématiques de prescription en DCI et une interopérabilité avec les LAD-PUJ	2016-2019 (annuelle)	% d'ES utilisant des LAP	ARS/AM/OMEDIT

Chantier 3 : Maîtrise des dépenses PHEV

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	indicateurs	acteurs
Action 1 : Identification des classes de médicaments pour lesquels des dérives de prescription PHEV existent dans la région	2017	Nb de profils analysés/nb de profils disponibles	ARS/AM/OMEDIT
Action 2 : Visite PHMEV avec présentation des profils aux ES	2016-2019 (annuelle)	Nb d'établissements visités/nb d'ES ciblés	AM

Indicateur national de résultat :

Evolution des dépenses de prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville

Chantier 4 : Maîtrise médicalisée de médicaments de spécialité prescrits en établissement de santé

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	indicateurs	acteurs
Action 1 : Inciter à la prescription des médicaments biologiques similaires en initiation de traitement (sensibilisation des prescripteurs)	2016/2017	Nombre de visites d'établissement/Nombre d'ES ciblés	ARS/AM/OMEDIT
Action 2 : Accompagnement des établissements sur le thème DMLA (notamment incitation à l'utilisation du protocole RTU lors de la prescription d'AVASTIN)	<u>PUI</u> : 1 ^{er} semestre 2017 <u>Ophthalmo</u> : 2 ^{ème} semestre 2017	Nb de PUI visitées/nb d'ES ciblés (action régionale) Nb de visites en ophtalmo/nb d'ES ciblés Economies attendues DMLA	ARS/AM
Action 3 : Accompagnement des établissements sur le thème EPO	<u>Cancéro</u> : 1 ^{er} semestre 2017 <u>Néphro</u> : 2 ^{ème} semestre 2017	Nb de visites en cancéro (biosimilaires)/nb d'ES ciblés Nb de visites établissement établissements (indication néphro) /nb d'ES ciblés (action régionale) Part des patients en ALD cancer sous EPO biosimilaire/ patients en ALD cancer sous EPO Economies attendues EPO	AM
Action 4 : Accompagnement des établissements sur le thème anti-TNF (biothérapie)	<u>Rhumato</u> : 1 ^{er} semestre 2017 <u>MICI</u> : 2 ^{ème} semestre	Nb de visites en rhumato (PR et SPA) /nb d'ES ciblés Nb de visites en gastro (MICI)/nb d'ES ciblés Part des patients avec biothérapie Economies attendues anti-TNF	AM
Action 5 : Accompagnement des établissements sur les médicaments onéreux de l'asthme sévère	<u>EC Pneumos</u> : 2017-2019 (suspendue)	Nb de visites en pneumo/nb d'ES ciblés Economies attendues sur les médicaments onéreux	AM
Action 6 : Accompagnement des établissements sur les médicaments onéreux « Hormones de croissance »	<u>Pédiatrie/endocrino</u> : 2 ^{ème} semestre 2017	Nb de visites en pédiatrie-endocrino/nb d'ES ciblés Economies attendues sur les médicaments onéreux	AM

Action 7 : Accompagnement des établissements sur le thème des anticoagulants oraux directs(AOD)	2017/2019 (en attente de la réévaluation de la fiche de transparence)	Nb de visites en cardio/nb d'ES ciblés (action régionale) Economies attendues AOD	AM
Action 8 : Accompagnement des établissements sur le thème hépatite C	2017/2019 (suspendue)	Nb de visites en médecine interne/nb d'ES ciblés Economies attendues NAAD	AM

Chantier 5 Maitrise médicalisée des dispositifs médicaux prescrits à l'hôpital

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	indicateurs	acteurs
Action 1 : Augmenter le niveau de compétence sur la nomenclature LPP	2017/2019	Nb d'actions de sensibilisation des ES aux indications de la LPP à fort enjeu liste en sus et PHMEV	ARS/OMEDIT/AM
Action 2 : Expertiser les pratiques des prestataires de la région	2017	Nb de « profils » PSAD requêtés (analysés)/Nb de PSAD de la région Nb de diagnostics « ES à problème LPP » réalisés/nb d'ES de la région	ARS/OMEDIT
Action 3 : Accord de méthode sur établissement(s) ciblé(s)	2017-2019 (annuelle)	Nb d'accords de méthode signés/nb d'ES ciblés Tx d'évolution des dépenses de PHMEV-LPP des ES ciblés	ARS/AM
Action 4 : Actions d'accompagnement sur les Compléments Nutritionnels Oraux	3 ^{ème} trimestre 2016 -> 2 ^{ème} trimestre 2017	Nb d'ES visités /nb d'ES ciblés	AM
Action 5 : Actions d'accompagnement sur l'oxygénothérapie	Action régionale (Mémo) : 4 ^{ème} trimestre 2016 -> 2 ^{ème} trimestre 2017 Généralisation du modèle ordonnance : 3 ^{ème} trimestre -> 4 ^{ème} trimestre 2017	Nb d'ES visités/nb d'ES ciblés Diffusion généralisée du modèle d'ordonnance Oxygéno : OUI/NON	
Action 6 : Actions d'accompagnement sur les pansements	2 ^{ème} trimestre 2017	Nb de visites établissements /nb d'ES ciblés	AM
Action 7 : Actions d'accompagnement sur les perfusions systèmes passifs et actifs	2ème trimestre 2017	Nb d'ES visités/nb d'ES ciblés (action régionale)	AM

Indicateur national de résultat :

Evolution des dépenses de prescriptions hospitalières de LPP exécutées en ville

Chantier 6 : Utilisation du RPPS

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	Indicateurs	acteurs
Action 1 : Mener des actions de sensibilisation et d'accompagnement auprès des établissements	2017/2018	Tx de prescriptions hospitalières exécutées en ville incluant les numéros RPPS et FINESS de l'ES (rapport d'étape CBU) Nb d'actions de sensibilisation	ARS/AM/OMEDIT
Action 2 : Accompagner et inciter les pharmaciens à renseigner le n° RPPS et le n° FINESS des ES	2017/2018	Nb de pharmacies visitées par les DAM Nb d'EC pharmaciens	AM
Action 3 : Suivre le taux de renseignement du RPPS via les prescriptions exécutées en ville	2017/2019	Nb de requêtes par an	AM

Chantier 7 : Poursuivre la contractualisation avec les établissements

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	Indicateurs	acteurs
Action 1 : Signature des contrats	2016-2019 (annuelle) CAQOS ; 2016 CAQES (volet obligatoire) ; 2017-2019	Nb de contrats signés/nb d'ES ciblés Tx d'évolution des dépenses de PHMEV-LPP des ES ciblés Tx de prescription dans le répertoire des médicaments génériques des ES ciblés	ARS/AM/ES
Action 2 : Application des sanctions en cas de refus de contractualisation	2016-2019 (annuelle)	Nb de d'établissements sanctionnés/nb d'établissement ayant refusé la contractualisation	ARS/AM
Action 3 : Accompagnement des établissements signataires	2016/2019 (semestrielle)	Nb de visites d'accompagnement/nb d'ES signataires Nombre d'ES ayant eu diffusion de son profil trimestriellement / nb d'ES signataires	ARS/AM/OM EDIT
Action 4 : Evaluation des résultats et application des intéressements ou sanctions	2016/2019 (annuel)	Nb de contrats évalués/nb de contrats signés	ARS/AM/OM EDIT

Transports de patients prescrits en établissement

En 2015, la dépense annuelle de transport de patients s'élevait à 4,1 Mds 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 transport imputées sur l'enveloppe de 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.

PRIORITES 2016-2019

Champ ciblé : Tous les établissements de santé privés/public, tous secteurs

- ⇒ Agir pour renforcer la pertinence de la prescription médicale de transport (outils en ligne et fiches repères, développement des contrôles au niveau de la liquidation et ex-post, identification du prescripteur par le 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 de 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 (dialyse) et permettant de moduler les conséquences financières en fonction de l'implication des ES.
- ⇒ Améliorer l'organisation interne des établissements pour permettre la centralisation de la commande et la régularisation 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.

ENGAGEMENTS de l'ARS et de L'Assurance Maladie (CGSS, DRSM, RSI)

Chantier 1 : Poursuivre la contractualisation avec les établissements

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	indicateurs	acteurs
Action 1 : Signature des contrats	2016-2019 (annuelle) CAQOS : 2016 CAQES (volet Transport) : 2017-2019	Nb de contrats signés / nb d'établissements ciblés	ARS/AM
Action 2 : Application des sanctions en cas de refus de contractualiser	2016-2019 (annuelle)	Nb de sanction / nb de refus de contractualisation	ARS
Action 3 : Accompagnement des établissements signataires	2016/2019 (semestrielle)	Nb de visite /nb d'ES signataires Nb d'ES ayant eu diffusion de son profil trimestriellement/nb d'ES signataires	ARS/AM
Action 4 : Evaluation des résultats et application des intéressements ou sanctions	2016-2019 (annuelle)	Nb de contrats évalués/nb de contrats signés	ARS/AM

Chantier 2 : Améliorer l'organisation interne des établissements pour permettre la centralisation de la commande et la régulation des transports

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	Indicateurs	Acteurs
Action 1 (régionale) : Mise en place de la plateforme	2017/2018	Etablissement du plan d'action (avec échéances et validation CRC3A) : OUI/NON Respect des délais du plan d'action	AM/ARS
Action 2 (régionale) : Promotion de la plateforme	2018/2019	Nb de rencontre avec les transporteurs (nb de comptes-rendus)	AM/ARS
Action 3 (régionale) : Suivi de la montée en charge de cette prestation	2019	Tx d'évolution des dépenses de Transport de l'ES dans établissements avec commande centralisée	AM/ARS

Chantier 3 : Utiliser les contrôles pour renforcer les bonnes pratiques

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	Indicateurs	acteurs
Action 1 (régionale) : Clôture des inspections et des contrôles réglementaires des transporteurs sanitaires	2016	Nb d'inspections réalisées et closes / nb d'entreprises ciblées	ARS
Action 2 (régionale) : Définition d'un nouveau programme de contrôle commun	2017	Etablissement du plan d'action (avec échéances) : OUI/NON	ARS/AM
Action 3 (régionale) : Réalisation du programme de contrôle commun	2017/2019	Nb d'inspections réalisées / nb d'entreprises ciblées Nb de réunions trimestrielles (nb de compte-rendu) pour le suivi commun ARS/AM	ARS/AM

Chantier 4 : Agir pour renforcer la pertinence de la prescription médicale de transport

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	Indicateurs	acteurs
Action 1 : Transmission des données trimestrielles de prescriptions aux ES (hors contrat)	2016-2019 (annuelle)	Nb de courriers trimestriels / nb d'établissements	ARS
Action 2 : Visites PHEV Transport	2016-2019 (annuelle)	Nb de visites réalisées / nb d'établissements ciblés	AM
Action 3 : Diffusion des outils d'aides à la prescription (outils en ligne et fiches repères)	2017-2019 <u>Fiches repères</u> <u>Transports itératifs</u> <u>autres (cancéro, psy...)</u> : 2 ^{ème} semestre 2017	Nb de visites avec diffusion des outils / nb d'établissements ciblés	AM
Actions 4 : Accompagnement des	2016-2019 (annuelle)	Nb d'accords de	ARS/AM

établissements de santé via des accords de méthode		méthode signés/nb d'ES ciblés Tx d'évolution des dépenses de transport des ES ciblés	
Action 5 : Inciter les établissements à faire figurer la double identification (FINESS et RPPS) sur les ordonnances	2016/2017	Tx de prescriptions hospitalières exécutées en ville incluant le numéro RPPS et le numéro FINESS de l'établissement Nb d'actions de sensibilisation	ARS/AM

Chantier 5 : Sensibilisation des patients : mise à disposition d'outils patients

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	indicateurs	acteurs
Action 1 : Incitation au co-voiturage	2016/2019	Taux de transport hors ambulance partagés	
Action 2 : Mise en œuvre de la campagne de communication sur les transports dans les ES	Juin - Décembre 2017	Affichages et/ou vidéo dans tous les ES : OUI/NON	AM

Indicateur national de résultats :

Evolution des dépenses de prescriptions hospitalières de transports exécutées en ville

Virage ambulatoire et optimisation des capacités d'hébergement en hospitalisation complète

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).

1. Chirurgie ambulatoire

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 52,1 % en 2015 au niveau régional. Le résultat constaté en fin d'année est de 51,9%, en progression 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).

PRIORITÉS 2016-2019

Champ ciblé : Tous les établissements de santé privé/public tous secteur

- ⇒ Accompagner les efforts d'organisation des structures pratiquant la chirurgie ambulatoire.
- ⇒ Inciter au développement des prises en charges ambulatoires sur la base d'objectifs de progression personnalisés par établissement.
- ⇒ 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.

ENGAGEMENTS de l'ARS et de l'Assurance Maladie

Chantier 1 : Accompagner les efforts d'organisation des structures pratiquant la chirurgie ambulatoire (CHU, CHBT, CHLCF, Clinique des Eaux Claires, Polyclinique de Guadeloupe)

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	Indicateurs	acteurs
Action 1 : Mission BEAUSSIER	2016-2019 (annuelle)	Nombre d'ES accompagnés	Pr BEAUSSIER + Mission ARS/Assurance Maladie
Action 2 : Tableau de bord de suivi par établissement	2016/2019	Nombre d'établissements ayant un tableau de bord de suivi	Mission ARS/Assurance Maladie

Chantier 2 : Parvenir sur la base d'objectifs personnalisés par ES à améliorer l'efficacité des organisations

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	indicateurs	acteurs
Action 1 : Contractualiser des cibles personnalisées sur la base de la transférabilité des séjours et moduler la progression en tenant compte de l'environnement	2016/2019	Taux de transférabilité des séjours par établissement	ATIH/ARS
Action 2 : Cibler et déployer les actions à engager au sein des ES	2016/2019	Nb d'actions ciblées par ES Nb d'actions ciblées déployées	Mission ARS/Assurance Maladie
Action 3 : Favoriser l'accompagnement des ES dans la mise en œuvre de leur plan d'action	2016/2019	Nombre de visites sur site sur nombre d'établissements ciblés	mission ARS/Assurance Maladie établissements
Action 4 : Encourager les actions de partage de bonne pratiques entre ES et les PS (ORCAGIN)	2016/2019	Nombre de réunions d'accompagnement (nb de comptes rendus)	ORCAGIN

Chantier 3 : Etendre la CA à des gestes /actes plus complexes, pathologies plus lourdes et populations plus diverses

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	indicateurs	acteurs
Action 1 : Soutenir et accompagner les projets innovants	2016/2019	Indicateurs de performance de chirurgie ambulatoire	ATIH
Action 2 : Appel à projet fond de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et sélectionner les ES	2016 2017	Nombre d'établissements ayant candidaté 2016 :3 Nombre d'établissements retenus 2016 : 2	ORCAGIN
Action 3 : Veiller à la qualité et la sécurité des prises en charges	2016/2019	Nombre de ré-hospitalisations à J7	Requête PMSI

Chantier 4 : Incrire la séquence chirurgicale dans le parcours de soins du patient pour éviter que son hospitalisation soit un moment de rupture

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	indicateurs	acteurs
Action 1 : Favoriser par les moyens les plus appropriés, le partage d'informations en amont et en aval du séjour hospitalier entre les PS de ville/médico-social et les professionnels hospitaliers via la mise en place d'interfaces entre l'unité de CA et les PS de ville	2016/2019 Evaluation annuelle	Mise en place du DPM et de messagerie sécurisée et du courrier le jour de la sortie par établissement Enquête de satisfaction du dispositif	Etablissements URPS ORCAGIN
Action 2 : Développer les AAP favorisant la récupération améliorée après chirurgie (RAAC)	2016/2019	Nombre d'établissement adhérent au dispositif	AM/ARS/Etablissements et URPS

Chantier 5 : Développer la formation des acteurs

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	indicateurs	acteurs
Action 1 : Encourager le personnel soignant et non soignant à participer aux formations continues	2016/2019	Nb de formations continues réalisées par établissement ou inscrit au plan de formation Nb de personnel formé/ nb de personnel	Etablissements
Action 2 : Développer l'agrément de nouveaux lieux de stage dans le cadre des formations initiales des internes (UCA)		Nombre d'établissements agréés sur nombre d'établissement susceptible de l'être	ARS établissements

Chantier 6 : Assurer une large communication sur les bénéfices de la chirurgie ambulatoire

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	indicateurs	acteurs
Action 1 : Déployer par divers moyens la sensibilisation de l'ensemble des parties prenantes de la CA	2016/2019	Nombre de campagnes de sensibilisation réalisées	ARS/AM ORCAGIN
Action 2 : Organisation de journées régionales de la CA	2016-2019 (annuelle)	Organisation d'une journée de la CA : OUI/NON	Equipe projet ARS /AM (Pf Beaussier) ORCAGIN

Chantier 7 : Encourager la contractualisation et maintenir les mesures de MSAP en améliorant la traçabilité de la procédure

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	indicateurs	acteurs
Action 1 : Cibler les structures atypiques au regard des taux régionaux et nationaux	2016-2019 (annuelle)	Nb de structures ciblées nationalement Nombre de structures ciblées régionalement	ARS/AM
Action 2 : Contractualisation avec les structures ciblées régionalement	2017-2019 (annuelle)	Nb de contrats/ nb de structure ciblés pour un contrat :	ARS/AM
Action 3 : Mise sous accord préalable des établissements ciblés	2016-2019 (annuelle)	Nb d'ES mis sous accord préalable/nb de structures ciblées MSAP :	ARS/AM
Action 4 : Poursuivre l'amélioration de la traçabilité de la procédure de MSAP	2016-2019 (annuelle)	Signature de la charte de fonctionnement Nb d'ES contrôlés a posteriori/nb d'ES MSAP :	Assurance Maladie/ Etablissements
Action 5 : Poursuivre la diffusion large de la liste des gestes à chaque actualisation	2016/2019	Nb d'interventions auprès des établissements	Assurance Maladie/ARS

2. PRADO : programme d'accompagnement au retour à domicile après hospitalisation

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 préexistant.

Champs ciblé :

Tous les établissements privés /public tous secteur (1 référent par établissement).

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 évaluation fin 2016. Fin de l'expérimentation en 2017, ce volet sera intégré au volet PAERPA

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 aussi à l'étude pour les patients ayant subi un AVC après une hospitalisation en MCO.

ENGAGEMENTS de l'ARS et de l'Assurance Maladie

Chantier 1 : Réduction de la durée moyenne de séjour en établissement des séjours Maternités

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	indicateurs	acteurs
Action 1 : Poursuivre l'adhésion des assurés à PRADO Maternité	2016/2019	Nb d'adhésions	AM
Action 2 : Mise en œuvre de l'expérimentation « Sortie précoce » pour la Maternité	2017/2019	Nb d'adhésions	AM

Chantier 2 : Développement de prise en charge ambulatoire et optimisation du recours aux soins de suite et réadaptation : PRADO ORTHOPEDIE

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	indicateurs	acteurs
Action 1 : Poursuive la contractualisation avec les ES sur PRADO Orthopédie	2016/2017	Nb d'établissements proposant PRADO chirurgie orthopédique	AM /ARS
Action 2 : Poursuivre l'adhésion des assurés à PRADO Orthopédie et fragilité osseuse	2016/2019	Nb d'adhésions	AM
Action 3 : Développer le programme Prado pour d'autres chirurgies (digestives,...)	2017/2018	Nombre de volets déployés	AM/ARS

Chantier 3 : Réduction des ré hospitalisations en améliorant la qualité de la prise en charge en ville par une meilleure coordination des professionnels de santé

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	indicateurs	acteurs
Action 1 : Engager la contractualisation avec les établissements sur PRADO Insuffisance cardiaque	2017	Nb d'établissements proposant PRADO Insuffisance cardiaque	AM/ARS
Action 2 : Mettre en place les conditions pour l'adhésion des assurés à PRADO insuffisance Cardiaque	2017/2018	Nb d'échange confraternel Nb de rencontre avec les professionnels Nb d'adhésions	AM
Action 3 : Mettre en œuvre PRADO Personne âgée pour prévenir les ré-hospitalisations des personnes âgées Dès généralisation du programme	2018/2019 Dès généralisation du programme	Nb d'établissements proposant PRADO/PAERPA	AM/ARS
Action 4: Engager la contractualisation avec les établissements sur PRADO Plaies chroniques pour réduire les durées de cicatrisation, les hospitalisations et les amputations Dès généralisation du programme Intégré dans PRADO PAERPA	2018/2019 Dès généralisation du programme	Nb d'établissements proposant PRADO Plaies chroniques	AM/ARS

3. Insuffisance rénale chronique terminale

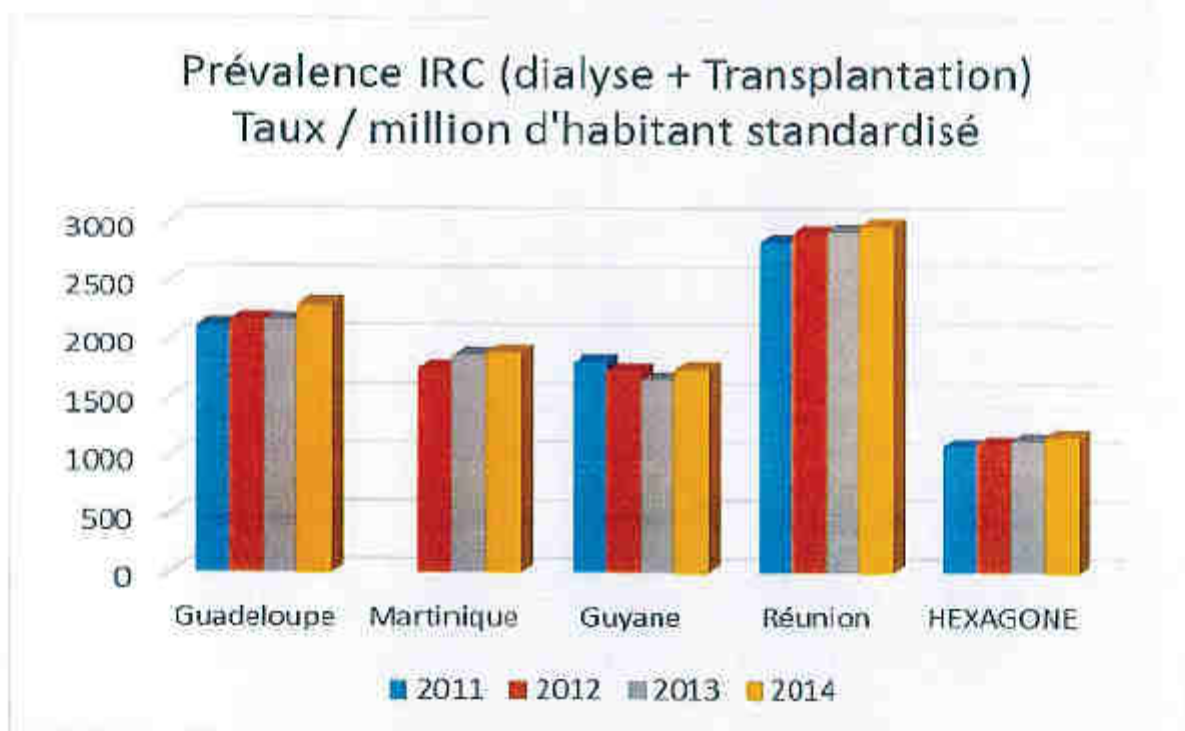
Le bloc consacré à l'IRCT consiste à mieux organiser le parcours en amont de l'IRCT (baisse de moitié des dialyses évitables en urgence à l'horizon 2020 (versus 30 % en 2014 en France et 39,8 en Guadeloupe mais ~~31,8% en taux standardisés comparables~~) ainsi que de développer la greffe (objectif de 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 90 jours du démarrage de la suppléance en 2020 versus 30% en 2013).

Priorités Nationales 2016-2017

Champs ciblé : Tous les ES privé/publics, tous secteurs (1 référent par établissement)

- ⇒ Poursuivre les baisses tarifaires de l'hémodialyse en centre sur la base d'un objectif de neutralité tarifaire.
- ⇒ Expérimentation 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-image 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 ciblée de greffe et de dialyse sur la base des recommandations de l'HAS relative aux stratégies efficaces de prise en charge de l'IRCT.



Le tableau de prévalence comparative ci-dessus issue du registre REIN (Dr GABRIEL) nous rappelle l'intérêt pour la Guadeloupe d'un plan d'action adapté. Prévalence en 2^e position devant les deux autres DFA et l'hexagone.

ENGAGEMENTS de l'ARS et l'assurance maladie

Chantier 1 : Améliorer le dépistage et la prévention de l'IRC

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	Indicateurs	acteurs
Action 1 : Poursuivre les actions d'accompagnement.	2016/2019 <u>Semaine de prévention IRC :</u> 2017	Réalisation d'une semaine de prévention sur l'IRC	FNAIR GUADELOUPE CRIRC, ARS/AM
Action 2 : Analyse commune des indicateurs.	2016/2019 (évaluation annuelle)	(ROSP indicateur 1) Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro albuminurie sur échantillon d'urines et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire (ROSP Indicateur 2) Part des patients MT traités par antihypertenseurs ayant	ARS/AM

		bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	
--	--	---	--

Chantier 2 : Renforcer le prélèvement et la greffe (notamment don du vivant et greffe préemptive)

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	indicateurs	acteurs
Action 1 : Organiser des journées régionales interrégionales sur l'IRC et la greffe rénale	2017	Journées régionales ou inter-régionales / OUI/NON	CRIRC
Action 2 : Mettre en place le parcours pré-suppléance	2017/2018	Ecriture du parcours pré-suppléance : OUI/NON	Groupe de travail pré suppléance
Action 3 : Mettre en place un plan d'action concernant le suivi en post greffe	2018/2019	Ecriture du parcours post greffe : OUI/NON	Groupe de travail post greffe

Chantier 3 : Développer la dialyse péritonéale en favorisant les prises en charge de proximité des nouveaux patients

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	indicateurs	acteurs
Action 1 : Développer la dialyse péritonéale	2016/2019 (évaluation annuelle)	Nb de patients en DP hors centre sur nb de patient dialysé (par établissement) Nb de patients (en (DP à domicile) hors centre sur nb de patients dialysés par établissement (DP, auto-dialyse de proximité, dialyse à domicile)	Etablissements
Action 2 : lutter contre l'isolement des patients insuffisants rénaux	2016/2019	2017 plan d'action	FNAIR/ARS/CREPS

Chantier 4 : Renforcer l'efficacité des structures de soins

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	indicateurs	acteurs
Action 1 : Diffusion auprès des établissements d'un guide méthodologique élaboré par l'ANAP sur les organisations efficaces en structure de soins	2017	Nb d'interventions auprès des établissements/sur nombre de structures concernées	Mission ARS Assurance Maladie
Action 2 : Contrôle des ES sur l'application des recommandations	2016-2019 (annuelle)	Etablissements contrôlés sur établissements ciblés	ARS

Chantier 5 : Mise en œuvre d'économies de transport pour la dialyse

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	indicateurs	acteurs
Action 1 : Cartographie des patients dialysés par centre	2017	Réalisation d'une cartographie	ARS
Action 2 : Développer la dialyse	2016/2019	Nb de patients en DP hors	Etablissements

hors centre (notamment en EHPAD)		centre	
		Nb de patients en DP à domicile	
		Nb de patients dialysés en EHPAD	

4. MEDECINE 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 (ex. 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.

Priorité 2016-2017

Champs ciblé : Tous les établissements privés/publics, tous secteurs (1 référent établissement)

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 « prestations intermédiaires » ou consultations

Optimisation de l'ambulatoire :

- ⇒ Regroupement des HDJ existants (pour améliorer l'efficacité des organisations) en unités d'hospitalisation de jour.

ENGAGEMENTS de l'ARS et l'assurance maladie :

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	indicateurs	acteurs
Action 1 : Créer un groupe de travail régional avec les référents Etablissement	2018	Création de l'observatoire 2018 et nb de réunion/an ensuite	ARS/ES
Action 2 : Réalisation d'une cartographie de l'HDJ en Guadeloupe et îles du nord	2018/2019	Cartographie des unités d'HDJ et des spécialités Réalisation 2018-2019 puis diffusion aux PS.	ARS/AM
Action 3 : Définition de l'organisation des unités d'HDJ	2018/2019 <i>(Action différée, note d'instruction à paraître en sept. 2017)</i>		ARS, OBSERVATOIRE (à créer)
Action 4 : Accompagner les établissements sur les modifications réglementaires concernant l'HDJ	2017	Réalisation d'une réunion de promotion avec le soutien de l'ANAP	ARS/AM

Indicateurs global :

⇒ Taux d'HDJ régional et décliné par établissement

5. Optimisation des capacités d'hébergement en hospitalisation complète

Ce programme est la résultante directe des deux précédents : hospitalisation 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 diminution de la 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 efficiente 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).

Priorités 2016-2017

Champs ciblé : Tous les établissements privés et public tous les secteurs (1 référent par établissement)

Poursuivre la phase de diagnostic.

Poursuivre les regroupements d'activités en s'appuyant sur les filières définies par le PMP de la Guadeloupe et des îles du nord.

ENGAGEMENTS de l'ARS

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	Indicateurs	acteurs
Action 1 : S'approprier et diffuser les outils IGAS-IGF pour le développement de l'ambulatoire	2016	Diffusion de l'outil aux établissements	ARS
Action 2 : S'approprier et diffuser les outils de l'ANAP	2017	Journée présentation ANAP	ARS/AM
Action 3 : Tableau de bord de suivi des transferts HC et HDJ / Regroupement en unité de l'HDJ existante	2019	Tableau de bord : Des établissements ciblés	ARS
Action 4 : Partage des bonnes pratiques au sein des Observatoires	2018	Création d'un observatoire De l'HDJ en médecine	ARS/ établissements

Indicateurs régionaux déclinés par établissements.

Taux d'utilisation/occupation des lits en médecine et en chirurgie-hors ambulatoire

IP-DMS en médecine et en chirurgie hors ambulatoire

Taux de réduction capacitaire

6. Soins de suite et de réadaptation - SSR

Le virage ambulatoire en SSR consiste à la fois en :

Transfert de séjours d'hospitalisation complète vers de l'hospitalisation de jour ;

Une optimisation et un développement des HDJ existants : meilleure rotation des patients ;

Une meilleure graduation de l'offre : HC hospitalisation de semaine (HS), HDJ, ACE, ville et organisation du parcours patient en utilisant ces différents outils de façon pertinente.

Priorités 2016-2017

Transfert de séjours d'HC vers des séjours d'HDJ.

Transfert de séjour d'HDJ vers des PEC intermédiaires ou consultations.

Optimisation de l'ambulatoire :

Développement des HDJ existantes

Parcours progressifs des patients, d'HC vers l'HS, puis vers L'HDJ pour ensuite favoriser le retour à domicile travail en coopération avec le secteur ambulatoire.

ENGAGEMENTS de l'ARS et de l'Assurance Maladie

Chantier 1 : Mettre en œuvre la coordination SSR

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	Indicateurs	acteurs
Action 1 : Cartographier l'offre SSR par type de prise en charge	2017	Cartographie des établissements SSR polyvalents et spécialisés/territoire de santé	ARS
Action 2 : Intégrer le SSR dans les parcours de soins en lien avec l'hôpital et la ville	2017-2019	Nombre de demandes d'admission MCO-> SSR - Via-Trajectoire - Diffuser l'outil d'aide à la décision pour l'admission des patients en SSR (Guide HAS, algorithme décisionnel) Favoriser les entrées directes justifiées de la ville en SSR (ACE ou HDJ notamment) sans passage par les urgences ou le MCO quand c'est possible (notamment pour les PA)	ARS
Action 3 : Déploiement de Via-Trajectoire sur le médico-social	2017-2019	Déploiement des modules « Personne Handicapée » et « Personne Agée » Nombre d'ESMS utilisant Via-Trajectoire	ARS

Chantier 2 : Maintenir les mesures de MSAP et améliorer la traçabilité de la procédure

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	Indicateurs	acteurs
Action 1 : Cibler les structures atypiques au regard des taux régionaux et nationaux et mettre sous accord préalable	2016-2019 (ciblage annuel)	Nombre de structures ciblées (structures MCO mises sous accord préalable) Nombre de MSAP/nombre de structures ciblées	ARS/AM
Action 2 : Poursuivre l'amélioration de la traçabilité de la procédure de MSAP, en poursuivant notamment les contrôles <i>a posteriori</i>	2017-2019 (selon ciblage de l'année précédente) <i>En attente d'instructions nationales</i>	Nombre de constats <i>a posteriori</i> /Sur le nombre d'établissements ciblés	AM/ARS

Chantier 3 : Déploiement de la TZA SSR

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	Indicateurs	acteurs
Action 1 : Accompagnement des établissements de SSR	2017-2019	Nombre de professionnels des établissements SSR participant aux formations et séminaires organisés par la coordination SSR971	ARS/AM
Action 2 : Contrôle TZA SSR	2017/2019 <i>En attente d'instructions nationales</i>		AM

Psychiatrie

Le bloc virage ambulatoire psychiatrie vise au développement des prises en charges 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 ambulatoire ;
- Réduire les inégalités régionales d'accès aux soins.

Priorités 2016-2017

Champs ciblé : tous les établissements de santé privé /public tout secteur

Identifier les établissements présentant des écarts par rapport aux taux de recours moyen à l'hospitalisation complète et à la durée moyenne hospitalière (DMH) ; les accompagner ; mettre à disposition des référentiels ATIH, ANAP et Assurance maladie permettant d'apprécier l'offre à l'échelle du territoire en intégrant les données relatives à l'offre *médico*-sociale

Mobiliser les structures d'hébergement et d'accompagnement des personnes handicapées psychiques dans les secteurs social et *médico*-social

ENGAGEMENTS de l'ARS

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	indicateurs	acteurs
Action 1 Poursuivre l'élaboration du parcours de santé mentale	2016-2019		ARS
Elaborer le projet territorial de santé mentale	Juin 2017	Existence du PTSM	ARS pilote
Articuler avec le secteur médico-social	2017	Sujet intégré dans le PRS 2	
Mettre en œuvre le Décret sur le panier de services minimum en psychiatrie	2017	Projet médico soignant de l'EPSM de Guadeloupe et du CH de St martin	
Identifier les établissements séjours longs. DMS longue par manque de structure d'aval (MAS psychiatrique, appartement thérapeutique ...)	2016-2017	DMS par établissement et pathologie (évolution)	
Identifier le besoin d'offre à temps partiel. Nombre de passage aux urgences		Nombre de passages aux urgences ayant donné lieu à une hospitalisation en psy Délais de prise en charge en consultation psychiatrique	
Action 2 : mise en place dans chaque territoire un Conseil local de santé mentale	2017-2018	8 CLSM au 31.12.18	ARS/AM
Action 3 : Poursuivre les efforts de mutualisation et de regroupement d'établissement	1.01.2018	EPSM unique en Guadeloupe	ARS
Action 5 : Améliorer la qualité du recueil des données PMSI Groupe de travail COTRIM	2017	Mise en place (oui/non) Nombre de sanction sur nombre d'établissements ne remontant pas le PMSI	ARS

8. Hospitalisation à domicile HAD

Le positionnement défini pour l'HAD au sein du plan ONDAM est celui d'une offre à développer en substitution de prise en charge complexes faisant l'objet d'hospitalisation en établissement conventionnel à titre d'exemples de prise 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.

Priorités 2016-2017

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

Inclure dans les CPOM des objectifs de prescription de l'HAD ciblés sur des activités directement substituables.

Adapter les prochains SROS aux orientations de la CIRCULAIRE N°DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD).

Accompagner la montée en charge de l'HAD dans les logiciels d'orientation patient (LOP) 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 l'HAS en janvier 2015.

Suivre et évaluer le dispositif de sortie précoce améliorée (RAC) de chirurgie par mobilisation de l'HAD (instruction DGOS 6/06/2016).

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 médico-sociaux (ESMS).

ENGAGEMENTS de l'ARS et de l'Assurance Maladie

Chantier 1 : Réduction des délais d'admission en HAD

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	indicateurs	acteurs
Action 1 : Mettre en place un dispositif « Sortie précoce améliorée » de chirurgie par mobilisation de l'HAD	2017-2019	Décliner le dispositif Nombre d'HAD participant au dispositif Nombre de prescripteurs de chirurgie participant au dispositif (DMS chirurgie)	ARS
Action 2 : Accompagner la montée en charge de via-trajectoire	2016-2019 annuel	Tx d'entrée en HAD via trajectoire sur nombre d'entrées post MCO	ARS

Chantier 2 : Développement de l'hospitalisation à domicile (HAD)

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	indicateurs	acteurs
Action 1 : Développer l'intervention de l'HAD en ESMS	2016-2019	Part des séjours en HAD réalisés au bénéfice de résidents d'établissements sociaux et médico-sociaux Réunion médecins Co HAD et EHPAD et MAS	ARS
Action 2 : Accompagner le développement de la chimiothérapie à domicile		Part des journées de chimiothérapie dans l'activité globale d'HAD	ARS + AM

Action 3 : Favoriser les transferts de patients en soins palliatifs vers l'HAD (en lien avec le plan soins palliatifs 2016-2018)		Part des journées de soins palliatifs dans l'activité globale d'HAD	ARS
Action 4 : Diffuser le référentiel de bonnes pratiques sur la Pertinence du SSR en HAD		Part des journées de rééducation dans l'activité globale d'HAD	ARS

Chantier 3 : Pertinence de l'HAD

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	indicateurs	acteurs
Action 1 : Inscrire des objectifs de prescription de l'HAD dans les CPOM des établissements MCO et ESMS		Part des CPOM des établissements d'HC (MCO et SSR) comportant des objectifs de prescription HAD Part des CPOM des ESMS comportant des objectifs de prescription HAD	ARS
Action 2 : Diffuser le référentiel de bonnes pratiques sur l'indication de transfert venant de MCO et SSR		Diffuser le référentiel Evolution annuelle du pourcentage des transferts de séjour MCO et SSR vers l'HAD	ARS

Chantier 4 : Poursuivre les contrôles

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	indicateurs	acteurs
Action 1 : Contrôles T2A HAD	2016-2019 annuelle	Nombre d'établissements contrôlé sur nombre d'établissements ciblés	DRSM
Action 2 : Contrôles administratifs (facturation en sus du forfait)	2016-2017	Taux de récupération d'indus	AM

Chantier 5 : Améliorer le recueil d'information médicale en HAD

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	indicateurs	acteurs
Action 1 : Améliorer la connaissance des acteurs du PMSI	annuelle	Présentés aux établissements résultats analyses annuelles	ARS COTRIM
Action 2 : Cibler les établissements		Nombre d'établissements rencontrés/ciblés	ARS

Chantier 6 : Adapter les SROS aux orientations de la circulaire N°DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	indicateurs	acteurs
Action 1 : Etablir les filières HAD			ARS/AM
Action 2 : Intégrer dans la coordination HAD avec SSIAD, IDEL et EHMS et médecins traitants	2016-2019	Réunion de coordination Conventions HAD	ARS /AM

Chantier 7 : Accompagner les établissements d'HAD dans leur activité

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	Indicateurs	acteurs
Action 1 : Présentation des chiffres clés, de la patientèle, des trajectoires des patients et de l'activité de l'établissement (MMH-HAD)	2016-2019 (annuel)	Nb d'ES visités (avec profil) /nb d'ES ciblés	AM
Action 2 : Accompagnement des ES sur les facturations en sus du forfait	2017/2019	Nb d'actions d'accompagnement	AM

Indicateurs Nationaux :

Nombre de patients en HAD par jour et pour 100 000 habitants

Indicateurs régionaux :

Nombre de patients en HAD par jour et pour 100 000 habitants

Part des CPOM des établissements d'HC (MCO et SSR) comportant des objectifs de prescription HAD

Evolution annuelle du pourcentage des transferts de séjour MC (médecine et chirurgie) vers l'HAD

Pertinence des actes

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. Trente-trois 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'analyse des outils et référentiels ;

Mise en place d'outils régionaux d'incitation des établissements et des professionnels à réduire les variations de pratiques médicales ;

Contractualisation ARS et AM avec objectifs quantitatifs et qualitatifs par le PAPRAPS ;

Sensibilisation du grand public, des usagers et des professionnels (IRAPS).

Priorité 2016-2017

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

Suivre et diffuser la liste des thèmes prioritaires en fonction de l'évolution des pratiques.

Diffuser les référentiels (actuellement thyroïdectomie, cholécystectomie, chirurgie bariatrique, appendicectomie, chirurgie du canal carpien, amygdalectomie chez l'enfant et examens pré-anesthésiques).

Etendre la démarche à d'autres domaines (imagerie, biologie, soins de suite et réadaptation).

Faire vivre l'instance régionale chargée de l'amélioration de la pertinence des soins – IRAPS.

Mettre en œuvre le PAPRAPS.

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 séminaire national et formation des professionnels.

ENGAGEMENTS de l'ARS et de l'Assurance Maladie Chantier

Chantier 1 : Analyses et études statistiques des actes de chirurgie réalisés en région

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	indicateurs	acteurs
Action 1 : Ciblage et analyse des pratiques régionales (taux de recours)	2016-2019 (annuel)	Nb de rencontre ARS/AM sur Nb d'informations CNAMTS Nb d'actes de chirurgie ciblés/an	ARS/AM
Action 2 : Partage des données statistiques avec la profession et échanges sur les pratiques	<u>Endoscopie digestive</u> : 2016 <u>Mastectomie</u> : T2 2017 <u>Hystérectomie</u> : 2017	Nb de rencontres avec la profession	ARS/AM/ES

Chantier 2 : Sensibiliser les professionnels, les usagers et le grand public à la pertinence des soins

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	indicateurs	acteurs
Action 1 : Diffusion de l'atlas de variations des pratiques	2017/2019	Nombre de cibles atteintes sur nombre de cibles visées (PS et établissement)	ARS/AM
Action 2 : Faire vivre IRAPS comme vecteur de transmission	2016-2019 (suivi annuel)	Réunion avec QUORUM semestriel (2/ans)	ARS /AM/PS

Action 3 : Visites ARS/AM auprès des équipes médicales et administratives	<u>Cholécystectomie et Amygdalectomie</u> : 2016 <u>Pose de drain trans-tympanique (programme national)</u> : 4 ^{ème} trimestre 2017 <u>Chirurgie de la cataracte (programme national)</u> : 4 ^{ème} trimestre 2017	Nb de visites/nb d'ES ciblés	AM/ARS
Action 4 : Courriers de sensibilisation	2017/2019	Nb de courriers envoyés/nb d'assurés et de PS ciblés	

Chantier 3 : Contractualisation avec les établissements ciblés et/ou MSAP

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	indicateurs	acteurs
Action 1 : Ciblage des ES et signature des contrats	2017/2019 (annuel)	Nb d'établissement ayant un contrat/nombre ciblé pour contrat (annuel)	ARS/AM
Action 2 : Accompagnement des établissements signataires	2017/2019 (annuel)	Nb de visite/nb d'ES sous contrat	ARS/AM
Action 3 : Application des sanctions en cas de refus de contractualisation	2017/2019 (annuel)	Nb de sanctions appliquées en cas de refus/nb de sanctions prononcées pour refus	ARS/AM
Action 4 : Evaluation de la réalisation des objectifs du contrat	2017/2019 (annuel)	Nb de contrats évalués/nb de contrats signés	ARS/AM/ES
Action 5 : Mise sous accord préalable ou sanction pécuniaire le cas échéant	2017/2019 (annuel)	Nb de MSAP ou de sanctions/nb d'ES signataires n'ayant pas atteint leurs objectifs	ARS/AM

Indicateurs :

Nombre et taux annuel de contractualisation avec les établissements de santé (MCO) ciblés pour l'amélioration de la pertinence des soins

Evolution des actes ciblés les années précédentes

Indicateurs :

Nombre et taux annuel de contractualisation avec les établissements de santé (MCO) ciblés pour l'amélioration de la pertinence des soins

Tx d'évolution des actes ciblés les années précédentes

PROGRAMMES A DECLINAISON REGIONALE ASSURANCE MALADIE

Produits de santé prescrits en ville

Le bloc « produit de santé » Maitrise 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 milliard d'euros

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 pour 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 médicaments 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 chronique, favoriser le développement de l'orthèse d'avancée mandibulaire (OAM) pour la prise en charge du syndrome d'apnée du sommeil ; veiller au respect des indications des Compléments Nutritionnels Oraux (CNO).

Chantier 1 : Actions auprès des médecins généralistes

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	Indicateurs	acteurs
Action 1 : Accompagnement sur la lutte contre la iatrogénie chez les personnes âgées	<u>EC - vague 2</u> : Février 2016 <u>Courriers - vague 3</u> : 2 ^{ème} trimestre 2017 <u>EC ou visites DAM - vague 4</u> : 2 ^{ème} semestre 2017	Nb d'EC vague 2 (avec profil) / nb PS ciblés Nb courriers vague 3 / nb PS ciblés Nb d'EC ou visites DAM vague 4 (antalgiques) / nb PS ciblés Nb moyen de molécules par patient Tx d'évolution des hospitalisations pour iatrogénie parmi les patients âgés de 66 à 75 ans en ALD ou âgés de + de 75 ans	DRSM
Action 2 : Accompagnement sur la mention « non substituable »	<u>Courriers ciblés 2016</u> : Mars 2016 <u>EC ciblés 2017</u> : Avril - Juin 2017	Nb de courriers envoyés / nb de PS ciblés (taux de NS >25%) Nb d'EC/nb de PS ciblés (taux de NS = 10 à 26%) Tx global de prescription dans le répertoire des médicaments génériques	DRSM
Action 3 : Accompagnement sur les prescriptions hors AMM	<u>Courriers MIPE</u> : Avril 2016 <u>Courrier VERSATIS</u> 2017	Nb de courriers envoyés/nb de médecins ciblés MIPE	DRSM
Action 4 : Déclinaison au niveau régional de la campagne d'information sur les génériques	Octobre 2016 - Décembre 2018	Nb de visites DAM Conférence de presse : OUI/NON Affichages : OUI/NON Nb de courriers envoyés/nb assurés ciblés Marketing Tx global de prescription des génériques	DBAM (DAM/GDR) / DRSM / COMM
Action 5 : Accompagnement sur les antibiotiques	<u>Visites DAM Infections urinaires</u> : Février - Mai 2017 <u>Visites DAM en lien avec la ROSP</u> : Juill./Sept. - Déc. 2017	Nb de visites DAM sur infections urinaire / nb de PS ciblés Nb de visites DAM en lien avec la ROSP / nb de PS ciblés Economies attendues sur les ATB	DBAM (DAM)
Action 6 : Accompagnement sur la stratégie thérapeutique des anti-HTA	<u>Visites DAM Initiation association</u> : Mai – Sept. 2017	Nb de visites DAM sur initiation et association / nb de PS ciblés Economies attendues sur les anti-HTA	DBAM (DAM)
Action 7 : Accompagnement sur les antidiabétiques	<u>EC - vague 2</u> : Juin – Nov. 2017	Nb d'EC vague 2 (notamment sur l'insuline biosimilaire) / nb PS ciblés Economies attendues sur les antidiabétiques	DRSM
Action 8 : Accompagnement sur les hypolipémiants	<u>Visites DAM (iatrogénie - vague 4)</u> : Juin - Novembre 2017	Nb de visites DAM (dont iatrogénie) / nb de PS ciblés Economies attendues sur les hypolipémiants Tx de prescription dans le répertoire des statines	DBAM (DAM)
Action 9 : Accompagnement	<u>EC ciblés 2017</u> :	Nombre d'EC / nb de PS ciblés	DRSM

sur les anti-agrégants plaquettaires (AAP)	Septembre – Déc. 2017	Economies attendues sur les AAP	
--	-----------------------	---------------------------------	--

Chantier 2 : Actions auprès des médecins spécialistes

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	indicateurs	acteurs
Action 1 : Accompagnement sur la mention « non substituable »	<u>Courriers ciblés 2016</u> : Mars 2016	Nb de courriers envoyés / nb de PS ciblés >25% Tx global de prescription des génériques	DRSM
Action 2 : Accompagnement sur les antidiabétiques	<u>EC - vague 1</u> : 1 ^{er} trimestre 2016 <u>EC - vague 2</u> : Juin - Novembre 2017	Nb d'EC vague 1 (gliptines et analogues du GLP1) / nb d'endocrinologues ciblés Nb d'EC vague 2 (notamment insuline biosimilaire) / nb d'endocrinologues ciblés Economies attendues sur les antidiabétiques	DRSM
Action 3 : Accompagnement sur la DMLA	<u>Action régionale (rappel de la réglementation)</u> : Avril 2017	Nb de courriers envoyés (habilitation du prescripteur) / nb de PS ciblés régionalement Economies attendues sur la DMLA	DBAM (GDR)
Action 4 : Accompagnement sur les médicaments onéreux de l'asthme sévère	<u>Action régionale (rappel de la réglementation)</u> : Avril 2017 <u>Action nationale 2017</u> : 2017-2019 (suspendue)	Nb de courriers envoyés (habilitation du prescripteur) / nb de PS ciblés régionalement Nb d'EC / nb de pneumologues ciblés nationalement Economies attendues sur les médicaments onéreux	DBAM (GDR)
Action 5 : Accompagnement sur les hormones de croissances	<u>Action régionale (rappel de la réglementation)</u> : Mai 2017 <u>Action nationale 2017</u> : Juillet - Septembre 2017	Nb de courriers envoyés (indications) / nb de pédiatres et endocrinos ciblés régionalement Nb d'EC (biosimilaires, bon usage et utilisation hors-AMM) / nb de pédiatres et d'endocrinos ciblés nationalement Economies attendues sur les médicaments onéreux	DBAM (GDR)
Action 6 : Accompagnement sur les hypolipémiants	<u>EC (iatrogénie - vague 4)</u> : Juin - Novembre 2017	Nb d'EC (dont iatrogénie) / nb de cardiologues ciblés Economies attendues sur les hypolipémiants	DRSM
Action 7 : Accompagnement sur les anti-agrégants plaquettaires	<u>Action nationale 2017</u> : Septembre - Décembre 2017	Nb d'EC / nb de cardiologues ciblés Economies attendues sur les anti-agrégants plaquettaires	DRSM
Action 8 : Accompagnement sur les AOD	<u>Action régionale</u> : 2017-2019 (en attente de la réévaluation de la fiche de transparence)	Nombre d'EC / nb de cardiologues, MG, endocrinologues et néphrologues ciblés régionalement Economies attendues sur les AOD	DRSM

Chantier 3 : Actions sur les dispositifs médicaux

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	indicateurs	acteurs
Action 1 : Accompagnement sur les pansements	<u>Visites DAM :</u> Juillet 2016 – Mars 2017 <u>Mesure d'Impact :</u> 4 ^{ème} trimestre 2017	Nb de visites DAM/nb de médecins généralistes et d'infirmiers ciblés Réalisation de l'étude d'impact (action régionale) : OUI/NON	DBAM (DAM)
Action 2 : Accompagnement sur l'oxygénothérapie à long terme (action régionale)	<u>Envoi des courriers/ fiches :</u> Septembre 2016 <u>Etude d'impact et suites :</u> 2 ^{ème} semestre 2017	Nb de courriers envoyés/nb de médecins ciblés sur le critère « gaz/liquide » ou « non habilité » Envoi de la fiche pratique auprès de tous les fournisseurs : OUI/NON Réalisation de l'étude d'impact : OUI/NON Nb d'EC/nb de médecins ciblés « Gaz/liquide » (vague 2) Nb d'indus/nb de médecins ciblés « non habilité » (vague 2)	DRSM / DBAM (GDR)
Action 3 : Accompagnement sur la Pression Positive Continue (PPC)	<u>Action régionale :</u> Novembre 2016 <u>Promotion des Orthèses d'Avancées Mandibulaires (OAM):</u> <u>Pneumos et ORL :</u> Janvier - Mai 2017 <u>Chirurgiens-dentistes et stomatos :</u> Janvier - déc. 2017	<u>Fiche pratique PPC (action régionale) :</u> Nb de courriers envoyés/nb de médecins ciblés Envoi de la fiche pratique auprès de tous les pharmaciens : OUI/NON Réalisation de l'étude d'impact : OUI/NON <u>Promotion des OAM :</u> Nb d'EC/nb de pneumos et ORL ciblés Nb d'EC auprès des chirurgiens-dentistes et stomatologues Tx de progression des patients appareillés par OAM	DRSM / DBAM (GDR)
Action 4 : Accompagnement sur les Compléments Nutritionnels Oraux (CNO) (action régionale)	<u>Envoi des courriers/ fiches :</u> Décembre 2016 <u>Etude d'Impact et suites :</u> 2 ^{ème} semestre 2017	Nb de courriers envoyés/nb de médecins ciblés Envoi de la fiche pratique auprès de tous les pharmaciens : OUI/NON Réalisation étude d'Impact : OUI/NON Nb d'EC/nb de médecins ciblés	DRSM / DBAM (GDR)
Action 5 : Accompagnement sur les dispositifs consacrés au diabète	<u>Action régionale Bandelettes/Lecteurs:</u> <u>Envoi des courriers/ fiches :</u> Décembre 2016 <u>Courriers assurés :</u> 2 ^{ème} semestre 2017 <u>Etude d'Impact et suites :</u> 2 ^{ème} semestre 2017 <u>Action régionale Pompe à insuline :</u> 2 ^{ème} semestre 2017 <u>Action nationale :</u>	<u>Action régionale Bandelettes et Lecteurs :</u> Nb de courriers envoyés/nb PS ciblés. Envoi de la fiche pratique auprès de tous les pharmaciens : OUI/NON Nb courriers envoyés/nb assurés ciblés Réalisation étude d'impact : OUI/NON Nb d'EC/nb de MG ciblés (vague 2) <u>Action régionale Pompe à insuline :</u> Nb de courriers envoyés/nb de médecins/fournisseurs ciblés "dérive" <u>Action nationale sur le modèle d'ordonnance de la pompe à insuline et lecteurs de glycémie en continu :</u> Nb d'EC/nb endocrinos et MG ciblés	DRSM / DBAM (GDR)

	Avril/mai -> Déc. 2017		
Action 6 : Contrôle des ententes préalables sur les Forfaits 6	Mars/Avril - Mai 2017	Nb d'avis du Service Médical	DRSM / DBAM (PN)
Action 7 : Mise en place de demandes d'entente préalable sur les sièges coquilles	2 ^{ème} trimestre 2017	Nb d'avis du Service Médical	DRSM / DBAM (PN)

Indicateur national de résultat:

Economies attendues sur la LPP

Transports de patients prescrits en ville

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.

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

ENGAGEMENTS de l'Assurance Maladie

Chantier 1 : Accompagnement relatif aux prescriptions

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	indicateurs	acteurs
Action 1 : Accompagnement des différents acteurs dans la mise en conformité de leurs pratiques sur le caractère préalable de la prescription médicale de transport	2017/2019	Nb de courriers/nb d'assurés ciblés Nb de visites DAM auprès des transporteurs Nb de visites DAM auprès des prescripteurs (thème secondaire)	DBAM (GDR/DAM)

Action 2 : Déploiement du Service de Prescription Electronique de transport sur Espace Pro (SPE)	2 ^{ème} trimestre 2017	Nb de visites CIS	DBAM (CIS)
Action 3 : Diffusion de fiches repères Transports itératifs autres (cancéro, psy...)	2 ^{ème} semestre 2017	Nb de visites DAM	DBAM (DAM)

Chantier 2 : Les actions auprès des transporteurs

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	indicateurs	acteurs
Action 1 : Application des instructions particulières des dossiers de conventionnement des taxis	2017/2019	Note de service sur l'application de la LR-DDGOS-91/2016 : OUI/NON	DBAM (RPS)
Action 2 : Promotion du service « PEC+TIRAR »	2017	Intégration de l'obligation de l'utilisation du service PEC+TIRAR dans l'annexe tarifaire de la convention : OUI/NON	DBAM (CIS)
Action 3 : Mise en œuvre du Service Electronique Intégré Transport (SEFI)	2016/2017	Note de service sur l'application des bonnes pratiques préconisées par la LR-DDGOS-60/2016 : OUI/NON	DBAM (CIS)

Chantier 3 : Les actions de communication en direction des assurés et des prescripteurs

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	indicateurs	acteurs
Action 1 : Conférence/communiqué de presse	2017	Conférence de presse : OUI/NON	COMM / DBAM (GDR)
Action 2 : Sensibilisation des prescripteurs (présentation du memo, remise des affichettes et des flyers en cabinet)	2017	Nombre de visites DAM (thème principal) Affichage dans les cabinets médicaux : OUI/NON Economies attendues sur les transports (tous prescripteurs)	DBAM (DAM)
Action 3 : Explication du cadre réglementaire aux patients (vidéo, flyers, affichage dans organismes et cabinets médicaux, marketing direct auprès des patients ALD)	2017	Nb de courriers envoyés/nb assurés ciblés Marketing	COMM / DBAM (GDR)

Chantier 4 : Les actions de contrôle

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	indicateurs	acteurs
Action 1 : Mise en œuvre de la campagne des contrôles ciblés 2016 des transporteurs	2016/2017	Nb d'indus notifiés	DBAM (GDR)
Action 2 : Mise en place d'un contrôle a posteriori de l'utilisation erronée des codes d'exonération du ticket modérateur par les transporteurs réalisant + de 90% de leurs factures avec une exonération	2017/2019	Note de service sur l'application des bonnes pratiques préconisées par la LR-DDGOS-60/2016 : OUI/NON	DBAM (GDR)

Indicateur national de résultat :

Economies attendues sur les transports (tous prescripteurs)

Indemnités journalières prescrites en ville

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).

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).

ENGAGEMENTS de l'Assurance Maladie

Chantier 1 : Entretiens confraternels auprès des médecins généralistes

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	indicateurs	acteurs
Action 1 : Accompagnement préalable à aux campagnes MSO-MSAP	Janvier/Février 2016-2019 (annuelle)	Nb d'EC/nb de médecins ciblés Nb d'entretiens d'alerte/nb de médecins ciblés	DRSM/ DBAM
Action 2 : Accompagnement renforcé sur les IJ	Janvier-Mars 2017	Nb d'EC/nb de médecins ciblés	DRSM

Action 3 : Accompagnement sur la refonte des cas opératoires	Avril - Août 2017	Nb d'EC/nb de chirurgiens orthopédiques ciblés	DRSM
--	-------------------	--	------

Chantier 2 : Visites des DAM auprès des médecins généralistes

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	Indicateurs	acteurs
Action 1 : Accompagnement sur la prescription des arrêts de travail	2016	Nb de visites DAM/nb de médecins généralistes ciblés	DBAM (DAM)
Action 2 : Accompagnement sur le Certificat médical Initial - AT/MP	2016	Nombre de visites DAM	DBAM (DAM)
Action 3 : Accompagnement sur thème « Parcours de soins Lombalgie »	Octobre - décembre 2017	Nb de visites DAM/nb de médecins ciblés	DBAM (DAM)

Chantier 3 : Prévention de la désinsertion professionnelle

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	indicateurs	acteurs
Action 1 : Poursuite des parcours attentionnés auprès des assurés présentant un risque de désinsertion professionnelle	2016/2019	Nb de parcours attentionnés mis en place par an Taux de bénéficiaires accompagnés individuellement sur la problématique « désinsertion professionnelle » suite au signalement du SM	DRPPS / DBAM (PE)
Action 2 : Déploiement de l' "Agent facilitateur"	2017/2019	Information des médecins sur le dispositif : OUI/NON Nb de convocations/nb assurés ciblés	DRSM

Chantier 4 : Les actions de contrôle

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	indicateurs	acteurs
Action 1 : Poursuite du contrôle des obligations des assurés en arrêt de travail	2016/2019	Nb d'avertissements sur les délais d'envoi Nb de contrôles au domicile Nb d'avis sur les départs hors département	DBAM (PE) / DMRC
Action 2 : Poursuite du contrôle médical	2016/2019	Tx d'arrêts de travail, tous risques, de + de 45 j avec contrôle ciblé et examen sur personne avant 65 j Tx d'arrêts de travail, risque maladie, de + de 100 j contrôlés sur pièces et sur personne avant 150 j Tx d'arrêts de travail, risque maladie, de + de 100 j contrôlés sur personne avant 150 j Tx d'arrêts de travail de + de 100 j contrôlés sur pièces et sur personne avant 130 j Tx d'arrêts de travail de + de 100 j contrôlés sur personne avant 150 j	DRSM

Indicateur national de résultats :

Economies attendues sur les ()

Autres prescriptions prescrites en ville

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...).

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).

ENGAGEMENTS de l'Assurance Maladie

Chantier 1 : Examens biologiques

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	indicateurs	acteurs
Action 1 : Accompagnement sur le dosage « PSA »	2016	Nb d'EC téléphoniques/nb MG ciblés	DRSM
Action 2 : Accompagnement sur la pertinence des examens pré-anesthésiques	Juillet 2016 - Avril 2017	Nb de courrier 1 envoyés Nb de courriers 2 envoyés/nb d'établissements ciblés	DRSM
Action 3 : Accompagnement sur le dosage de la vitamine D et sur l'exploration et la surveillance biologiques thyroïdiennes	Mars-Août 2017	Nb de visites DAM/nb de MG ciblés	DBAM (DAM)
Action 4 : Accompagnement sur les Explorations d'Anomalies Lipidiques (EAL) et le diabète	Octobre-décembre 2017	Nb de visites DAM/nb de médecins ciblés	DBAM (DAM)
Actions 5 : Accompagnement sur les cumuls d'analyses non pertinents (action régionale)	2 ^{ème} trimestre 2017	Nb de courriers sur le cumul fer/ferritine	DRSM

Indicateur national :

Economies attendues sur les actes de biologie

Chantier 2 : Actes d'imagerie

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	indicateurs	acteurs
Action 1 : Accompagnement sur l'IRM ostéoarticulaires	2016	Nb de visites DAM/nb de MG ciblés	DBAM (DAM)
Action 2 : Accompagnement sur le blocage de la facturation des associations des actes d'échographie	Avril 2017	Nombre de courriers envoyés aux radiologues/rhumatologues et aux établissements	DBAM (GDR)
Action 3 : Accompagnement sur le « Parcours de soins lombalgie », incluant la stratégie imagerie	Octobre – Décembre 2017	Nb de visites DAM/nb de MG ciblés	DBAM (DAM)

Indicateur national de résultats :

Economies attendues sur les autres actes

Chantier 3 : Actes paramédicaux

Engagements libellé	Echéances 2016-2019	indicateurs	acteurs
Action 1 : Accompagnement sur les actes de masso-kinésithérapie en EHPAD	Octobre-Novembre 2016	Nb de courriers envoyés (avant contrôle) / nb de MG et de MK ciblés	DBAM (GDR)
Action 2 : Accompagnement des IDE présentant un chiffre d'affaire important (action régionale)	Janvier - juin 2016	Nb d'entretiens d'alerte (nb de comptes rendus) /nb d'IDE ciblés Nb de courriers d'alerte/nb d'IDE ciblés	DBAM (RPS)
Action 3 : Accompagnement sur le respect de la réglementation en matière de facturation	<u>Actions régionales</u> <u>Majoration de nuit</u> : Février 2016 <u>Information générale</u> : Mars - juin 2016 <u>Action nationale</u> : Juillet - Déc. 2017	<u>Actions régionales</u> : Nb de courriers de rappel à la réglementation envoyés aux IDE Nb de réunions d'informations à destination des IDE et des MK <u>Actions nationales</u> : Nb de courriers/nb d'IDE ciblés	DBAM (RPS)/ DBAM (GDR)
Action 4 : Accompagnement sur les conditions d'exercice (action régionale)	Mars 2016	Diffusion de la note d'information à tous les IDE : OUI/NON	DBAM (RPS)
Action 5 : Accompagnement des prescripteurs (action régionale)	2 ^{ème} semestre 2017	Nb de courriers envoyés/nb de médecins ciblés « Nuit »	DRSM
Action 6 : Accompagnement des IDE sur les AIS3, l'éducation thérapeutique, etc. (action régionale)	Juin - novembre 2017	Nb de visites d'ISM/nb d'IDE ciblés	DRSM
Action 7 : Accompagnement technique des IDE et des MK sur la dématérialisation (action régionale)	Juin – décembre 2017	Nb de visites CIS	DBAM (CIS)
Action 8 : Sensibilisation des masseurs-kinésithérapeutes sur les règles de bonnes pratiques	Octobre - Décembre 2017	Nb de courriers envoyés/nb de MK ciblés	DBAM (GDR)

Indicateur national de résultats :

Economies attendues sur les actes paramédicaux

ARS

971-2017-06-15-008

Arrêté ARS POS RPH du 15 juin 2017 relatif au montant
des ressources d'assurance maladie dû au Centre
Hospitalier Louis Daniel BEAUPERTHUY au titre de
l'activité déclarée au mois d'avril 2017

ARRETE ARS/POS/RPH/

Relatif au montant des ressources d'assurance maladie dû au Centre Hospitalier Louis Daniel BEAUPERTHUY au titre de l'activité déclarée au mois d'avril 2017

**N° FINESSS : EJ 970 100 194
ET 970 100 418**

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE DE SANTE DE
GUADELOUPE, SAINT-MARTIN, SAINT-BARTHELEMY**

- VU** le code de la santé publique et le code de la sécurité sociale ;

- VU** le décret n° 2009-213 du 23 février 2009 portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé ;

- VU** l'arrêté du 25 mars 2016 modifiant l'arrêté du 23 janvier 2008, relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale ;

- VU** arrêté du 20 décembre 2011 modifiant l'arrêté du 22 février 2008 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique.

- VU** l'arrêté du 27 février 2017 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 modifié, relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile.

- VU** l'arrêté du 8 mars 2017, fixant pour l'année 2017 l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L.162-22-9 du code de sécurité sociale ;

- VU** l'arrêté du 13 mars 2017 fixant pour l'année 2017 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale.

- VU** l'arrêté du 13 mars 2017 fixant pour l'année 2017 la valeur du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1 et pris en application de l'article R. 162-42-1-1 du code de la sécurité sociale;
- VU** le relevé d'activité transmis pour le mois d'avril 2017 par le Centre Hospitalier Louis Daniel BEAUPERTHUY.

ARRETE :

ARTICLE 1^{er} – La somme due par la Caisse Générale de Sécurité Sociale de la Guadeloupe au Centre Hospitalier Louis Daniel BEAUPERTHUY est arrêtée à **585 165.61 €**

Ce montant se décompose de la façon suivante :

- **585 165,61 €** au titre de l'activité d'hospitalisation à domicile (H.A.D), dont :
 - o 585.165,61 € pour les séjours (GHT) hors AME
 - o 0 € pour les séjours des patients AME.

ARTICLE 2 – Les recours contre le présent arrêté sont à former auprès du secrétariat du tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale de Paris – 6,8 rue Eugène Oudiné 75013 PARIS, dans un délai d'un mois à compter de la notification ou, selon le cas de la publication du présent arrêté.

ARTICLE 3 – Le Directeur de l'établissement et le Directeur de la Caisse Générale de Sécurité Sociale de la Guadeloupe sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Guadeloupe. Le Service Ressources et Performance Hospitalières reste à votre disposition pour toute information complémentaire.

Fait à Gourbeyre, le **15 JUIN 2017**



Le Directeur général de l'agence de santé
Guadeloupe Saint-Martin Saint-Barthélemy

Patrice RICHARD

ARS

971-2017-06-15-007

Arrêté ARS POS RPH du 15 juin 2017 relatif au montant
des ressources d'assurance maladie dû au Centre
Hospitalier IRENEE DE BRUYN DE SAINT-BARTH au
titre de l'activité déclarée au mois d'avril 2017

ARRETEARS/POS/RPH/

Relatif au montant des ressources d'assurance maladie dû au Centre Hospitalier IRENEE DE BRUYN DE SAINT-BARTH au titre de l'activité déclarée au mois d'avril 2017

**N° FINESSS : EJ 970 100 160
ET 970 100 384**

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE DE SANTE DE
GUADELOUPE, SAINT-MARTIN, SAINT-BARTHELEMY**

- VU** le code de la santé publique et le code de la sécurité sociale ;
- VU** le décret n° 2009-213 du 23 février 2009 portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé ;
- VU** l'arrêté du 25 mars 2016 modifiant l'arrêté du 23 janvier 2008, relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale ;
- VU** l'arrêté du 20 décembre 2011 modifiant l'arrêté du 22 février 2008 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique.
- VU** l'arrêté du 27 février 2017 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 modifié, relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile.
- VU** l'arrêté du 8 mars 2017, fixant pour l'année 2017 l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L.162-22-9 du code de sécurité sociale
- VU** l'arrêté du 13 mars 2017 fixant pour l'année 2017 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale.

- Vu** L'arrêté du 4 mai 2017 modifiant l'arrêté du 23 juin 2016 relatif à l'organisation, au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité ;
- Vu** l'arrêté du 18 juillet 2016 fixant pour l'année 2016 la dotation forfaitaire garantie de l'établissement ;
- VU** le relevé d'activité transmis pour le mois d'avril 2017 par le Centre Hospitalier IRENEE DE BRUYN DE SAINT BARTH.

ARRETE :

ARTICLE 1^{er} – La somme due par la Caisse Générale de Sécurité Sociale de la Guadeloupe au Centre Hospitalier IRENEE DE BRUYN DE SAINT BARTH est arrêtée à **149 088.02 €**.

Ce montant se décompose de la façon suivante, sur la base des éléments fixés en annexe :

- **149 088.02 €** au titre de la dotation HPR dont **0 €** au titre de l'année N-1 arrêtés dans les conditions définies à l'article 6 de l'arrêté du 23 juin 2016 susvisé.
Pour celles n'entrant pas dans le champ de la dotation HPR :
 - **0 €** au titre de la part tarifée à l'activité, dont :
 - o **0 €** au titre de l'activité d'hospitalisation dont **0 €** au titre de l'exercice courant et **0 €** au titre de l'exercice précédent,
 - o **0 €** au titre de l'activité externe y compris ATU, FFM, et SE dont **0€** au titre de l'exercice courant et **0 €** au titre de l'exercice précédent,
 - **0 €** au titre des spécialités pharmaceutiques de l'exercice courant et **0 €** au titre de l'exercice précédent,
 - **0 €** au titre des produits et prestations de l'exercice courant et **0 €** au titre de l'exercice précédent,
 - **0 €** au titre des frais liés aux séjours des patients AME, dont :
 - o **0 €** pour les séjours (GHS) et leurs suppléments dont **0 €** au titre de l'exercice courant **0 €** au titre de l'exercice précédent,
 - o **0 €** pour les dispositifs médicaux implantables (DMI)
 - o **0 €** pour les médicaments.
 - **0 €** au titre des frais liés aux séjours des patients Soins Urgents, dont :
 - o **0 €**, pour les séjours (GHS) et leurs suppléments
 - o **0 €** pour les dispositifs médicaux implantables (DMI)
 - o **0 €** pour les médicaments.

- **0 €** au titre des frais liés aux séjours des **détenus**, dont :
 - o 0 €, pour le reste à charge estimé (RAC) au titre de l'exercice courant,
 - o 0 € pour les activités externe y compris ATU, FFM et SE part complémentaire au titre de l'exercice courant,

ARTICLE 2 – Les recours contre le présent arrêté sont à former auprès du secrétariat du tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale de Paris – 6,8 rue Eugène Oudiné 75013 PARIS, dans un délai d'un mois à compter de la notification ou, selon le cas de la publication du présent arrêté.

ARTICLE 3 – Le Directeur de l'établissement et le Directeur de la Caisse Générale de Sécurité Sociale de la Guadeloupe sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Guadeloupe. Le Service Ressources et Performance Hospitalières reste à votre disposition pour toute information complémentaire.

Fait à Gourbeyre, le **15 JUIN 2017**



Le Directeur général de l'agence de santé
Guadeloupe Saint-Martin Saint-Barthélemy

Patrice RICHARD

15 JUN 2017

Patrice RICHARD



OVALIDE TZA MCO DGF : Eléments de l'arrêté de versement
HÔPITAL LOCAL IRENÉE DE BRUYN (970100160)
 Année 2017 M4 : De janvier à avril
 Cet exercice est validé par la région
 Date de validation par l'établissement : mercredi 24/05/2017, 21:39
 Date de validation par la région : jeudi 08/06/2017, 00:49
 Date de récupération : jeudi 08/06/2017, 00:54

on de l'activité prise en compte pour le calcul de l'HPR

	B: Montant de la valorisation de l'activité pour la période (cumulée depuis janvier 2017)
A Forfait OHS + supplément	422 414,51
C DMI séjour	0,00
E Médicaments séjour	0,00
Total	422 414,51

Calcul de l'HPR :

	B: Total des montants HPR notifiés jusqu'au mois précédent (Somme des F des mois précédents)	C: Cumul des douzièmes de DFG pour la période	D: Montant de la valorisation de l'activité pour la période (cumulée depuis janvier 2017)	E: Montant cumulé calculé pour la période (maximum de C et D)	F: Montant à notifier pour la période	G: Montant HPR notifié ce mois-ci
HPR	447 264,07	596 352,09	422 414,51	596 352,09	149 088,02	149 088,02
Total	447 264,07	596 352,09	422 414,51	596 352,09	149 088,02	149 088,02

de l'activité non prise en compte pour le calcul de l'hpr

	B: Dernier montant de l'activité LAMDA au titre de l'année 2016 calculé précédemment (avant ce mois-ci)	C: Montant de l'activité LAMDA au titre de l'année 2016, calculé ce mois-ci pour la période (cumul depuis janvier)	D: Montant lamda effectivement pris en compte pour la période (cumul depuis janvier)	E: Montant calculé de l'activité 2017 de la période (cumulée depuis janvier 2017)	F: Montant total pour cette période (D+E)	G: Total des montants d'activité notifiés jusqu'au mois précédent (Somme des I des mois précédents)	H: Montant de l'activité calculé	I: Montant de l'activité notifié ce mois-ci	J: Montant de l'activité LAMDA du mois
Forfait C>S + supplément	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
RG	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
MG	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMI séjour	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Médicaments séjour	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Médicaments ATU séjour	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ATU dialyse	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ATU	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FFM	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
E	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ACE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
UMY ACE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
MED ACE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Dépression	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Montants des AME

	B: Dernier montant de l'activité LAMDA AME au titre de l'année 2016 calculé précédemment (avant ce mois-ci)	C: Montant de l'activité LAMDA AME au titre de l'année 2016, transmise pour cette période	D: Montant lamda effectivement pris en compte pour la période (cumul depuis janvier)	E: Montant calculé de l'activité AME du mois (cumulée depuis janvier 2017)	F: Montant total pour cette période (D+E)	G: Total des montants d'activité AME notifiés jusqu'au mois précédent (Somme des 12 des mois précédents)	H: Montant de l'activité AME calculé (F-G)	I: Montant de l'activité AME notifié	J: Montant de l'activité LAMDA du mois
Forfait GHS + supplément AME	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMI séjour AME	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Médicaments séjour AME	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Médicaments ATU séjour AME	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Montants des soins urgents

	B: Dernier montant de l'activité LAMDA SU au titre de l'année 2016 calculé précédemment (avant ce mois-ci)	C: Montant de l'activité LAMDA SU au titre de l'année 2016, transmise pour cette période	D: Montant lamda effectivement pris en compte pour la période (cumul depuis janvier)	E: Montant calculé de l'activité SU du mois (cumulée depuis janvier 2017)	F: Montant total pour cette période (D+E)	G: Total des montants d'activité SU notifiés jusqu'au mois précédent (Somme des 12 des mois précédents)	H: Montant de l'activité SU calculé (F-G)	I: Montant de l'activité SU notifié	J: Montant de l'activité LAMDA du mois
Forfait GHS + supplément soins urgents	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMI séjour soins urgents	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Médicaments séjour soins urgents	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Médicaments ATU séjour soins urgents	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Montants pour les détenus

	B: Dernier montant de l'activité LAMDA soins détenus au titre de l'année 2016 calculé précédemment (avant ce mois-ci)	C: Montant de l'activité LAMDA soins détenus au titre de l'année 2016, transmise pour cette période	D: Montant lamda effectivement pris en compte pour la période (cumul depuis janvier)	E: Montant calculé de l'activité soins détenus du mois (cumulée depuis janvier 2017)	F: Montant total pour cette période (D+E)	G: Total des montants d'activité soins détenus notifiés jusqu'au mois précédent (Somme des 12 des mois précédents)	H: Montant de l'activité soins détenus calculé (F-G)	I: Montant de l'activité soins détenus notifié	J: Montant de l'activité LAMDA du mois
Montant RAC esthét. soins	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Montant RAC santé ACE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Montant GAP médicaments externes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Synthèse des montants notifiés

	B: Synthèse des montants notifiés
Total RPH	148 088,02
Total Activité d'hospitalisation hors AME et soins urgents	0,00
Total DMI séjour hors AME et soins urgents	0,00
Total Médicaments séjour hors AME et soins urgents	0,00
Total Médicaments ATU séjour AME et soins urgents	0,00
Total Activité AME	0,00
Total Activité soins urgents	0,00
Total Activité soins détenus	0,00
Total Activité externe	0,00
Total DEGRESSIVITE	0,00
Total	148 088,02

ARS

971-2017-06-15-005

Arrêté ARS POS RPH du 15 juin 2017 relatif au montant
des ressources d'assurance maladie dû au Centre
Hospitalier Sainte-Marie de Marie-Galante au titre de
l'activité déclarée au mois de mars 2017

ARRETEARS/POS/RPH/

Relatif au montant des ressources d'assurance maladie dû au Centre Hospitalier Sainte-Marie de Marie-Galante au titre de l'activité déclarée au mois de mars 2017

**N° FINESSS : EJ 970 100 202
ET 970 100 426**

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE DE SANTE DE
GUADELOUPE, SAINT-MARTIN, SAINT-BARTHELEMY**

- VU** le code de la santé publique et le code de la sécurité sociale ;
- VU** le décret n° 2009-213 du 23 février 2009 portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé ;
- VU** l'arrêté du 25 mars 2016 modifiant l'arrêté du 23 janvier 2008, relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale ;
- VU** l'arrêté du 20 décembre 2011 modifiant l'arrêté du 22 février 2008 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique.
- VU** l'arrêté du 27 février 2017 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 modifié, relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile.
- VU** l'arrêté du 8 mars 2017, fixant pour l'année 2017 l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L.162-22-9 du code de sécurité sociale
- VU** l'arrêté du 13 mars 2017 fixant pour l'année 2017 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale.

- Vu** l'arrêté du 4 mai 2017 modifiant l'arrêté du 23 juin 2016 relatif à l'organisation, au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité ;
- Vu** l'arrêté du 18 juillet 2016 fixant pour l'année 2016 la dotation forfaitaire garantie de l'établissement ;
- Vu** le relevé d'activité transmis pour le mois de mars 2017 par le Centre Hospitalier Sainte-Marie de Marie-Galante.

ARRETE :

ARTICLE 1^{er} – La somme due par la Caisse Générale de Sécurité Sociale de la Guadeloupe au Centre Hospitalier Sainte-Marie de Marie-Galante est arrêtée à **230 491.86 €**.

Ce montant se décompose de la façon suivante, sur la base des éléments fixés en annexe :

- **214 569.06 €** au titre de la dotation HPR dont 0 € au titre de l'année N-1 arrêtés dans les conditions définies à l'article 6 de l'arrêté du 23 juin 2016 susvisé.
Pour celles n'entrant pas dans le champ de la dotation HPR :
- **15 540.20 €** au titre de la part tarifée à l'activité, dont :
 - o 14 492.00€ au titre de l'activité d'hospitalisation dont 0 € au titre de l'exercice courant et 14 492.00 € au titre de l'exercice précédent,
 - o 1 048.20 € au titre de l'activité externe y compris ATU, FFM, et SE dont 1 048.20 € au titre de l'exercice courant et 0 € au titre de l'exercice précédent,
- **0 €** au titre des spécialités pharmaceutiques de l'exercice courant et 0 € au titre de l'exercice précédent,
- **0 €** au titre des produits et prestations de l'exercice courant et 0 € au titre de l'exercice précédent,
- **382.60 €** au titre des frais liés aux séjours des **patients AME**, dont :
 - o 382.60 € pour les séjours (GHS) et leurs suppléments dont 382.60 € au titre de l'exercice courant 0 € au titre de l'exercice précédent,
 - o 0 € pour les dispositifs médicaux implantables (DMI)
 - o 0 € pour les médicaments.
- **0 €** au titre des frais liés aux séjours des **patients Soins Urgents**, dont :
 - o 0 €, pour les séjours (GHS) et leurs suppléments
 - o 0 € pour les dispositifs médicaux implantables (DMI)
 - o 0 € pour les médicaments.

- 0 € au titre des frais liés aux séjours des **détenus**, dont :
 - o 0 €, pour le reste à charge estimé (RAC) au titre de l'exercice courant,
 - o 0 € pour les activités externe y compris ATU, FFM et SE part complémentaire au titre de l'exercice courant,

ARTICLE 2 – Les recours contre le présent arrêté sont à former auprès du secrétariat du tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale de Paris – 6,8 rue Eugène Oudiné 75013 PARIS, dans un délai d'un mois à compter de la notification ou, selon le cas de la publication du présent arrêté.

ARTICLE 3 – Le Directeur de l'établissement et le Directeur de la Caisse Générale de Sécurité Sociale de la Guadeloupe sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Guadeloupe. Le Service Ressources et Performance Hospitalières reste à votre disposition pour toute information complémentaire.

Fait à Gourbeyre, le **15 JUIN 2017**

Le Directeur général de l'agence de santé
Guadeloupe Saint-Martin Saint-Barthélemy



Patrice RICHARD

**OVALIDE T2A MCO DGF : Éléments de l'arrêté de versement
CENTRE HOSPITALIER SAINTE-MARIE (970100202)
Année 2017 M3 : De janvier à mars
Cet exercice est validé par l'établissement
Date de validation par l'établissement : lundi 29/05/2017, 23:02
Date de récupération : jeudi 08/06/2017, 00:37**

de de l'activité prise en compte pour le calcul de l'HPR

	B: Montant de la valorisation de l'activité pour la période cumulée depuis janvier 2017
Forfait DGF + supplément	565 572,84
CGI santé	0,00
Médicaments ATJ	0,00
Total	565 572,84

Calcul de l'HPR

	B: Total des montants HPR notifiés jusqu'au mois précédent (Somme des F des mois précédents)	C: Cumul des déductions de DFG pour la période	D: Montant de la valorisation de l'activité pour la période (cumulé depuis janvier 2017)	E: Montant cumulé calculé pour la période (maximum de C et D)	F: Montant à notifier pour la période	G: Montant HPR notifié ce mois-ci
HPR	351 003,78	533 356,85	565 572,84	65 073,94	245 509,06	214 568,06
Total	351 003,78	533 356,85	565 572,84	65 073,94	245 509,06	214 568,06

de l'activité non prise en compte pour le calcul de l'HPR

	B: Dernier montant de l'activité LAMDA au titre de l'année 2016 calculé précédemment (avant ce mois-ci)	C: Montant de l'activité LAMDA au titre de l'année 2016, calculé ce mois-ci pour la période (cumul depuis janvier)	D: Montant lamda effectivement pris en compte pour la période (cumul depuis janvier)	E: Montant calculé de l'activité 2017 de la période (cumulé depuis janvier 2017)	F: Montant total pour cette période (D+E)	G: Total des montants d'activité notifiés jusqu'au mois précédent (Somme des I des mois précédents)	H: Montant de l'activité calculé	I: Montant de l'activité notifié ce mois-ci	J: Montant de l'activité LAMDA du mois	K: Montant de l'activité du mois sans le LAMDA
Forfait DGF + supplément	17 807,62	12 288,82	12 288,82	0,00	12 288,82	17 807,62	14 492,00	14 492,00	14 492,00	0,00
FD	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FG	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CGI santé	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Médicaments ATJ	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Médicaments ATJ sécu	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ATJ sécu	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ATJ	0,00	0,00	0,00	12 781,81	12 781,81	12 712,17	91,74	91,74	0,00	25,14
rHF	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SE	0,00	0,00	0,00	86,11	86,11	72,11	14,00	14,00	0,00	4,00
FR	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ACE	0,00	0,00	0,00	91 482,58	91 482,58	66 487,08	1 000,00	1 000,00	0,00	1 000,00
CGI ACE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ME D ACE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Dépendance	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	17 807,62	12 288,82	12 288,82	94 361,67	126 650,49	111 061,19	13 940,20	13 940,20	14 492,00	1 048,20

Montants des AME

	B: Dernier montant de l'activité LAMDA AME au titre de l'année 2016 calculé précédemment (avant ce mois-ci)	C: Montant de l'activité LAMDA AME au titre de l'année 2016, transmis pour cette période	D: Montant lamda effectivement pris en compte pour la période (cumul depuis janvier)	E: Montant calculé de l'activité AME du mois (cumulé depuis janvier 2017)	F: Montant total pour cette période (D+E)	G: Total des montants d'activité AME notifiés jusqu'au mois précédent (Somme des I des mois précédents)	H: Montant de l'activité AME calculé (F-G)	I: Montant de l'activité AME notifié	J: Montant de l'activité LAMDA du mois	K: Montant de l'activité du mois sans le LAMDA
Forfait DGF + supplément AME	0,00	0,00	0,00	7 738,53	7 738,53	7 355,00	382,60	382,60	0,00	382,60
CGI sécu AME	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Médicaments sécu AME	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Médicaments ATJ sécu AME	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	0,00	0,00	0,00	7 738,53	7 738,53	7 355,00	382,60	382,60	0,00	382,60

Montants des soins urgents

	B: Dernier montant de l'activité LANDA SU au titre de l'exercice 2015 (avant ce mois-ci)	C: Prélèvement de l'activité LANDA SU au titre de l'exercice 2015, transmis pour cette période	D: Montants versés effectivement pour la période (cumul depuis Janvier 2017)	E: Montant calculé de l'activité SU du mois (cumulé depuis Janvier 2017)	F: Montants versés pour cette période (D-E)	G: Total des montants d'activités SU réalisés jusqu'au mois précédent (Somme des 7 mois précédents)	H: Montant de l'activité SU calculé (F-G)	I: Montant de l'activité LANDA SU au mois
Fonctionnaire à l'arrêt (hors congés payés)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DRH (hors congés payés)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Médecin (hors congés payés)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Médecin (hors congés payés)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Montants pour les défenses

	B: Dernier montant de l'activité LANDA SU au titre de l'exercice 2015 (avant ce mois-ci)	C: Prélèvement de l'activité LANDA SU au titre de l'exercice 2015, transmis pour cette période	D: Montants versés effectivement pour la période (cumul depuis Janvier 2017)	E: Montant calculé de l'activité SU du mois (cumulé depuis Janvier 2017)	F: Montants versés pour cette période (D-E)	G: Total des montants d'activités SU réalisés jusqu'au mois précédent (Somme des 7 mois précédents)	H: Montant de l'activité SU calculé (F-G)	I: Montant de l'activité LANDA SU au mois
Activité RAC (hors congés payés)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Monteparc (hors congés payés)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Départ (DAP) (hors congés payés)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Synthèse des montants réalisés

	B: Dernier montant de l'activité LANDA SU au titre de l'exercice 2015 (avant ce mois-ci)	C: Prélèvement de l'activité LANDA SU au titre de l'exercice 2015, transmis pour cette période	D: Montants versés effectivement pour la période (cumul depuis Janvier 2017)	E: Montant calculé de l'activité SU du mois (cumulé depuis Janvier 2017)	F: Montants versés pour cette période (D-E)	G: Total des montants d'activités SU réalisés jusqu'au mois précédent (Somme des 7 mois précédents)	H: Montant de l'activité SU calculé (F-G)	I: Montant de l'activité LANDA SU au mois
Etat RPH	214 569,56	14 762,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Solidarité (hors congés payés)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Etat (hors congés payés)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Etat (hors congés payés)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Etat (hors congés payés)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Etat (hors congés payés)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Etat (hors congés payés)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Etat (hors congés payés)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Etat (hors congés payés)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	214 569,56	14 762,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

ARS

971-2017-06-15-006

Arrêté ARS POS RPH du 15 juin 2017 relatif au montant
des ressources d'assurance maladie dû au Centre
Hospitalier Louis Daniel BEAUPERTHUY au titre de
l'activité déclarée au mois de mars 2017

ARRETE ARS/POS/RPH/

Relatif au montant des ressources d'assurance maladie dû au Centre Hospitalier Louis Daniel BEAUPERTHUY au titre de l'activité déclarée au mois de mars 2017

**N° FINESSS : EJ 970 100 194
ET 970 100 418**

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE DE SANTE DE
GUADELOUPE, SAINT-MARTIN, SAINT-BARTHELEMY**

- VU** le code de la santé publique et le code de la sécurité sociale ;
- VU** le décret n° 2009-213 du 23 février 2009 portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé ;
- VU** l'arrêté du 25 mars 2016 modifiant l'arrêté du 23 janvier 2008, relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale ;
- VU** arrêté du 20 décembre 2011 modifiant l'arrêté du 22 février 2008 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique.
- VU** l'arrêté du 27 février 2017 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 modifié, relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile.
- VU** l'arrêté du 8 mars 2017, fixant pour l'année 2017 l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L.162-22-9 du code de sécurité sociale ;
- VU** l'arrêté du 13 mars 2017 fixant pour l'année 2017 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale.

- VU** l'arrêté du 13 mars 2017 fixant pour l'année 2017 la valeur du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1 et pris en application de l'article R. 162-42-1-1 du code de la sécurité sociale.
- VU** le relevé d'activité transmis pour le mois de mars 2017 par le Centre Hospitalier Louis Daniel BEAUPERTHUY.

ARRETE :

ARTICLE 1^{er} – La somme due par la Caisse Générale de Sécurité Sociale de la Guadeloupe au Centre Hospitalier Louis Daniel BEAUPERTHUY est arrêtée à **413 077.89 €**

Ce montant se décompose de la façon suivante :

- **413 077,89 €** au titre de l'activité d'hospitalisation à domicile (H.A.D), dont :
 - o 413 077,89 € pour les séjours (GHT) hors AME
 - o 0 € pour les séjours des patients AME.

ARTICLE 2 – Les recours contre le présent arrêté sont à former auprès du secrétariat du tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale de Paris – 6,8 rue Eugène Oudiné 75013 PARIS, dans un délai d'un mois à compter de la notification ou, selon le cas de la publication du présent arrêté.

ARTICLE 3 – Le Directeur de l'établissement et le Directeur de la Caisse Générale de Sécurité Sociale de la Guadeloupe sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Guadeloupe. Le Service Ressources et Performance Hospitalières reste à votre disposition pour toute information complémentaire.

Fait à Gourbeyre, le **15 JUIN 2017**

Le Directeur général de l'agence de santé
Guadeloupe Saint-Martin Saint-Barthélemy



Patrice RICHARD

OVALIDE HAD DGF : Eléments de l'arrêté de versement
CH BEAUPERTHUY (970100194)
Année 2017 M3 : De Janvier à mars
 Cet exercice est validé par la région

Date de validation par l'établissement : mardi 16/05/2017, 14:36

Date de validation par la région : lundi 12/06/2017, 17:47

Date de récupération : lundi 12/06/2017, 17:47

Montants sans les AME :

	B: Dernier montant de l'activité LAMDA au titre de l'année 2016 calculé précédemment (avant ce mois-ci)	C: Montant de l'activité LAMDA au titre de l'année 2016, calculé ce mois-ci pour la période (cumul depuis janvier)	D: Montant lambda effectivement pris en compte pour la période (cumul depuis janvier)	E: Montant calculé de l'activité 2017 de la période (cumulé depuis janvier 2017)	F: Montant total pour cette période (D+E)	G: Total des montants d'activité notifiés jusqu'au mois précédent (Somme des 1 des mois précédents)	H: Montant de l'activité calculé	I: Montant de l'activité notifié ce mois-ci	J: Montant de l'activité LAMDA du mois
Ferful CHS + supplément	0,00	0,00	0,00	1 291 295,62	1 291 295,62	878 217,73	413 077,89	413 077,89	0,00
Médicaments	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Médicaments ATU	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	0,00	0,00	0,00	1 291 295,62	1 291 295,62	878 217,73	413 077,89	413 077,89	0,00

Montants des AME

	B: Dernier montant de l'activité LAMDA AME au titre de l'année 2016 calculé précédemment (avant ce mois-ci)	C: Montant de l'activité LAMDA AME au titre de l'année 2016, transmis pour cette période	D: Montant lambda effectivement pris en compte pour la période (cumul depuis janvier)	E: Montant calculé de l'activité AME du mois (cumulée depuis janvier 2017)	F: Montant total pour cette période (D+E)	G: Total des montants d'activité AME notifiés jusqu'au mois précédent (Somme des 1 des mois précédents)	H: Montant de l'activité AME calculé (F-G)	I: Montant de l'activité AME notifié	J: Montant de l'activité LAMDA du mois
GHT AME	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Médicaments AME	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Médicaments ATU AME	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Synthèse des montants notifiés

	B: Synthèse des montants notifiés
Total Activité GHT hors AME	413 077,89
Total Activité médicaments hors AME	0,00
Total Activité médicaments ATU	0,00
Total Activité AME sans ATU	0,00
Total	413 077,89

PREFECTURE

971-2017-06-01-002

Arrêté SG/DAGR/BCSR du 1er juin 2017 fixant les tarifs
des courses de taxi pour l'année 2017



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PREFET DE LA REGION GUADELOUPE

DIRECTION DE L'ADMINISTRATION
GÉNÉRALE ET DE LA RÉGLEMENTATION

BUREAU DE LA CIRCULATION ET DE LA
SÉCURITÉ ROUTIÈRE

ARRÊTÉ SG/DAGR/BCSR du 1er JUIN 2017
Fixant les tarifs des courses de taxi pour l'année 2017

Le Préfet de la région Guadeloupe,
Préfet de la Guadeloupe,
Représentant de l'Etat dans les collectivités de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin,
Officier de l'ordre national du Mérite,
Chevalier de la légion d'honneur,

- Vu** le code des transports ;
- Vu** l'article L.410-2 du code du commerce ;
- Vu** le code de la consommation et notamment l'article L112-1 ;
- Vu** le décret n° 2001-387 du 3 mai 2001 relatif au contrôle des instruments de mesure ;
- Vu** le décret n° 2015-1252 du 7 octobre 2015 relatif aux tarifs des courses de taxi ;
- Vu** l'arrêté ministériel n° 83-50/A du 3 octobre 1983 relatif à la publicité des prix de tous les services ;
- Vu** l'arrêté ministériel du 3 décembre 1987 relatif à l'information du consommateur sur les prix ;
- Vu** l'arrêté ministériel du 17 février 1988 fixant les conditions de construction, d'approbation et d'installation spécifiques aux taximètres électroniques ;
- Vu** l'arrêté ministériel du 18 juillet 2001 relatif aux taximètres en service ;
- Vu** l'arrêté ministériel du 13 février 2009 relatif aux dispositifs répéteurs lumineux de tarifs pour taxis ;
- Vu** l'arrêté ministériel du 2 novembre 2015 relatif aux tarifs des courses de taxi ;
- Vu** l'arrêté ministériel du 6 novembre 2015 relatif à l'information du consommateur sur les tarifs des courses de taxi ;
- Vu** l'arrêté ministériel du 9 juin 2016 relatif au contrôle des instruments de mesure ;
- Vu** l'arrêté ministériel du 22 décembre 2016 relatif aux tarifs des courses de taxi ;
- Vu** l'arrêté préfectoral n°2016-D12 SG/DAGR/BCSR du 18 février 2016 relatif aux tarifs des courses de taxi ;
- Vu** l'avis du 23 janvier 2017 du directeur départemental des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi ;
- Sur proposition** du secrétaire général de la préfecture de la région Guadeloupe ;

ARRETE

ARTICLE 1^{er}

Sont soumis aux dispositions du présent arrêté les taxis, tels qu'ils sont définis par l'article L.3121-1 du code des transports, à savoir : les taxis sont des véhicules automobiles comportant, outre le siège du conducteur, huit places assises au maximum, munis d'équipements spéciaux et d'un terminal de paiement électronique, et dont le propriétaire ou l'exploitant est titulaire d'une autorisation de stationnement sur la voie publique, en attente de la clientèle, afin d'effectuer, à la demande de celle-ci et à titre onéreux, le transport particulier des personnes et de leurs bagages.

ARTICLE 2

1°- Tarifs

A compter de la date d'entrée en vigueur du présent arrêté, les tarifs maxima, toutes taxes comprises, applicables aux transports de personnes par taxi, tels que définis à l'article 1^{er}, sont fixés comme suit :

- Valeur de la chute : 0,10 € ;
- Prise en charge : 3,00 € ;
- Heure d'attente ou marche lente : 22,00 €, soit une chute de 0,10 € toutes les 16 secondes et 36 centièmes ;
- Nature des tarifs et prix au kilomètre :

Nature et définition des tarifs	Tarifs par Km	Distance parcourue durant une chute (en mètre)
Tarif A : Course de jour avec retour en charge à la station	0,75 €	133,33
Tarif B : Course de nuit, dimanche ou jour férié, avec retour en charge à la station	1,13 €	88,89
Tarif C : Course de jour avec retour à vide à la station	1,50 €	66,67
Tarif D : Course de nuit, dimanche ou jour férié, avec retour à vide à la station	2,25 €	44,44

2°- Suppléments

Les suppléments de prix qui peuvent être perçus sont :

- Pour toute valise ou colis supplémentaire, il pourra être perçu une somme de 0,44 € par unité ;
- Tout objet ou colis encombrant (exemples : malle, voiture d'enfant) ou animal, peuvent donner lieu à perception d'une somme de 0,71 € ;
- A compter de la quatrième personne adulte transportée, il pourra être perçu un supplément de 0,97 € par personne.

L'annexe n° 1 du présent arrêté récapitule les éléments tarifaires mentionnés.

3°- Dispositions relatives aux tarifs

Le tarif de jour est applicable de 7 heures à 19 heures.

L'heure à prendre en compte pour l'application du tarif de nuit est celle de la prise en charge.

Chaque client a droit au transport gratuit d'un bagage.

Aux termes de l'article 88 de la loi n° 87-588 du 30 juillet 1987, portant diverses mesures d'ordre social, il est interdit aux taxis de refuser la présence des chiens guides d'aveugle ou d'assistance ou d'appliquer un tarif additionnel au titre de cette présence.

Le chauffeur du taxi doit informer le client de tout changement de mode de tarification qui pourrait intervenir pendant la course.

Le prix limite à percevoir, arrivé à destination, ne peut être supérieur à celui indiqué par le compteur horokilométrique majoré le cas échéant que des seuls suppléments autorisés.

Le tarif minimum, suppléments inclus, susceptible d'être perçu pour une course est fixé à 7 euros.

Une affichette doit être apposée dans le véhicule indiquant à la clientèle les conditions d'application de la prise en charge et porter la mention suivante :

« Quelque soit le montant inscrit au compteur, la somme perçue par le chauffeur ne peut être inférieure à 7,00 euros »

4°- Dispositions spécifiques pour l'année 2017

Les tarifs en vigueur en 2016 n'étant pas modifiés, les taxis n'ont pas à mettre à jour la table tarifaire des taximètres. La lettre « U » de couleur VERTE est apposée sur le cadran des taximètres.

Les taximètres restent soumis à l'obligation de vérification périodique.

ARTICLE 3

1°- Vérification des taximètres

Les taximètres et leurs dispositifs complémentaires sont soumis aux opérations suivantes :

- vérification de l'installation ;
- contrôle en service ;
- vérification primitive des instruments réparés.

2°- Utilisation du taximètre

Le conducteur du taxi doit mettre le taximètre en position de fonctionnement dès le début de la course et en appliquant les tarifs réglementaires afin de permettre l'information du client sur le tarif à payer. Le taximètre et ses indications doivent être parfaitement visibles et lisibles de jour comme de nuit par le client. Dès que le paiement est intervenu, le taximètre doit être mis en position libre.

Le dispositif répéteur lumineux de tarifs, qui doit permettre d'indiquer à l'extérieur si le taxi est libre ou en course et, dans ce dernier cas indiquer le tarif utilisé, est conforme aux dispositions de l'annexe de l'arrêté ministériel du 13 février 2009 relatif aux dispositifs répéteurs lumineux de tarifs pour taxis.

ARTICLE 4

1°- Information du client

A l'intérieur du taxi et, le cas échéant, au lieu de réception et à la caisse, sont affichées de manière visible et lisible les informations suivantes :

- Les taux horaires et kilométriques en vigueur et leurs conditions d'application ;
- Les montants et les conditions d'application de la prise en charge et des suppléments ;
- Les conditions dans lesquelles la délivrance d'une note est obligatoire ou facultative ;
- L'information selon laquelle le consommateur peut demander que la note mentionne son nom ainsi que le lieu de départ et le lieu d'arrivée de la course ;
- L'information selon laquelle le consommateur peut régler la course par carte bancaire quel que soit le montant du prix à acquitter ;
- L'adresse à laquelle peut être adressée une réclamation à savoir :
Direction des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation du Travail et de l'Emploi - Pole C
30, chemin des Bougainvilliers – Guillard
97 100 – BASSE-TERRE

2°- Note

Toute prestation de course de taxi doit faire l'objet, dès qu'elle a été rendue, de la délivrance d'une note lorsque le prix de la course, est supérieur ou égal à 25 euros.

Pour les courses dont le prix est inférieur à ce seuil, la remise d'une note au client est facultative, sauf s'il en fait la demande.

La note doit être établie en double exemplaire. Un exemplaire est remis au client, le double doit être conservé par le prestataire pendant une durée de deux ans et classé par ordre de date de rédaction.

La note est établie dans les conditions suivantes :

A°. Sont mentionnés, au moyen de l'imprimante mentionnée au 1° du II de l'article R. 3121-1 du code des transports :

- La date de rédaction de la note ;
- Les heures de début et fin de la course ;
- Le nom ou la dénomination sociale du prestataire ou de sa société ;
- Le numéro d'immatriculation du véhicule de taxi ;
- L'adresse définie par arrêté préfectoral, à laquelle peut être adressée une réclamation ;
- Le montant de la course minimum ;
- Le prix de la course toutes taxes comprises hors suppléments.

B°. Sont soit imprimés, soit portés de manière manuscrite :

- La somme totale à payer toutes taxes comprises, qui inclut les suppléments ;
- Le détail de chacun des suppléments prévus et précédé de la mention « supplément(s) ».

C°. A la demande du client, sont soit imprimés, soit portés de manière manuscrite :

- Le nom du client ;
- Le lieu de départ et le lieu d'arrivée de la course.

A l'annexe n° 2 du présent arrêté figure un modèle de note.

ARTICLE 5

Toute infraction ou manquement aux dispositions du présent arrêté sera constaté, poursuivi et réprimé conformément aux dispositions légales en vigueur.

ARTICLE 6

L'arrêté préfectoral n°2016-012 SG/DAGR/BCSR du 18 février 2016, relatif aux tarifs des courses de taxi, est abrogé à compter de la date d'entrée en vigueur du présent arrêté.

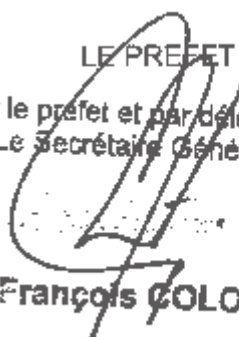
ARTICLE 7

Le secrétaire général de la préfecture de la région Guadeloupe, le sous-préfet de l'arrondissement de Pointe-à-Pitre, le directeur départemental des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi, le directeur départemental de l'environnement, de l'aménagement et du logement, le directeur départemental de la sécurité publique, le lieutenant-colonel commandant le groupement de gendarmerie de la Guadeloupe sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Guadeloupe.

Basse-Terre, le

- 1 JUIN 2017



LE PREFET
Pour le préfet et par délégation,
Le Secrétaire Général

Jean-François COLOMBET



LE PRÉFET DE LA RÉGION GUADELOUPE

ANNEXE N° 1 à l'Arrêté Préfectoral SG/DAGR/BCSR du 1^{er} JUIN 2017
relatif aux tarifs des taxis

Tableau récapitulatif des éléments tarifaires de la course de taxi pour l'année 2017

Éléments	Valeur (en euros)	Chute
Prise en charge	3,00 €	sans objet
Tarif A : Course de jour (de 7h à 19h), avec retour en charge à la station	0,75 €	133,33 mètres
Tarif B : course de nuit, dimanches ou jours fériés, avec retour en charge à la station	1,13 €	88,89 mètres
Tarif C : course de jour (de 7h à 19h) avec retour à vide à la station	1,50 €	66,67 mètres
Tarif D : course de nuit, dimanches ou jours fériés, avec retour à vide à la station	2,25 €	44,44 mètres
Heure d'attente ou marche lente	22,00 €	16,36 secondes
Supplément valise ou colis	0,44 €	sans objet
Supplément objet ou colis encombrant, animaux	0,71 €	sans objet
Supplément à partir de la 4 ^{ème} personne adulte transportée	0,97 €	sans objet
Prix minimal d'une course	7,00 €	sans objet
Valeur de la chute	0,10 €	sans objet
Course moyenne type	10,47 €	sans objet



LE PRÉFET
Pour le préfet et par délégation,
Le Secrétaire Général
Jean-François COLOMBET



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

LE PRÉFET DE LA RÉGION GUADELOUPE

**ANNEXE N° 2 à l'Arrêté Préfectoral SG/DAGR/BCSR du 1^{er} JUIN 2017
relatif aux tarifs des taxis**

MODELE DE NOTE

DATE :	Taxi n° :
NOM :	Prénom :
Adresse :	Téléphone :
N° minéralogique :	RM :
Course effectuée de	à
Heure départ :	Heure d'arrivée :
Prise en charge :	
Tarif appliqué A - B - C - D ⁽¹⁾	
Suppléments :	
Prix total payé :	
Nom & signature du client,	Signature du chauffeur :

Suppléments éventuels ⁽¹⁾ : bagages supplémentaires, encombrant, animal, passager supplémentaire.
⁽¹⁾ *Rayer les mentions inutiles.*

Pour toute réclamation les clients peuvent écrire à l'adresse suivante :

**Direction des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
Pole C
30, chemin des Bougainvilliers – Guillard
97 100 - BASSE-TERRE**



Secrétariat

LE PRÉFET
Pour le préfet et par délégation,
Le Secrétaire Général

Jean-François COLOMBET