



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Direction de sécurité
sociale
Sous-direction du
financement du système de
soins
Mission de la coordination et
de la gestion du risque
maladie

Personnes chargées du dossier :

Charlotte BOUZAT

Tél. : 01 40 56 78 87

Mél : charlotte.bouzat@sante.gouv.fr

Romain FOLIARD

Tél : 01 40 56 73 41

Mél : romain.foliard@sante.gouv.fr

Le ministre des affaires sociales et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé
(pour exécution)

CIRCULAIRE N° DSS/MCGR/CNAMTS/2014/44 du 7 février 2014 relative à la mise en œuvre des priorités de gestion du risque (GDR) en 2014

Date d'application : immédiate

NOR : AFSS1403532C

Classement thématique: sécurité sociale : organisation, financement

Validée par le CNP le 7 février 2014 - Visa CNP 2014-17

Publiée au BO : oui

Déposée sur le site circulaires.gouv.fr : oui

Catégorie: Directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.
--

Résumé: Cette instruction présente la feuille de route des dix priorités de gestion du risque en 2014
--

Mots-clés : gestion du risque, ARS, feuille de route 2014
--

Annexes : 1- feuilles de route régionale et nationale de la GDR en 2014
--

La directive du 19 juillet 2010 a assigné aux ARS 10 priorités de gestion du risque (GDR) visant à améliorer l'efficacité du système de soins.

La démarche de gestion du risque entre en 2014 dans une période charnière correspondant au renouvellement de deux documents stratégiques qui arrivent à échéance au terme de l'année 2013 :

- le contrat Etat-UNCAM 2010-2013 qui fixait « 5 priorités » et « 20 objectifs » pour la gestion du risque » ;
- la COG Etat-CNAMTS 2010-2013 dont le chapitre 1 concernait la gestion du risque¹.

Un bilan global de la mise en œuvre de la COG Etat-CNAMTS a eu lieu à l'été 2013. Celui concernant la mise en œuvre du contrat Etat-UNCAM a été présenté au Conseil national de pilotage (CNP) du 24 janvier 2014.

Par ailleurs, une mission IGAS a été lancée en novembre 2013² afin de dresser un bilan de la mise en œuvre des objectifs inscrits dans ces documents et proposer des pistes d'évolution à inscrire dans les contrats qui leur succéderont, dont les travaux ont déjà débuté et se poursuivront lors du 1^{er} semestre 2014.

Compte tenu du calendrier de ces différentes échéances, il est demandé aux ARS de mettre en œuvre en 2014, des actions qui s'inscrivent dans la continuité de celles mises en œuvre en 2013, tout en mettant l'accent sur un certain nombre de priorités pointées par la présente instruction.

Pour information, les nouvelles orientations de la GDR Etat-ARS issues de la nouvelle COG et du nouveau contrat Etat-UNCAM renégociés en 2014 et valables pour la période 2014-2017, seront mises en œuvre à partir de 2015.

1. Premier bilan de la mise en œuvre des 10 priorités de gestion du risque en 2013 et feuille de route 2014

Comme tous les ans un bilan détaillé et chiffré de la mise en œuvre des 10 priorités de gestion du risque pour l'année écoulée (2013) sera transmis aux ARS durant le 1^{er} trimestre de l'année 2014, une fois connues les données sur l'année entière 2013.

Toutefois, quelques enseignements généraux peuvent d'ores et déjà être formulés, notamment à partir des éléments qualitatifs et quantitatifs transmis par les ARS à l'automne 2013.

1.1 EHPAD (axes « efficacité et qualité des soins » et « efficacité »)

Bilan 2013 :

- Sur l'axe « efficacité », 2013 a confirmé de l'intérêt de la démarche pour les ARS. En 2013, toutes les ARS ont transmis les données des EHPAD d'un ou plusieurs départements de leur région, pour le calcul et l'analyse de quatre indicateurs, calculés cette année sur les comptes administratifs 2011 de l'échantillon. La remontée de 8 ratios d'analyse est attendue en 2014, calculés sur les comptes administratifs 2012 et les données de soins de ville transmises par la CNAMTS.

- Concernant l'axe « efficacité et qualité des soins », il a été demandé aux ARS de poursuivre sur les thèmes 2012 avec la possibilité de traiter un thème nouveau, consacré à « prévention des chutes ».

¹ Chapitre 1 de la COG Etat-CNAMTS 2010-2013 : « Approfondir la gestion du risque »

² Cette mission devrait rendre ses conclusions au printemps 2014.

Par ailleurs, au 1^{er} novembre, 21 réunions de groupes d'EHPAD référents visant à diffuser des bonnes pratiques au sein des EHPAD de la région, avaient été organisées dans 11 régions.

Perspectives pour 2014 :

En 2014, les ARS poursuivront les actions de gestion du risque engagées sur les deux axes concernant le champ des EHPAD.

En outre, des travaux seront initiés en vue de préparer les nouvelles orientations qui seront données à cette priorité. Il est ainsi prévu de mobiliser l'ensemble des informations actuellement disponibles afin de sélectionner des établissements qui mériteraient un accompagnement de la part des ARS. Ces actions d'accompagnement seront coordonnées avec celles planifiées par l'assurance maladie.

Des groupes de travail définiront :

- les critères de sélection des EHPAD à accompagner ;
- les modalités d'accompagnement des EHPAD ;
- le contenu des formations des personnels d'ARS visant à faciliter cet accompagnement.

1.2 IRC

Bilan 2013 :

Les ARS ont poursuivi la mise en œuvre des plans d'actions IRC en cohérence avec les SROS PRS, et un premier bilan de ces implantations a pu être réalisé.

Les SIOS II (organes et CSH) ont été élaborés notamment pour la partie greffe rénale, et l'assurance maladie a lancé sur le terrain les visites DAM et/ou des échanges confraternels pour la prévention de l'IRC. Le développement de la dialyse péritonéale reste cependant en deçà des objectifs avec des écarts persistants entre régions.

Perspectives pour 2014 :

- articulation avec les expérimentations de l'article 43 de la LFSS pour 2014 ;
- action menée par l'Assurance maladie sur la prescription de transport auprès de certains centres de dialyse pour privilégier le transport assis ;
- compléter l'indicateur CPOM pour suivre au-delà de la dialyse péritonéale le développement plus global de la dialyse hors centre.

1.3 Prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV)

Bilan 2013 :

Plusieurs ajustements intervenus en 2013 ont permis une montée en charge qualitative du dispositif, notamment la mise à disposition d'indicateurs de ciblage pour faciliter la fixation des objectifs de contractualisation par classes (anti TNF alpha). La contractualisation avec les établissements de santé intègre désormais des objectifs qualitatifs comme l'obligation de prescrire en DCI.

Par ailleurs, des actions d'accompagnement spécifiques ont été dispensées concernant les médicaments et DMI hospitaliers.

Le taux de contractualisation, au 15 novembre 2013, se situait à 28% (23 contrats signés). Cela porte à 134, le nombre total de contrats signés depuis la création du dispositif.

Les montants financiers évoluent de +4,1% sur les 6 premiers mois 2013 vs 2012 (soit -0,9% par rapport au taux national).

Perspectives pour 2014 :

Les ARS devront poursuivre l'action de contractualisation (le taux national d'évolution des dépenses pour 2014 a été fixé à + 5%), sur la base de nouvelles améliorations :

- développement du repérage des prescripteurs avec des actions pour renforcer l'utilisation du RPPS dans les prescriptions et préparation des conséquences (nouvelle forme d'accompagnement et de contractualisation) ;
- développement des indicateurs de ciblage par classes ;
- réflexion sur l'évolution de la forme et du champ de la contractualisation pour favoriser le développement des objectifs qualitatifs.

1.4 Transports sanitaires

Bilan 2013 :

Au 1er novembre 2013, 38 contrats avaient été signés sur 111 établissements ciblés (34%). Cela porte à 213, le nombre total de contrats signés depuis la création du dispositif.

Par ailleurs, un plan de contrôle de la facturation des transporteurs sanitaires a été lancé par la CNAMTS en avril 2013 afin de repérer les transporteurs "atypiques".

Perspectives pour 2014 :

Les ARS devront continuer la contractualisation avec les établissements, conformément aux nouvelles modalités définies par l'article 39 de la LFSS pour 2014 (modifiant l'article 45 de la LFSS pour 2010), qui permettra d'améliorer l'outil « CAQOS » :

- suppression du critère de ciblage concernant les pratiques de prescriptions non-conformes pour le repositionner au centre du dialogue qualitatif sur les objectifs du contrat ;
- suppression dans la loi du caractère automatique de la sanction financière en cas de refus de l'établissement de contractualiser pour plus de cohérence avec le décret en CE : l'application de la sanction est une faculté du DGARS en fonction du contexte avec l'établissement concerné ;
- ajout d'un critère alternatif de ciblage des établissements de santé : montant des dépenses de transports prescrits par les établissements de santé et réalisés en ville ce qui permet au-delà du taux d'évolution de retenir dans ce processus les établissements sur lesquels l'ARS souhaite engager un dialogue.

Par ailleurs, en 2014 les objectifs quantitatifs et qualitatifs fixés aux contrats seront enrichis (renseignement systématique du RPPS, conformité des prescriptions, intégration des expérimentations aux CAQOS) et le délai de contractualisation allongé avec les établissements de santé (modification du contrat-type).

Sur le volet « expérimentation - organisation du transport », le nouveau cadre expérimental (article 39 de la LFSS pour 2014) laissera la possibilité, pour un établissement de santé, d'organiser l'ensemble des transports de patients grâce à la perception d'une aide financière de démarrage ainsi que d'une incitation financière attachée à des objectifs d'économie.

Un décret en Conseil d'Etat organisera la mise en œuvre des nouvelles modalités issues de l'article 39 de la LFSS pour 2014 relatives à la contractualisation des établissements de santé et à l'expérimentation d'une organisation du transport de patients.

1.5 Imagerie

Bilan 2013 :

Concernant la radiologie conventionnelle (Axe 2), l'accompagnement des indications et non indications de la HAS a permis de soutenir, voire d'accentuer, la baisse de réalisation des radiographies du Crâne, Thorax et ASP en secteur libéral (-1,2 millions d'examen, soit -18%, entre 2009 et 2012). Une baisse de ces examens est intervenue également dans le secteur public. Un suivi de ces évolutions est réalisé.

En l'absence à ce jour d'éléments de contexte au niveau national motivant la nécessité de réitérer l'action d'accompagnement, le bilan et les perspectives ne concernent que l'axe 1 relatif à la diversification du parc des appareils IRM. Toutefois, concernant l'axe 2, chaque ARS peut faire part d'une problématique régionale en précisant son contexte à l'aide de critères d'appréciation.

Bilan 2013 :

Un bilan de la diversification du parc IRM a été réalisé au printemps 2013 et réactualisé en novembre. Sur le champ des données exploitables transmises par 20 ARS, ce bilan a fait état en novembre 2013 de : 65 appareils IRM OA autorisés (27 à Q1 2013), pour un total de 64 appareils OA autorisés attendus pour la France entière ; soit, sur ce champ de 20 ARS un taux de diversification de 11,3 % versus 9,5 % attendu (données provisoires). L'objectif de diversification attendu pour 2013 sur l'ensemble des régions est de 7,7 %.

Par ailleurs, grâce aux travaux s'étant déroulés en 2013, une nouvelle version d'ARGHOS pourra être déployée à compter de 2014 afin d'avoir un suivi plus régulier de la mise en œuvre des objectifs de diversification du parc.

Perspectives pour 2014 :

Comme en 2013, les ARS poursuivront la mise en œuvre de la diversification de leur parc IRM via la procédure des autorisations (installations d'appareils supplémentaires et/ou remplacements d'appareils existants).

1.6 Chirurgie ambulatoire

Bilan 2013 :

En 2013 les ARS ont finalisé leur plan d'action relatif au développement de la chirurgie ambulatoire et l'ont mis en œuvre, notamment, au travers de la contractualisation avec les établissements de santé.

Au 15 novembre 2013, 121 établissements avaient été mis sous MSAP (38 gestes), soit un taux toujours très satisfaisant : 81% (94% sur toute l'année 2012).

De nombreuses autres actions ont également été déployées au niveau national comme régional, afin de permettre le développement de la chirurgie ambulatoire (publications des recommandations organisationnelles ANAP-HAS, mise en place de formations pour les professionnels, finalisation d'une action expérimentale en lien avec la MSA sur la structuration des parcours en territoires ruraux, etc).

Perspectives pour 2014 :

En 2014, en mobilisant l'ensemble des leviers à leur disposition, les ARS devront poursuivre la mise en œuvre de leur plan d'action relatif au développement de la chirurgie ambulatoire, finalisé en 2013, notamment :

- mener des actions spécifiques ciblant les établissements de santé et les pratiques chirurgicales à fort potentiel et les plus en retard ;

- accompagner le cas échéant certains projets d'établissements sur la base d'objectifs précis (développer des organisations consolidant l'indépendance des flux ambulatoires, encourager l'innovation, ...);
- poursuivre la campagne MSAP (élargie de 38 à 43 gestes);
- déployer les outils organisationnels et médico-économiques de l'ANAP et de la HAS destinés aux établissements de santé;
- développer la formation des professionnels de santé aux fins de promouvoir la chirurgie ambulatoire;
- mener l'action expérimentale finalisée en 2013 en lien avec la MSA sur des territoires ruraux de six régions pilotes (Bretagne, Limousin, Franche-Comté, Champagne-Ardenne, Languedoc-Roussillon, Nord-Pas-de-Calais).

1.7 SSR

Bilan 2013 :

1) Les logiciels d'orientation des patients (LOP)

Une grande majorité des ARS (24) est désormais dotée d'un logiciel d'aide à l'orientation des patients, déployé, selon les cas, à des stades plus ou moins importants quant aux établissements et territoires couverts. Sur ces 24 ARS, 21 ont retenu le logiciel Via Trajectoire, initié par les Hospices Civils de Lyon et l'ARH Rhône Alpes.

S'agissant de Via Trajectoire, les fonctions d'orientation dans le champ sanitaire (MCO vers SSR, HAD, USLD) sont désormais bien développées. Les orientations du champ sanitaire vers les EPHAD sont actuellement maîtrisées sur un plan technique et devraient pouvoir être généralisées rapidement. Sont développés simultanément les répertoires opérationnels des ressources (ROR) et le répertoire partagé des professionnels de santé.

2) Bilan de la campagne MSAP

Au 30/09/2013 124 établissements ont été mis sous accord préalable parmi les 150 ciblés.

L'analyse des taux de transfert et mutations MCO vers SSR pour les 6 gestes orthopédiques retenus (PMSI 2012 vs 2011) montre une baisse des taux conduisant à 7200 séjours évités.

3) Indicateurs

Toutes les ARS ont jugé pertinents les indicateurs d'efficience mis en œuvre dans le cadre du programme des actions de GDR/SSR. Ils permettent selon elles de mieux positionner les SSR dans l'offre de soins au regard de leurs nouvelles spécialités et de s'en servir dans le cadre des SROS, des CPOM, ou d'analyses ponctuelles. Les ARS se sont approprié l'analyse nationale qui avait été réalisée sur les données 2010 comme base de référence. et sont dans l'attente de son actualisation, sur la base des données 2012.

4) Les scores des risques

Ce score des risques a permis pour une large majorité des utilisateurs de repérer de manière ciblée les SSR en difficulté dans la production de données médicalisées (PMSI) permettant une bonne description de leur activité et dans la transmission de celles-ci aux ARS. Certaines d'entre elles ont utilisé ces scores dans le cadre des négociations de meilleure performance des établissements.

5) Convention indicative entre les SSR et les EHPAD

Globalement cet outil, qui avait vocation à fluidifier le parcours des personnes âgées entre SSR et EHPAD et d'harmoniser les clauses des conventions en prévoyant un socle d'engagements partagés et communs, n'a pas emporté une adhésion significative des établissements, du fait de l'existence d'accords antérieurs. La présentation de cette

convention-type a toutefois été l'occasion pour les ARS de réunir les acteurs du champ médico social et des SSR, leur rappelant l'intérêt d'organiser la transmission des informations lors des transferts de patients.

Une évaluation complète du programme GDR SSR mis en œuvre entre 2010 et 2013 est actuellement en cours de finalisation par la DGOS.

Perspectives pour 2014 :

1) LOP

Suite à l'élaboration du cahier des charges fonctionnel exprimant les services attendus du LOP et par ailleurs les obligations techniques auxquelles il doit répondre, ce cahier des charges sera soumis pour avis au niveau national à l'ensemble des acteurs concernés, et en particulier aux fédérations hospitalières et aux représentants des syndicats de médecins libéraux. Compte tenu du délai nécessaire à cette consultation, il est prévu d'adresser une instruction nationale GDR précisant les modalités de mise en œuvre et de montée en charge des LOP, à la fin du premier semestre 2014

Fin 2014, chaque région devra avoir retenu un LOP conforme aux exigences nationales et, en cas de LOP déjà mis en place, avoir validé le principe d'extension de périmètre de son LOP à tous les champs (médicosocial et libéraux...).

Le groupe de travail du programme GDR SSR définira au cours du premier semestre 2014 les tableaux de bord permettant de collecter au niveau national les données utiles pour suivre au plus près les orientations des patients et les filières de prise en charge selon les âges et les pathologies. Ces tableaux de bord constitueront une annexe de l'instruction. La gestion des données sera assurée par l'ATIH.

2) MSAP

La campagne MSAP développée par l'Assurance maladie sera tournée en 2014 vers les établissements prescripteurs sur des actes ciblés, conformément à l'article 33 bis de la LFSS pour 2014. Une instruction sera adressée dans ce sens aux ARS et au réseau de l'Assurance maladie.

3) Indicateurs d'efficience

Les indicateurs sont en cours d'actualisation sur la base de l'évaluation réalisée par la DGOS. Ils sont désormais calculés à partir des données résultant de la nouvelle classification en GME dont l'application a été préalablement généralisée en 2012.

L'analyse nationale de référence, spécialité par spécialité sur les données 2012, sera diffusée sur le site de l'ATIH en janvier 2014.

4) Le score des risques

Cet outil est maintenu sans changement, sauf évolution de la méthodologie de calcul de certains indicateurs, afin de prendre en compte les observations de l'évaluation. Une information sera diffusée sur ces évolutions techniques.

5) La convention SSR/EHPAD

Celle-ci est maintenue à titre de référence pour les nouveaux accords. Elle se justifie pleinement, tout comme les LOP, dans sa fonction d'outil participant à la fluidification du parcours du patient, en lien étroit avec les orientations de la stratégie nationale de santé.

De ce fait le taux de signature de conventions entre SSR accueillant des personnes âgées spécifiquement continue d'évoluer.

6) Indicateurs d'évolution des modes de prise en charge des patients en SSR

Seront étudiés avec le groupe de travail GDR/SSR deux ou trois indicateurs prospectifs nationaux favorisant à partir de 2015 l'évolution des modes de prise en charge en SSR au profit de formes alternatives à l'hospitalisation complète.

Ces indicateurs, qui pourront être inscrits dans les CPOM des ARS au titre des actions de GDR, participeront notamment à la transformation d'une partie des capacités d'accueil en hospitalisation complète, en hospitalisation à temps partiel ou/ou potentiellement aux autres formes de prise en charge des patients comme le développement d'équipes mobiles.

1.8 Liste en sus

Bilan 2013 :

En 2013, le ciblage des établissements en vue de la conclusion de plans d'actions s'est poursuivi. Si le taux d'établissements ciblés ayant fait l'objet d'un contrôle atteignait un niveau très satisfaisant de 79% au 15 novembre 2013, à l'instar de 2012, le nombre de plan d'actions finalement signés, atteignait lui à la même date un niveau très bas (moins d'une dizaine de plans d'actions).

Toutefois la publication du décret du 27 septembre 2013 relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale (modifiant celui du 24 août 2005) permettra, dès 2014, d'assurer une meilleure articulation entre le contrat de bon usage (CBU) et la GDR liste en sus notamment par la fusion des calendriers et la mutualisation des contrôles.

Perspectives pour 2014 :

L'article 51 de la LFSS pour 2014 a supprimé les taux de régulation fixés au niveau national et a fusionné la régulation et le CBU, les plans d'action étant désormais des avenants au CBU. Cette mesure permet, d'une part, de se limiter à un seul outil contractuel (CBU) et, d'autre part, de cibler l'ensemble des établissements de santé, et ce en accordant une plus grande latitude aux régions. Une circulaire sera édictée au cours du 1^{er} trimestre 2014 afin de préciser les nouvelles modalités d'application de ces dispositions et fournir aux régions des outils et critères de ciblage.

Par ailleurs, le circuit expérimental de remontées des prescriptions hors référentiel engagé en décembre 2013, sera exploité par les OMEDITS puis par les agences nationales au cours de l'année 2014.

1.9 Pertinence des soins

Bilan 2013 :

- Un guide méthodologique a été diffusé début janvier 2013 pour expliciter les méthodes et outils permettant aux ARS de repérer les enjeux d'amélioration mais également de construire et mettre en œuvre, avec les professionnels de santé, un plan de mobilisation régional sur chaque activité concernée.
- La **HAS** a diffusé des **outils professionnels d'amélioration des pratiques** pour 8 des thématiques ciblées (césariennes programmées, appendicectomies, syndrome du canal carpien, cholécystectomies, bronchiolites, BPCO surinfectées, amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, prothèses totale de genou... ; d'autres outils seront mis à disposition sur un total de 19 thématiques d'ici fin 2014).
- Des actions ont été mises en œuvre pour faciliter **l'appropriation de la démarche par les acteurs régionaux, les professionnels de santé et les usagers :**

- introduction, dès 2013, d'un objectif spécifique dans le programme de gestion du risque (GDR), destiné à favoriser la mise en œuvre d'actions d'amélioration de la pertinence des soins dans chaque région et permettant de disposer d'une vision consolidée des niveaux d'avancement. Le retour d'expériences en région et la capitalisation pour l'ensemble des ARS sont facilités (ateliers inter-régionaux en juin 2013, mise en place d'un SharePoint...) ;
- des programmes nationaux d'accompagnement des acteurs (fondés sur le volontariat des participants) ont également été initiés en 2013 : expérimentation pilote DGOS/HAS/FFRSP³ sur le programme d'analyse et d'amélioration de la pertinence des césariennes programmées à terme, destinée à favoriser la diffusion et l'utilisation des outils développés par la HAS sur ce thème (16 régions et près de 230 ES participent à cette expérimentation sur l'année 2013) ;
- le test, mené d'avril à juillet 2013 en région, sur 48 établissements a permis la validation de la méthode de ciblage mise au point par la CNAMTS sur l'appendicectomie et la chirurgie du canal carpien ;
Le travail sur le parcours de soins du syndrome du canal carpien a permis la réalisation de référentiels d'usage simple en collaboration avec la HAS et la Société française de médecine du travail. Ces supports seront diffusés en 2014 à l'ensemble des professionnels libéraux et hospitaliers concernés, via des campagnes d'accompagnement et courrier.

Les remontées intermédiaires des ARS collectées en novembre 2013 ont fait apparaître une progression globale certaine du niveau de maturité de la démarche régionale, auto évaluée. Un bilan plus détaillé est programmé avec chaque ARS fin janvier 2014 et permettra de préciser cette autoévaluation.

Perspectives pour 2014 :

En 2014, les ARS devront poursuivre la démarche engagée en 2013 afin de faire progresser la mise en œuvre du programme d'amélioration de la pertinence des soins dans leur région.

Pour l'année 2014, il est demandé à chaque ARS d'évaluer en début d'année le positionnement de sa démarche sur l'échelle de maturité définie dans l'instruction N° DSS/MCGR/CNAMTS/2013/119 du 1er février 2013 et d'en assurer une progression tout au long de l'année. Compte-tenu de l'objectif fixé en 2013, toutes les démarches régionales devaient a minima fin 2013 se trouver à un niveau de maturité égal à 2 (c'est-à-dire avoir établi un plan d'actions régional pour l'amélioration de la pertinence des soins sur au moins 2 thématiques, dont au moins une portant sur des actions déjà accompagnées par le niveau national sauf si celles-ci ne correspondent pas aux enjeux régionaux identifiés).

L'objectif est donc :

- si début 2014, la démarche se trouve à un niveau de maturité égal à 2 ou à 3, de progresser d'un niveau sur l'échelle de maturité d'ici fin 2014, compte tenu du temps nécessaire à la mise en œuvre du plan d'actions et du délai requis pour en évaluer l'impact ;
- si elle se trouve à un niveau de maturité égal à 4, d'élargir la démarche à des thématiques supplémentaires si nécessaire (selon les enjeux identifiés suite au diagnostic régional).

Cet objectif sera adapté et défini précisément avec chaque ARS lors des dialogues techniques programmés fin janvier 2014.

³ FFRSP : fédération française des réseaux de santé en périnatalité

Des éléments de précision seront demandés aux ARS, notamment le nombre et la nature des thématiques couvertes par ses actions régionales (y compris, le cas échéant, au-delà des 32 activités prioritaires GDR).

La démarche engagée sera poursuivie et adaptée les années suivantes.

➤ Modalités d'évaluation du programme

Le **niveau de déploiement** de la démarche sera évalué de manière complémentaire par deux indicateurs plus fins :

- un indicateur de suivi : nombre et taux d'établissements de santé MCO engagés dans la mise en place d'un programme d'actions d'amélioration de la pertinence des soins avec contractualisation dans les CPOM ARS-ES ;
- un indicateur de résultat : nombre et taux d'établissements de santé MCO pour lesquels l'ARS dispose de résultats intermédiaires (diagnostic initial tel que : étude ARS, CNAMTS, auto-évaluation par l'établissement de santé) ou finaux des actions d'amélioration de la pertinence des soins mises en œuvre au niveau des établissements de santé.

L'ensemble de ces indicateurs (niveau de maturité, indicateur de suivi de déploiement et indicateur de résultat) feront l'objet d'un suivi au cours d'un dialogue technique annuel.

2. Evaluation 2014 des 10 priorités de gestion du risque

Concernant les indicateurs et les cibles qui permettront d'évaluer la mise en œuvre des programmes GDR en 2014, ils seront précisés via une instruction à la fin du premier trimestre 2014.

Pour information, compte tenu de la continuité de la plupart des programmes GDR en 2014, les indicateurs CPOM de 2013 devraient globalement être reconduits, en tenant compte bien évidemment de l'ajustement possible de certaines cibles.

3. Pour information : point sur la mise en œuvre en 2013 des « processus de soins »

En 2013, la démarche « processus de soins » a été lancée en complémentarité de la démarche de gestion du risque ARS initiée en 2010. Co-pilotée au niveau national par la CNAMTS, la DSS, la DGOS, la DGS et le SG, elle a fait l'objet d'un suivi dans le cadre du COPIL GDR et du CNP.

Les principales avancées obtenues en 2013 sur chacun de ces processus sont présentées ci-après.

3.1 Arthroplastie du genou

Une nouvelle nomenclature CNEDIMTS a été produite et une baisse tarifaire « orthopédie » négociée en septembre. L'économie attendue pour 2014-2015 et début 2016 est de 40M€.

La mission IGAS sur les processus d'achat des dispositifs médicaux en établissements de santé est en cours. Les conclusions seront publiées fin février 2014.

L'analyse des séjours hospitaliers (DGOS/ CNAMTS/ ATIH/ HAS/ SG) pour les établissements présentant moins de 30 interventions par an a été inscrite au programme de travail de l'ATIH. Par ailleurs, la cohorte CNAM des patients ayant bénéficié de l'implantation d'une prothèse a été constituée, son analyse sera intégrée dans le programme de travail ANSM-CNAMTS.

Les travaux concernant l'articulation du déploiement régional de PRADO avec le déploiement des logiciels d'aide à l'orientation des patients en région a permis d'intégrer la logique PRADO dans le cahier des charges national des LOP. Le choix des établissements ciblés pour PRADO doit être réalisé en concertation avec chacune des ARS concernées.

L'expérimentation transport prévue dans le PRADO orthopédie (possibilité de couvrir les frais de transports des patients par l'article 48 de la LFSS 2013) sera lancée dans quelques territoires PAERPA.

Par ailleurs, la saisine de la HAS a été effectuée concernant l'analyse des seuils (opportunité de fixer des volumes d'actes en chirurgie spécialisée), pour une mise en œuvre à partir du 2eme semestre 2014.

3.2Hernies et varices

L'analyse de consommation / production en chirurgie ambulatoire a été inscrite au programme de l'ATIH.

Des travaux ont été lancés avec la société savante de chirurgie vasculaire afin de réfléchir aux perspectives de développement de la chirurgie ambulatoire sur les varices. Les nouvelles techniques de traitement des varices ont fait l'objet d'un avis de la HAS en décembre 2013 et les travaux doivent être poursuivis sur l'environnement adéquat de prise en charge pour faciliter l'accès aux soins et l'efficacité des traitements (centres autonomes ou environnement autre que le bloc opératoire...).

3.3Cancer colorectal

L'analyse DGOS / INCA concernant le taux de respect des seuils d'activité en chirurgie carcinologique (suite aux visites de conformité réalisées par les ARS) a été finalisée en fin d'année 2013. Un travail des ARS en lien avec la DGOS, l'INCa et l'assurance maladie devra être mené pour étudier la situation des titulaires d'autorisation d'exercer l'activité de chirurgie du cancer digestif ayant une activité en dessous du seuil, et la situation des établissements de santé non autorisés présentant des séjours de chirurgie du cancer digestif en dehors de la dérogation prévue à l'article R.6123-91 du CSP. Ce travail sera effectué sur la base de l'analyse ATIH sur les séjours 2013 en chirurgie carcinologique digestive qui vous sera transmise au deuxième trimestre par la DGOS.

La note de cadrage concernant l'inscription au programme de travail 2014 de la HAS de la « *la pertinence du développement de la chimiothérapie (IV et orale) en HAD: analyse économique et organisationnelle* », a été validée par le Collège de la HAS le 7 novembre 2013.

Les travaux engagés par la DGS et la CNAMTS au sujet de la réforme des structures de gestion sont en cours. Une expérimentation sera lancée en 2014, afin de tester de nouvelles modalités d'organisation de l'envoi des invitations au dépistage.

Par ailleurs, le passage au test immunologique, devrait être effectif à l'automne 2014.

3.4Insuffisance cardiaque

Bilan 2013 :

L'expérimentation relative au programme d'accompagnement PRADO en sortie d'hospitalisation a été lancée dans 6 territoires. Des mémos de bonnes pratiques ont été réalisés pour les professionnels de santé en partenariat avec la Société Française de Cardiologie et ont été validés par la HAS. Fin 2013, 230 patients ont bénéficié du PRADO insuffisance cardiaque.

Perspectives pour 2014 :

Un volet de télésurveillance des paramètres cliniques des patients insuffisants cardiaques sera expérimenté dans 4 des 6 territoires du programme PRADO.

Un bilan des effets du programme et une extension progressive pourrait être progressivement réalisée au deuxième semestre 2014.

3.5 Diabète

L'extension de SOPHIA est en cours (465 000 adhérents), avec possibilité d'inscription par le médecin traitant dans l'Espace professionnel prévue en 2014.

Une expérimentation a été lancée dans 4 départements concernant l'auto-mesure tensionnelle (diagnostic HTA) et la généralisation a été lancée en décembre 2013.

Concernant les filières Orthoptistes/Ophtalmologistes : une inscription à la CCAM/NGAP est en cours. Par ailleurs, afin de promouvoir ces filières, 15 CPAM participeront à des actions renforcées avec les ARS en 2014.

Un groupe national associant le Ministère, la CNAMTS et deux ARS a été mis en place afin de faciliter la mise en œuvre de cette action en synergie entre ARS et CPAM.

Pour le ministre et par délégation

signé

Thomas FATOME
Le directeur de la sécurité sociale

signé

Frédéric VAN ROEKEGHEM
Le directeur général de la CNAMTS

ANNEXE n°1 : Feuille de route GDR 2014

	A	B	C	E	F
1	<u>FEUILLE DE ROUTE REGIONALE 2014 GDR EHPAD</u>				
2					
3	Actions attendues au niveau régional		Calendrier	Commentaires	
4	Axe "efficience et qualité des soins"				
5	1.1	Poursuivre les réunions locales	2014		
6	1.2	Suivre et soutenir les groupes d'EHPAD référents volontaires afin de diffuser les bonnes pratiques aux autres EHPAD de la région	2014		
7	1.3	Poursuivre l'action des OMEDIT en matière d'amélioration de l'efficience des prescriptions en EHPAD	2014		
8	Axe "efficience"				
9	2.1	Poursuivre l'exploitaitaion du déploiement des ratios d'analyse	2014		
10					
11	<u>FEUILLE DE ROUTE NATIONALE 2014 GDR EHPAD</u>				
12					
13	Actions attendues du niveau national		Calendrier	Responsables	Commentaires
14	Axe qualité et efficience des soins				
15	1.1	Coordonner les travaux et animer des groupes de travail qui définiront les modalités de sélection et d'accompagnement des EHPAD en 2015	S1 2014	DSS	- les actions d'accompagnement seront coordonnées ARS-AM - participation aux GT : ARS, HAS, ANESM, ANAP, AM, DAC
16	1.2	Diffuser une instruction précisant : - les critères de sélection des EHPAD à accompagner; - les modalités d'accompagnement des EHPAD ; - les formations des personnels d'ARS visant à faciliter cet accompagnement.	S2 2014	DSS/DGCS/DGOS	
17	Axe efficience des EHPAD (ratios de dépenses) :				
18	2.1	Diffuser une instruction poursuivant le déploiement des ratios d'analyse sur les EHPAD .	S2 2014	DSS/DGCS/CNSA	
19	2.2	Poursuivre les travaux CNSA/DGCS/DSS en vue d'un SI partagé PA/PH	2014	DSS/DGCS/CNSA	

FEUILLE DE ROUTE REGIONALE 2014 GDR IRC

Actions attendues au niveau régional		Calendrier	Commentaires
Objectif n°1: Améliorer la prévention et le dépistage de la maladie rénale chronique			
1.1	Mettre en œuvre des actions de prévention de la maladie rénale chronique et de ses facteurs de risque en renforçant les programmes d'ETP transversaux	2014	Sera intégré dans les expérimentations "parcours de soins"
1.2	Assurer le suivi des actions de sensibilisation menées par les sociétés savantes et l'ABM	2014	
1.3	Favoriser une bonne collaboration interdisciplinaire et des conditions d'orientation adaptées vers les néphrologues	2014	Sera intégré dans les expérimentations "parcours de soins"
Objectif n°2: Renforcer la greffe et le prélèvement			
2.1	Accompagner, en lien avec l'ABM, le déploiement du programme Cristal dans 100 % des hôpitaux autorisés au prélèvement	2014	
2.2	Veiller à ce que les conditions organisationnelles requises pour les prélèvements soient réunies dans l'ensemble des sites potentiellement préleveurs	2014	groupe de travail national mis en place par la DGOS
2.3	Renforcer la mise en œuvre des prélèvements sur donneur vivant	2014	
2.4	Mettre en œuvre des mesures visant à assurer la neutralité financière des personnes effectuant un don d'organe	2014	
2.5	Développer l'utilisation de machines à perfusion	2014	Depuis 2012, le FAG finance également la mise à disposition d'un parc de machines à perfusion des reins
2.6	Relayer les campagnes d'information et de sensibilisation mises en œuvre par l'ABM	2014	
2.7	Mettre en œuvre les conditions d'une coordination et d'une coopération entre les équipes de greffe et de dialyse	2014	Une demande a été faite à la HAS pour recommander des critères d'inscription sur la liste de greffe.
2.8	S'assurer de la disponibilité des équipes de greffe et des plateaux médico-sociaux pour l'utilisation optimale des greffons disponibles	2014	
2.9	Accompagner les audits relatifs aux coordinations mis en œuvre par l'ABM	2014	
2.10	Encourager la mise en place d'IDE de coordination de greffe afin d'optimiser le parcours de soins des patients	2014	
Objectif n°3: Favoriser les prises en charge de dialyse de proximité des nouveaux patients			
3.1	Organiser une offre de soins diversifiée	2013	
3.2	Rééquilibrer le nombre d'implantations par type de modalités au profit des prises en charge de proximité	2013	Proposition de changement de l'indicateur CPOM
3.3	Améliorer les conditions d'orientation initiales vers les différentes modalités de traitement	2013	Sera intégré dans les expérimentations "parcours de soins"
Objectif n°4: Veiller à la qualité et à la sécurité des soins			
4.1	S'assurer de la mise en œuvre d'indicateurs de qualité relatifs à la dialyse ou à la greffe	2014	
4.2	Instaurer un retour sur les pratiques avec les professionnels des structures de soins	2014	
Objectif n°5: Assurer l'accès des patients à l'information et aux programmes d'ETP			
5.1	Veiller à la diffusion des documents d'information aux patients	2014	
5.2	Accompagner les établissements dans la formalisation d'un "temps d'information" de chaque nouveau malade	2014	
5.3	Favoriser la mise en œuvre de programmes d'ETP diversifiés et transversaux sur chacun des territoires de santé	2014	

FEUILLE DE ROUTE NATIONALE 2014 GDR IRC

Actions attendues du niveau national		Calendrier	Responsables	Commentaires
1.1	Analyser l'évaluation médico-économique de la HAS concernant les stratégies de prise en charge de l'IRCT (partie EER) et élaborer, si besoin, une instruction complémentaire pour les ARS	Dès publication	DSS/DGOS	Ne serait prévue que S2 2014.
1.2	Mettre en place des visites DAM ou des échanges confraternels comprenant la diffusion du mémo IRCT chez le patient diabétique	En cours	CNAMTS	
1.3	Clarifier au niveau réglementaire la prise en charge des actes infirmiers de DP en sus des forfaits « D »	2014	CNAMTS/DSS	

FEUILLE DE ROUTE REGIONALE 2014 GDR TRANSPORT SANITAIRES

Actions attendues au niveau régional		Calendrier	Commentaires
Objectif n°1: Approfondir l'action de contractualisation avec les établissements de santé			
1.1	Engager la campagne de contractualisation 2014 (mise en œuvre des CAQOS transports modifiés à la suite de l'article 39 de la LFSS pour 2014)	2014	
1.2	Communiquer les données/bilans des prescriptions aux établissements de santé	Avant le 1er juin 2014	
1.3	Poursuivre la montée en charge des CAQOS en capitalisant sur les actions d'accompagnement menées en 2011, 2013 et 2013	2014	
1.4	Intégrer dans la contractualisation des objectifs qualitatifs avec une priorité sur l'obligation de renseigner le n°RPPS	S1 2014	
1.5	Evaluer les contrats 2011, 2012 et 2013 et en actualiser, le cas échéant, les taux 2014 et y inclure les objectifs qualitatifs	S2 2014	
1.6	Calculer et notifier les intéressements et les reversements	S2 2014	
1.7	Appliquer le cas échéant les sanctions en cas de refus de contractualisation	S2 2014	
1.8	Réaliser le bilan régional de la contractualisation 2014	S2 2014	
Objectif n°2: Déployer l'action d'expérimentation de nouvelles modalités d'organisaion et de régulation des transports			
2.1	Repérer les établissements volontaires pour participer à l'expérimentation article 39 LFSS pour 2014	2014	
2.2	Mettre en œuvre, suivre et accompagner les expérimentations	2014	

FEUILLE DE ROUTE NATIONALE 2014 GDR TRANSPORT SANITAIRES

Actions attendues du niveau national		Calendrier	Responsables	Commentaires
Objectif n°1: Approfondir l'action de contractualisation avec les établissements de santé				
1.1	Publier l'arrêté fixant le taux d'évolution 2014 au plus tard le 31/12/2013 : 2,5%	T4 2013	DSS	
1.2	Publier le décret en Conseil d'Etat modifiant le dispositif CAQOS transport à la suite de l'article 39 de la LFSS pour 2014	T1 2014	DSS	
1.3	Publier l'arrêté fixant le montant de dépenses à partir duquel les établissements seront ciblés (nouveau critère de ciblage => suite de l'article 39 de la LFSS pour 2014)	T1 2014	DSS	
1.4	Publier la décision Etat/UNCAM fixant un modèle-type de contrat => suite de l'article 39 de la LFSS pour 2014	T1 2014	DSS	
1.5	Publier l'instruction de campagne de contractualisation 2014 (bilan des contrats passés et nouvelles modalités)	S1 2014	DSS/CNAMTS	
1.6	Actualiser les données de ciblage pour tenir compte de l'élargissement des critères (taux d'évolution/montant)	S1 2014	CNAMTS	
1.7	Enrichir les fiches profils nationales	T1 2013	CNAMTS	
Objectif n°2: Déployer l'action d'expérimentation de nouvelles modalités d'organisaion et de régulation des transports				
2.1	Diffuser un guide ANAP sur l'organisation du transport de patients	T1 2014	ANAP	
2.2	Publier un décret en Conseil d'Etat pour la mise en œuvre des expérimentations article 39 de la LFSS pour 2014	S2 2014	DGOS	
Objectif n°3: Mener des travaux parallèles sur la regle mentation transport				
3.1	Faciliter le déploiement du RPPS (mise à jour de la prescription médicale de transp	T1 2014	CNAMTS/DSS/DGOS	
3.2	Poursuivre les travaux du groupe de travail (Etat/CNAMTS/ARS) sur le partage du Répertoire National des Transporteurs (RNT) entre ARS et CPAM (expérimentation sur le consultation du RNT et étude de faisabilité d'un système partagé)	S1 2014	SG/CNAMTS/ DSS/DGOS/ARS	
3.3	Simplifier les procédures relatives à l'agrément/autorisation des transporteurs sanit	2014	DGOS	

FEUILLE DE ROUTE REGIONALE 2014 GDR LISTE EN SUS

Actions attendues au niveau régional		Calendrier	Commentaires
Objectif: Conclure des plans d'actions avec les établissements de santé			
1.1	Poursuivre le ciblage et le contrôle des établissements en vue de la conclusion des plans d'actions	mars/avril 2014	
1.2	Négocier et conclure des plans d'actions avec les établissements contrôlés	Avril à juin 2014	
1.3	Remonter au niveau national la synthèse sur les plans d'actions mis en œuvre	Avant le 15 juillet 2014	
1.4	Remonter au niveau des agences sanitaires le bilan consolidé des prescriptions hors référentiel	mars-14	

FEUILLE DE ROUTE NATIONALE 2014 GDR LISTE EN SUS

Actions attendues du niveau national		Calendrier	Responsables	Commentaires
Objectif: Permettre aux ARS de conclure des plans d'actions avec les établissements de santé				
1.1	Diffuser l'instruction de régulation des dépenses des produits de la liste en sus pour la période 2014 (dépenses 2013)	T1 2014	DSS	

FEUILLE DE ROUTE REGIONALE 2014 GDR PHEV

Actions attendues au niveau régional	Calendrier	Commentaires
Objectif: Approfondir l'action de contractualisation avec les établissements de santé		
1.1 Communiquer les données/bilans des prescriptions aux établissements de santé	Avant le 1er avril 2014	
1.2 Poursuivre la contractualisation avec les établissements, sur la base d'un accompagnement qui sera développé sur des thèmes spécifiques	2014	
1.3 Intégrer dans la contractualisation des objectifs qualitatifs comme l'obligation de prescrire en DCI, la prescription dans le répertoire ou de biosimilaires...et faire prendre en compte l'atteinte de ces objectifs dans les décisions après bilan du contrat	2014	
1.4 Evaluer les contrats 2013 , en incluant si possible les objectifs qualitatifs	Juin à août 2014	

FEUILLE DE ROUTE NATIONALE 2014 GDR PHEV

Actions attendues du niveau national	Calendrier	Responsables	Commentaires
Objectif: Approfondir l'action de contractualisation avec les établissements de santé			
1.1 Diffuser une instruction aux ARS sur la campagne 2013 de contractualisation	2014	CNAMTS	
1.2 Diffuser les indicateurs de « ciblage » pour les principales classes thérapeutiques médicamenteuses et les principaux regroupements LPP	2014	CNAMTS	
1.3 Continuer à enrichir les données transmises en s'aidant des travaux des régions	2014	CNAMTS	
1.4 Développer des thèmes d'accompagnement spécifiques (5 sur les médicaments et 3 sur la LPP)	2014	CNAMTS	
1.5 Préparer la contractualisation avec le repérage des prescripteurs	2014	CNAMTS/DSS/DGOS	

FEUILLE DE ROUTE REGIONALE 2014 GDR IMAGERIE

Actions attendues au niveau regional		Calendrier	Commentaires
Objectif n°1: Mettre en œuvre la diversification du parc des IRM			
1.1	Poursuivre la mise en œuvre de la diversification du parc IRM régional via la procédure des autorisations	2014	

FEUILLE DE ROUTE NATIONALE 2014 GDR IMAGERIE

Actions attendues du niveau national		Calendrier	Responsables	Commentaires
1.1	Dispositif d'évaluation des effets de l'implantation des équipements IRM ostéo-articulaires (annoncé dans l'instruction du 15 juin 2012) : Tester une grille d'évaluation auprès de quelques sites diversifiés avant de généraliser à toutes les ARS concernées, éventuellement sous forme de retour d'expérience	Tests = S1 2014	DGOS/CNAMTS	
1.2	Envisager mi-2014 l'opportunité de réviser les objectifs de diversification 2014 et 2015 des ARS	2014	DGOS/CNAMTS	
1.3	Suivre les actions sur les autorisations suite aux publications des SROS	2014	DGOS	
1.4	Diffuser les travaux de la HAS et ANAP (programme de travail 2013) sur l'offre d'IRM et le développement d'outils visant à améliorer l'organisation du parc des IRM (groupe travail DSS-DGOS-CNAMTS-ANAP-HAS)	2014	HAS/ANAP	
1.5	Poursuite des travaux en lien avec le groupe de travail sur la pertinence des examens d'imagerie	2014	DGOS	
1.6	Poursuivre les travaux en vue d'une modulation des tarifs des actes sur la base de leur valorisation intellectuelle dans le cadre d'une redescription des actes	2014	CNAMTS	

FEUILLE DE ROUTE REGIONALE 2014 GDR CHIRURGIE AMBULATOIRE

Actions attendues au niveau régional		Calendrier	Commentaires
Objectif n°1: Atteindre une cible de développement globale et par geste marqueur 2014			
1.1	Poursuivre la mise en œuvre d'un plan d'actions pluriannuel relatif au développement de la chirurgie ambulatoire, notamment au sein des ES les plus éloignés de la cible régionale de développement	2014	
1.2	Poursuivre la contractualisation avec les établissements de santé dans le cadre du SROS-PRS sur une cible pluriannuelle de développement et des indicateurs d'évaluation adaptée et de qualité de prise en charge	2014	
1.3	Déployer les outils organisationnels et médico-économiques de l'ANAP et de l'HAS destinés aux établissements de santé	2014	
1.4	Déployer des formations pour les professionnels de santé aux fins de promouvoir la chirurgie ambulatoire	2014	
1.5	Mettre en œuvre l'action expérimentale finalisée en 2013 avec la MSA sur des territoires ruraux de 6 régions pilotes	2014	
Objectif n°2: Poursuivre et élargir la mise en œuvre de la MSAP			
2.1	Poursuivre la campagne MSAP	2014	

FEUILLE DE ROUTE NATIONALE 2014 GDR CHIRURGIE AMBULATOIRE

Actions attendues du niveau national		Calendrier	Responsables	Commentaires
Objectif n°1: Atteindre une cible de développement globale et par geste marqueur 2014				
1.1	Poursuivre les travaux sur la qualité et la sécurité en chirurgie ambulatoire	2014	DGOS	
1.2	Poursuivre les travaux ANAP/HAS et assurer leur diffusion	2014	ANAP/HAS/DGOS	
1.3	Permettre le déploiement de la formation des professionnels de santé	2014	DGOS/ANFH	
1.4	Poursuivre et faire évoluer la contractualisation Etat/ARS	2è semestre 2014	DGOS	
1.5	Mener une réflexion sur la pertinence du recours à des hôtels-ambulatoires	2014	DGOS	
1.6	Poursuivre la réflexion sur la pertinence de mettre en place des centres dédiés à la chirurgie ambulatoire	2014	DGOS	
1.7	Poursuivre la politique tarifaire incitative à la chirurgie ambulatoire concernant notamment les tarifs uniques et les bornes basses	2014	DGOS	
Objectif n°2: Poursuivre et élargir la mise en œuvre de la MSAP				
2.1	Organiser la nouvelle campagne MSAP	2014	CNAMTS	

FEUILLE DE ROUTE REGIONALE 2014 GDR SSR

Actions attendues au niveau régional		Calendrier	Commentaires
Objectif n°1: Rendre plus pertinente l'offre de soins en SSR			
1.1	Poursuivre la MSAP des établissements ciblés	T1 / T2 2014	en 2014 changement de paradigme: ce sont les établissements prescripteurs qui sont mis sous entente préalable (Art 33 bis de la LFSS).
1.2	Par activité ciblée, suivre l'impact de la mesure sur l'activité des SSR concernés .	T1/T2 2014	
1.3	Dresser un bilan de la MSAP SSR 2013	T1 2014	bilan fait par la CNAMTS+ évaluation DGOS: diffusion T1 2014
Objectif n°2: Améliorer la fluidité du parcours de soins du patient entre SSR et EHPAD			
2.1	Présenter le projet de convention SSR-EHPAD aux établissements qui n'en auraient pas encore signé et informer les fédérations concernées.	T1/T2 2014	maintien convention; objectif évoluant progressivement
2.2	Obtenir que 15% des SSR concernés signent au moins une convention avec 1 EHPAD	T4 2014	Objectif avec une faible évolution et fluidification du parcours à entretenir en lien avec SNS
Objectif n°3: Améliorer l'efficience à court terme des SSR			
3.1	Utiliser les indicateurs d'efficience, repérer des atypies et proposer des actions correctrices. Comparer les SSR de la région aux nouvelles références nationales 2012	T2 et T3 2014	Janvier 2014 diffusion d'une nouvelle analyse nationale des indicateurs GDR sur la base des données PMSI 2012 sur le site de l'ATIH
3.2	Proposer des objectifs d'efficience pour les établissements anormalement atypiques	Année 2014	
3.3	Mettre en œuvre le score de risques financiers des données PMSI et alerter les établissements en situation difficile	année 2014	maintenir une forte pression sur les données PMSI ; tenir compte des modifications nationales des modes de calcul
Objectif n°4: Déployer au sein de chaque région un logiciel d'aide à l'orientation des patients			
4.1	Pour les ARS qui n'en sont pas encore dotées, choisir un LOP conforme au cahier des charge fonctionnel; pour les ARS qui en sont dotées vérifier que le LOP respecte le cahier des charges national et le faire adapter en conséquence	T4 2014	VO cahier des charges finalisée en janvier 2014; large consultation en cours d'organisation.

FEUILLE DE ROUTE NATIONALE 2014 GDR SSR

Actions attendues du niveau national		Calendrier	Responsables	Commentaires
1.1	Diffuser l'instruction d'évaluation du programme GDR-SSR 2010/2013	T1 2014	DGOS	en cours finalisation
1.2	Diffuser une instruction relative aux conditions fonctionnelles que les logiciels d'orientation des patients doivent respecter.	fin 1er semestre 2014 après consultation des acteurs concernés	DGOS	consultation large: DSS, DGCS, CNAMTS, CNSA, Fédérations, Prof libéraux, ARS
1.3	Diffuser l'analyse nationale coorespondant aux indicateurs d'efficience par spécialités et âges des populations	janv-14	DGOS/ATIH	mise sur le site de l'ATIH en janvier 2014
1.4	Diffuser les nouveaux modes de calcul du score d'efficience	T1	DGOS/ATIH	en attente de l'ATIH.
1.5	Travaux du groupe GDR/SSR sur indicateurs de transformation de l'hospitalisation à temps complet	1er semestre 2014	DGOS	

FEUILLE DE ROUTE REGIONALE 2014 GDR PERTINENCE

Actions attendues au niveau régional		Calendrier	Commentaires
Objectif n°1: déployer la démarche dans les établissements de santé			
1.1	Contractualisation des actions dans les CPOM ARS-ES et mise en œuvre	2013	
Objectif n°2: suivre les résultats des actions mises en œuvre par les établissements de santé pour les régions qui en sont à ce stade de la démarche			
2.1	Suivi des résultats des actions mises en œuvre par les établissements de santé et ajustement éventuel du plan d'action régional sur ces thématiques	2013	

FEUILLE DE ROUTE NATIONALE 2014 GDR PERTINENCE

Actions attendues du niveau national		Calendrier	Responsables	Commentaires
1.1	Organiser un séminaire de retour d'expériences interrégional	T3 2014	DGOS	
1.2	Diffuser des documents retours d'expériences sur les programmes d'accompagnement nationaux mis en place	2014	DGOS/CNAMTS	