



Plan Triennal 2015-2017

Conférence de Territoire 16/06/2016

Virage ambulatoire et préférence domicile



1. Les enjeux du virage ambulatoire

2. Les objectifs ciblés :

- Nationaux
- Régionaux

3. Les résultats 2015

— Contexte du virage ambulatoire

— Les 3 révolutions en cours

- Démographique : ↗ personnes âgées
- Epidémiologique : ↗ maladies chroniques
- Numérique : nouvelles technologies, objets connectés, communication

— La préférence des patients de rester chez eux

— Des contraintes économiques fortes

Font que l'hôpital se recentre autour de son plateau technique : le non programmé, les bilans, les interventions, les soins intensifs lourds et complexes



Développement des soins à domicile lorsque c'est possible

Il s'inscrit par ailleurs dans la logique du parcours de soins, un des objectifs assigné à l'ARS : clarifier les rôles attendus des professionnels de ville en fonction des patients et des interventions.

- Objectifs et Enjeux

- **Objectifs** : Promouvoir un développement ambitieux des prises en charge ambulatoires en substitution de l'hospitalisation complète et adapter les organisations en conséquence => 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 : au bénéfice des structures de dialyse hors centre (l'IRCT), au bénéfice de l'HAD, au bénéfice des HDJ de médecine, de SSR, de psychiatrie, et au bénéfice des Unités de Chirurgie Ambulatoire pour la chirurgie.

- Le développement de l'Ambulatoire répond à 4 **enjeux** :
 - un enjeu de qualité et de sécurité des soins : une source d'amélioration de la qualité des prises en charge des patients (qualité, sécurité, confort du patient)
 - un enjeu de recomposition territoriale de l'offre de soins : améliorer l'organisation en ville autour du patient; développement des prestations réalisées en ville
 - un enjeu organisationnel : au sein des structures (ACA); structurer l'organisation des soins de proximité;
 - un enjeu économique : si réel transfert HC vers HDJ

Le Contexte de l'ONDAM Hospitalier

La maîtrise des dépenses publiques : 50 Md€ d'économies à horizon 2017, dont 10Md€ sur la santé

Répartition des économies 2015-2017

Md€

Etat



18

36%

Collectivités
territoriales



11

22%

Protection
sociale



11

22%

Dépenses de
santé



10

20%

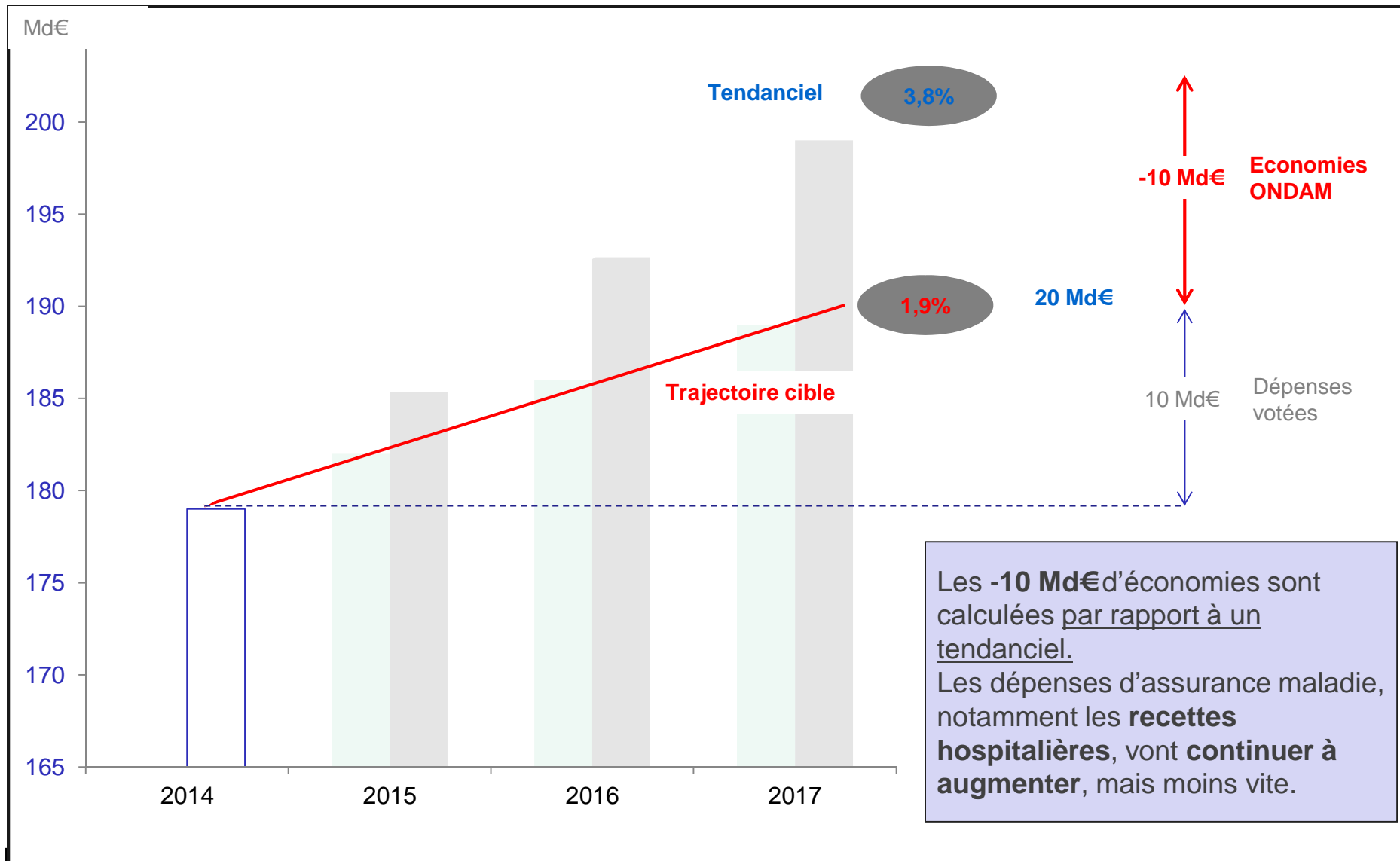
TOTAL

50

Le contexte de l'ONDAM Hospitalier (suite)

tendanciel
ONDAM cible

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



— Le plan triennal : Evolution structurelle de notre système de santé alliant qualité des soins et maîtrise de la dépense

- Le plan ONDAM vise une évolution structurelle de notre système de santé en 3 ans, alliant **qualité des soins et maîtrise des dépenses**.

Les orientations du Plan doivent permettre

- d'améliorer les performances de notre système de santé
 - de maîtriser l'évolution des dépenses avec une gestion du risque partagée entre l'Etat et l'Assurance Maladie pour contribuer à l'atteinte des objectifs du plan ONDAM 2015-2017
- Le plan structuré a 4 grands objectifs, **partagés entre l'Etat et l'Assurance Maladie** :
 - Améliorer la qualité de l'offre hospitalière pour mieux répondre à sa mission (offre services de santé modernisée et soutenable sur le long terme)/ Bonne santé financière des ES
 - Prendre le **virage ambulatoire** et mieux adapter les prises en charge en établissement
 - Poursuivre les efforts sur les prix des médicaments et l'adoption des génériques
 - **Améliorer la pertinence et le bon usage des soins**
 - Ces objectifs sont déclinés en 12 programmes /blocs



dont 8 blocs impliquant fortement les ARS

Organisation régionale du déploiement du plan triennal IDF

- responsables des blocs -

ARS

ASSURANCE MALADIE



8 blocs pour les ARS

8 blocs pour l'Assurance Maladie

dont 4 blocs communs

— **Le plan triennal : Prendre le virage ambulatoire et mieux adapter les prises en charge en établissement**

- Virage ambulatoire pour les établissements et professionnels de santé
 - => accompagner les changements de pratique et d'organisation en établissement liés au développement de l'ambulatoire

- Virage ambulatoire pour les patients
 - => réduire le temps passé à l'hôpital pour certains actes de chirurgie et médecine et améliorer la qualité de la prise en charge (diminution des risques sanitaires, confort de la prise en charge à domicile...)

- Optimisation des modes de prise en charge
 - => réduire les séjours inutilement prolongés (PRADO) et adopter des prises en charge plus adéquates (HDJ, HAD)



1. Les enjeux du virage ambulatoire

2. Les objectifs :

- Nationaux
- Régionaux

3. Les résultats 2015

Les objectifs-ciblés de l'ARSIF

Bloc

Objectifs du bloc

Atteinte
cible 2015

VIRAGE AMBULATOIRE

- -indicateur CPOM: taux global de chirurgie ambulatoire: 55,1% en 2015; 57,4% en 2016; 59,8% en 2017; 62,1% en 2018
- Objectif National 2013 : 43% - 2018 : 62%

52,4%/
52,8% en
2014
22,5M€

Données chiffrées 2015 , en attente

Augmenter le taux de
recours en HAD

- Objectif IDF : + 1 100 places à échéance 2017 (+ 1 500 places à échéance 2018)
- Circulaire DGOS 2013 : horizon 2018 / 30 à 35 patients/jour pour 100 000 habitants (2013 : 24 patients /jour en IDF)

— Les Chantiers du Virage Ambulatoire en IDF – Plan d'Actions Régional

— Liste des chantiers :

- Chantier n°1 : Développer la chirurgie ambulatoire
- Chantier n°2 : Renforcer PRADO en Ile de France
- Chantier n°3 : Faire évoluer les prises en charge en SSR
- Chantier n°4 : Augmenter le taux de recours à l'HAD
- Chantier n°5 : Impact Capacitaire / Evolution des modalités d'hospitalisation au virage ambulatoire
- Chantier n°6 : développer les prises en charge de proximité pour l'IRC





1. Les enjeux du virage ambulatoire

2. Les objectifs :

- Nationaux
- Régionaux

3. Les résultats 2015 et perspectives 2016

— BILAN 2015

- Chirurgie ambulatoire : Objectif régional cible du taux de chirurgie ambulatoire : 55,1% (en attente des chiffres 2015)
 - Taux estimés pour le Val d'Oise : objectif atteint mais des établissements (4/12) qui restent en dessous de la cible de 55%
- PRADO: Programme Assurance Maladie
- SSR:
 - Poursuivre le déploiement de PRADO orthopédie pour éviter les hospitalisations inutiles en SSR (efficience des PEC)
 - Révision du SROS SSR pour favoriser le développement de l'HDJ en SSR par substitution de l'HC : 91 implantations d'HDJ créées en IDF / dont **12 pour le VO - 2 demandes à date**
- Impact capacitaire / Evolution des modalités d'hospitalisation au virage ambulatoire :
 - Adapter les modalités d'hospitalisation aux nouvelles formes de prise en charge, en réallocation de l'hospitalisation complète vers de l'hospitalisation de jour



—BILAN 2015 (suite) :

- Augmenter le taux de recours à l'HAD : taux 95 - 20,9 patients/jour/100 000 hab
 - Révision du SROS, ouverture à la concurrence effectuée (7 créations possibles sur le territoire IDF), fenêtre d'autorisations (2 fois/an), cahier des charges élaboré en 2015...
 - Développement du recours à l'HAD par les ES, HAD dans la liste des objectifs prioritaires CPOM (1/3 des CPOM MCO et SSR négociés ont un objectif HAD)
 - Développer l'HAD en ESMS, groupes de travail HAD en EHPAD / HAD en MAS, brochure d'information HAD en EHPAD disponible, réunions d'informations pour les ES, ESMS, libéraux, SAMU... pour présenter l'HAD et ses trajectoires.

=> **Autorisation Nord Ouest du Val d'Oise** : HAD NOVO (territoire prioritaire – taux en dessous de 20 patients/jour, HAD polyvalente, collaboration publique-privée formalisée)

et PERSPECTIVES 2016 : Poursuites des actions engagées

- Chirurgie ambulatoire :
Taux de chirurgie ambulatoire : 57,4%
- SSR et HAD
Poursuite des actions engagées en 2015

