

Dépenses remboursées par type d'établissement de santé en 2010 – Evolution comparée par rapport à 2009

PRESTATIONS	Total 2010	Total 2009	Evolution
Objectif de dépenses méd.-chir.-obst. (ODMCO) secteur public	767 947 703	774 002 517	-0,8%
Dotations annuelles de financement des MIGAC secteur public	127 412 304	146 043 631	-12,8%
TOTAL DAF et autres versements du secteur public	273 064 635	278 659 381	-2,0%
Public	1 168 424 641	1 198 705 529	-2,5%
Objectif de dépenses méd.-chir.-obst. (ODMCO) secteur privé	197 323 176	194 465 064	1,5%
Dotations annuelles de financement des MIGAC secteur privé	462 144	1 106 513	-58,2%
OQN psychiatrie et soins de suite et de réadapt. (secteur privé)	55 269 314	52 092 632	6,1%
Autres versements secteur privé	608 352	713 314	-14,7%
Privé	253 662 986	248 377 742	2,1%
TOTAL Enfance handicapés	138 718 591	124 506 686	11,4%
TOTAL Adultes handicapés	46 684 067	50 625 614	-7,4%
Personnes âgées	219 386 308	205 153 759	6,9%
Médico-social	404 988 965	380 286 059	6,5%
Total ETABLISSEMENT	1 827 076 592	1 827 369 330	0,0%

Source : CNAMTS (régime général y compris sections locales mutualistes) – exploitation Cellule de coordination régionale GDR Bourgogne

Les dépenses en établissements s'élèvent à 1,857 milliards d'euros et sont restées à un niveau stable par rapport à 2009.

Les dépenses des cliniques privées augmentent de +2,1% en 2010 par rapport à 2009 (vs +3,6% entre 2008 et 2009).

Alors que les versements aux établissements publics diminuent de -2,5% entre 2009 et 2010, les versements aux établissements médico-sociaux augmentent de +6,5%.

3 Organisation et méthodologie

3.1 Organisation au sein de la région

Cf supra (§ 1.4).

Le Décret n°2010-515, paru au Journal officiel du 20 mai 2010, relatif au PPRGDR précise que :

- Le DGARS prépare, arrête et évalue le programme pluriannuel régional de gestion du risque.
- Il en organise et en suit l'exécution.
- Il en évalue les résultats.

La préparation, le suivi et l'évaluation du PRGDR sont effectués dans le cadre d'une commission régionale de GDR présidée par le DGARS et composée du représentant, au niveau régional, de chaque organisme d'Assurance Maladie dont la Caisse nationale est membre de l'UNCAM ainsi que les Directeurs des organismes et services d'assurance maladie signataires du contrat prévu à l'Art. L1434-14 du code de la santé publique.

La commission régionale de gestion du risque se réunit :

- **soit en formation plénière** : elle rassemble tous les Directeurs des organismes et services d'Assurance Maladie signataires du contrat prévu à l'art. L 1434-14 du Code de la santé publique pour préparer, suivre et évaluer le PPRGDR
- **soit en formation restreinte** : elle se compose du Directeur coordonnateur de la GDR du régime général, du Directeur régional de la MSA, du Directeur du RSI pour préparer les actions régionales complémentaires ; Un représentant des organismes complémentaires d'Assurance Maladie, désigné par l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie peut participer le cas échéant aux travaux de la commission.

L'ARS assure le secrétariat des commissions (convocation, relevé de décisions...).

La Commission se réunit en formation plénière à minima une fois par an. Elle donne un avis sur le PPRGDR et ses avenants annuels le cas échéant proposés par la commission réunie en formation restreinte, et entérine le bilan annuel de mise en œuvre des contrats signés avec chaque organisme d'Assurance Maladie.

En formation restreinte, elle propose le contenu du PPRGDR et ses avenants annuels, à la Commission réunie en formation plénière ; elle valide les plans d'actions ; elle assure le suivi des projets ; elle décide, si nécessaire, de la mise en place de groupes de travail spécifiques.

Une **équipe projet** est constituée. Elle est composée de représentants de l'ARS et du régime général.

Cette équipe projet se réunit régulièrement. Elle n'a pas de pouvoir de décision, mais elle est force de proposition pour la Commission. Elle propose et prépare l'ordre du jour des Commissions. Elle détermine les modalités et s'assure du suivi des actions intégrées au PPRGDR.

Ces modalités de suivi intègrent :

- les objectifs régionaux et nationaux,
- les indicateurs de suivi des objectifs et le mode d'évaluation des résultats,
- les modalités de pilotage de l'action,
- le détail et le calendrier des actions mises en œuvre.

Elle réalise un bilan annuel soumis à validation de la commission plénière. Toute action non inscrite au PPRGDR fait l'objet d'une information réciproque.

3.2 Les dix programmes prioritaires de gestion du risque

Le Conseil national de pilotage des ARS a arrêté lors sa séance du 9 juillet 2010 les priorités de gestion du risque des ARS pour 2010 et 2011. Elles s'inscrivent dans le cadre défini par le contrat Etat/UNCAM et sont pleinement cohérentes avec les objectifs fixés dans le cadre des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) des ARS.

Dix priorités en matière de gestion du risque axées sur le développement de modes de prise en charge plus souples, mieux coordonnés et plus efficaces ont été définies.

- Les transports sanitaires prescrits à l'hôpital
- La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique (IRC)
- La liste en sus
- Les prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville
- L'imagerie médicale
- La chirurgie ambulatoire
- L'efficacité des EHPAD
- Les prescriptions dans les EHPAD
- Les SSR
- La Permanence Des Soins Ambulatoire (PDSA) et les urgences

3.2.1 Le programme de régulation de la progression des dépenses de Transports prescrits par les établissements de santé

Le programme Transports a pour objectif d'une part la régulation de la progression des dépenses de transports sanitaires prescrits en hôpital et d'autre part la redéfinition du modèle d'organisation du transport de malade (en développant notamment le transport partagé). Pour ce faire, les principaux leviers identifiés portent sur le dispositif de contractualisation avec les établissements et l'identification des pratiques de prescriptions non conformes.

3.2.1.1 Rappel des objectifs du programme ⁵

Le contexte lié aux transports justifie cette priorité dans le cadre de la gestion du risque confié aux ARS.

Quelques chiffres repères au niveau national :

- 67 millions de transports sont prescrits chaque année (37% par des médecins libéraux et 63% par les établissements de santé et médico-sociaux pour 5,1 millions de personnes transportées en 2009 (tous régimes confondus)
- Ces transports sont répartis à 42% d'ambulances, 23% de VSL et 31% de taxis (4% autres) ce qui représentent au niveau national 3 258 millions d'euros de dépenses remboursables, tous régimes pour 2009.
- L'analyse des dépenses de transport montre une augmentation de 7,2% en valeur pour l'année 2009, s'expliquant à 4,2% par des hausses tarifaires et 3% d'évolution en volume

Au-delà des actions organisationnelles et de régulation financière, le programme Transports vise à mieux cibler les dépenses en fonction des besoins strictement justifiés par l'état de santé des patients.

Le programme "GDR transports" comporte des objectifs de 3 niveaux :

- une meilleure connaissance de la prescription hospitalière de transports de malades,
- une démarche contractuelle de régulation des dépenses,
- le développement de nouveaux modes d'organisation.

Les objectifs à atteindre sont :

- Le ciblage, la sensibilisation et l'initiation d'un dialogue avec les établissements de santé fortement prescripteurs,
- La mise en œuvre d'une démarche contractuelle avec les Etablissements de santé de fixation d'objectifs de régulation des dépenses et d'optimisation des bonnes pratiques comportant un dispositif d'intéressement ou de reversement,
- Le développement de nouvelles modalités d'organisation des transports.

⁵ Instruction relative à la priorité de gestion du risque pour les transports de Patients du 17/12/2010

3.2.1.2 Etat des lieux régional et diagnostic (Synthèse)

Evolution des dépenses de transports ⁵

	Côte d'Or	Nièvre	Saône et Loire	Yonne	Bourgogne
Montant versé	18 531 641	15 834 276	24 917 841	20 913 327	80 197 085
Evolution 2010/2009	+2,6%	+5,0%	+5,6%	+3,1%	+4,1%
Objectif	+2,7%	+1,6%	+3,2%	+3,4%	+2,8%

Source : CNAMTS – exploitation CCR GDRF-2010

Près des ¼ des prescriptions de transports sont réalisées par des médecins des établissements : en Bourgogne, ce sont 57,2 millions d'euros de transports de malades prescrits par les établissements, 12,5 millions d'euros par les spécialistes libéraux et 10,3 millions d'euros par les généralistes.

Les montants prescrits par des établissements dans la Nièvre et en Saône-et-Loire ont augmenté à un rythme soutenu en 2010 par rapport à 2009 : respectivement +5,3% et +7,3%. Les montants prescrits par des médecins généralistes, qui représentent 13% des prescriptions de transports remboursés, ont progressé partout en Bourgogne. Les spécialistes de Côte-d'Or ont prescrit plus de transports en 2010 qu'en 2009.

		Côte d'Or	Nièvre	Saône et Loire	Yonne	Bourgogne
omnipraticiens	Mont	2 354 116 €	2 540 707 €	2 454 853 €	2 953 377 €	10 303 053 €
	évol	+4,8%	+7,8%	+5,0%	+8,3%	+6,6%
spécialistes libéraux	mont	2 491 820 €	2 711 096 €	3 935 251 €	3 500 630 €	12 638 796 €
	évol	+3,3%	+1,2%	-1,5%	+1,5%	+0,8%
établissements	mont	13 678 012 €	10 577 229 €	18 521 101 €	14 454 709 €	57 231 050 €
	évol	+2,1%	+5,3%	+7,3%	+2,5%	+4,4%
autres	mont	7 694 €	5 244 €	6 637 €	4 611 €	24 185 €
	évol	-19,4%	+61,4%	-11,0%	-15,6%	-5,9%
Total prescripteurs	mont	18 531 641 €	15 834 276 €	24 917 841 €	20 913 327 €	80 197 085 €
	évol	+2,6%	+5,0%	+5,6%	+3,1%	+4,1%

La moitié des transports est réalisée en taxis : 35,8 millions d'euros en Bourgogne.

⁵ Publication de l'Assurance maladie en Bourgogne, Collection « La santé en actions », n°1, « Gestion du risque : bilan 2010 en Bourgogne »

L'autre moitié se répartit de la façon suivante : 23,2 millions d'euros pour des transports en ambulance, 18,1 millions pour des transports en VSL et 3,1 millions d'€ pour des transports en véhicules particuliers ou en transports en commun.

3.2.1.3 Objectifs et leviers d'actions

Objectifs	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Le ciblage, la sensibilisation et l'initiation d'un dialogue avec les établissements de santé fortement prescripteurs	<ul style="list-style-type: none"> • Repérer les établissements sur-prescripteurs : <ul style="list-style-type: none"> - Suivre régulièrement l'évolution des dépenses des prescriptions de transport - Identifier avec l'assurance maladie, les établissements déviant sur la base des informations transmises par le niveau national (les établissements au-delà du taux national prévisionnel d'évolution des dépenses de frais de transport, dès la parution de l'arrêté). • Sensibiliser les établissements ciblés : organiser, avec l'assurance maladie, une réunion préalable d'information générale aux établissements afin de leur présenter les différents contrats et leurs modalités de mise en œuvre.
La mise en œuvre d'une démarche contractuelle avec les Etablissements de santé de fixation d'objectifs de régulation des dépenses et d'optimisation des bonnes pratiques comportant un dispositif d'intéressement ou de reversement	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagner les établissements : envoyer un courrier à chacun des établissements ciblés les informant de la démarche et de leur prescription, visiter les établissements ciblés. • Contractualiser avec ces établissements à l'aide du guide d'analyse méthodologique et des chiffreages fournis par la CNAMTS, à partir d'un contrat type national proposé par la DSS. • Evaluer annuellement les contrats (les taux d'évolution des dépenses de transports, les dépenses évitées, les économies réalisées, les pénalités...).
Le développement de nouvelles modalités d'organisation des transports	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier de nouveaux modèles d'organisation de transports au sein des établissements sur la base d'un cahier des charges enrichi des expériences existantes ou en cours, repérées par les ARS. • Mettre en œuvre des nouveaux modes d'expérimentation visant à centraliser les demandes de transport au niveau de l'établissement, à privilégier le partage du transport si cela est compatible avec l'état du patient : <ul style="list-style-type: none"> - Identifier des établissements candidats, - Accompagner les établissements <p>expérimentateurs : suivi du déroulement des expérimentations avec des points d'étape réguliers.</p>

3.2.1.4 Evaluation des actions

Au niveau national, ce programme fait l'objet comme les 9 autres, d'une évaluation dans le cadre du CPOM conclu entre l'Etat et l'ARS.

L'indicateur composite CPOM retenu pour 2011 est le « Taux d'évolution des dépenses de transports prescrites à l'hôpital ».

Les indicateurs de suivi de la mise en œuvre pour 2011 sont :

- Nombre d'établissements ciblés ayant participé à la réunion préalable d'information générale.
- Taux d'établissements ciblés ayant signé un contrat.
- Nombre d'expérimentations mises en place.

3.2.1.5 Etat d'avancement au 15 septembre 2011

Le ciblage des établissements pouvant se voir proposer un contrat au vu de l'évolution de leurs prescriptions sur la base des informations transmises par le niveau national a été réalisé avec l'assurance maladie (les établissements au-delà du taux national prévisionnel d'évolution des dépenses de frais de transport, dès la parution de l'arrêté) :

Avant l'envoi des données CNAMTS le 30 juin 2011: 12 établissements ciblés.

Après l'envoi des données de la CNAMTS le 30 juin 2011: 13 établissements ciblés.

Les profils 2010 ont été transmis aux établissements lors des visites des CPAM, ainsi que les informations complémentaires sur la période de référence.

L'ensemble des données tant sur l'année que sur la période ont été utilisées pour fixer les objectifs à atteindre. Le détail et l'évolution des dépenses par type de transport ont été analysés au regard de l'activité de l'établissement. Ces éléments ont permis de déterminer les leviers d'économies.

Transports	Cote d'Or	Nièvre	Saône et Loire	Yonne	Bourgogne
Nombre de contrats proposés	4	1	3		8
Nombre de contrats signés	0	0	0		0
Nombre de contrats signés avant le 1/09/2011	0	0	0		0
Nombre de contrats ayant fait l'objet d'un refus de signature	3		1		4
Nombre de contrats ayant fait l'objet d'une position d'attente	0	1			1
Nombre de contrats en attente de signature	1				1

3.2.2 Le programme de prise en charge de l'IRC

Le programme vise à améliorer les pratiques en matière de prévention et de prise en charge de l'IRCT via (1) la diffusion des recommandations nationales existantes, (2) l'amélioration des organisations de prise en charge, notamment les freins organisationnels au développement de la dialyse hors centre, particulièrement la Dialyse Péritonéale (DP) et (3) le développement de la greffe rénale.

3.2.2.1 Rappel des objectifs du programme⁷

L'IRC est une maladie progressive et longtemps silencieuse dont l'évolution peut-être freinée, voire stoppée, par un traitement médical. 1,8 à 3 millions de personnes en France ont une IRC non terminale* et 68 000 une IRC terminale (dont 55% traités en dialyse et 45% ayant un greffon rénal). L'hypertension artérielle et le diabète sont les principales causes d'insuffisance rénale terminale, responsables à eux seuls de 47% des nouveaux cas. Les experts estiment que 10% des IRC terminales pourraient être évitées et que 30% d'entre elles pourraient être retardées de nombreuses années sous réserve d'une détection précoce et d'une prise en charge adaptée. Le coût de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale (4 milliards d'euros en 2007) devrait atteindre 5 milliards d'euros en 2025.

Parmi les types de stratégies de traitement existantes, la dialyse péritonéale (DP) est sous-utilisée en France : 7,2% des dialysés (rapport REIN 2008) contre 15% pour les autres pays de l'OCDE, avec une variation très importante d'une région à l'autre (2 à 19% selon le rapport REIN 2008; 3 à 25% selon les données CNAMTS 2007), sans justification médicale évidente. Le bénéfice individuel attendu (survie, qualité de vie, insertion sociale) est le premier critère de décision. À bénéfice individuel attendu identique, le moindre coût doit être recherché. L'hémodialyse (HD) en unité de dialyse médicalisée (UDM) doit continuer à se développer. La similarité des profils des malades (âge, comorbidités) en DP assistée et en HD en centre laisse penser qu'un nombre non négligeable de malades débutant par une HD en centre pourrait être redistribués vers la DP assistée. Le développement de la DPA autonome et de l'autodialyse peut être envisagé dans les régions en pénurie d'organes.

La greffe rénale est le traitement le plus « coût-efficace » de l'IRCT et le plus favorable en quantité et en qualité de vie. Une greffe rénale supplémentaire épargne environ 15 années de dialyse. Aucune filière de soin ne présente des possibilités de maîtrise des risques aussi importantes car la pénurie d'organes n'est pas une fatalité. Les moyens investis dans le prélèvement ces dix dernières années ont permis de passer de 1 882 greffes rénales en 1998 à près de 2 937 en 2008. En 2009, le nombre de greffes rénales est en déclin sensible (2 826 contre 2 937 en 2008), tout comme le don d'organes, et les durées d'attente continuent à s'allonger. Le nombre de patients en attente d'un rein augmente de 5% par an. Les leviers de lutte contre la pénurie sont connus : recours à de nouveaux types de greffons, prélevés sur des donneurs vivants et sur des donneurs décédés suite à un arrêt cardiaque; diminution du taux de refus de don (30 % en France contre 15% en Espagne). Par ailleurs, les indicateurs d'activité de transplantation rénale montrent une grande diversité des pratiques d'une région à l'autre (rapport REIN 2008). 50 % des malades dialysés de moins de 60 ans ne sont pas inscrits ou en cours d'inscription 15 mois après la mise en dialyse.

La priorité en matière de gestion du risque concernant l'IRCT en région vise à améliorer les pratiques en matière de prévention et de prise en charge de l'IRC, via :

- La diffusion des recommandations médicale existantes, en l'attente des résultats de l'évaluation médico-économique en cours par la HAS.
- L'analyse et la levée des freins organisationnels au développement de la dialyse, notamment hors centre de dialyse péritonéale.
- Le développement de la greffe rénale.

Les objectifs à atteindre sont :

- Promouvoir le dépistage et la prévention de l'IRC, encourager les méthodes permettant de ralentir la progression de la maladie rénale,
- Promouvoir le développement de stratégies de traitement / coût les plus efficaces,
- Promouvoir la réalisation de greffes rénales.

⁷ Instruction relative à la priorité de gestion du risque IRCT du 17/12/2010

3.2.2.2 Etat des lieux régional et diagnostic (Extrait du volet IRC du SROS - PRS 2011-2016)

- Indicateurs régionaux clés de la consommation de soins en 2010

Activité des centres de dialyse	Nombre de structures	Nombre de patients
Centres d'hémodialyse	7	409
Unité de dialyse médicalisée	9	276
Autodialyse	10	71
Dialyse péritonéale	4	142

- Caractéristiques territoriales

Territoires de santé	Centre	UDM	Autodialyse	Dialyse péritonéale
21	111	97	17	52
58	88	24	20	15
71	97	94	26	49
89	113	61	8	26
Total sur la Bourgogne	409	276	72	142

L'hémodialyse à domicile n'est pas recensée dans ce tableau, car trop marginale, néanmoins la possibilité de ce type de prise en charge est réalisable sur chaque territoire. Au total, chaque territoire de santé dispose de toutes les modalités de prise en charge. 7 équipes de néphrologues sont basées dans les centres d'hémodialyse ; il en est de même pour l'UDM de la clinique de Talant à DIJON.

- Greffe rénale

	2008	2009	2010
Patients bourguignons greffés à Dijon	22	41	32
Patients bourguignons greffés hors Dijon	38	21	26

Le CHU de Dijon est le seul centre autorisé de Bourgogne pour la greffe rénale. Son activité subit des fluctuations comme tous les centres greffeurs de France. Son activité doit être maintenue et confortée. De plus les délais d'attente à Dijon sont inférieurs à ceux des centres d'Ile de France ou de Rhône-Alpes.

3.2.2.3 Objectifs et leviers d'actions

Objectifs	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Promouvoir le dépistage et la prévention de l'IRC, encourager les méthodes permettant de ralentir la progression de la maladie rénale	<ul style="list-style-type: none"> Diffusion en lien avec l'Assurance maladie de recommandations relatives à l'IRC : <ul style="list-style-type: none"> - un message à destination des médecins généralistes concernant le dépistage et la prévention de l'IRC chez les patients diabétiques. - un message à destination des néphrologues concernant les indications de la dialyse péritonéale et/ou les résultats de l'évaluation médico-économique concernant les stratégies de prise en charge de l'IRCT.
Promouvoir le développement de stratégies de traitement / coût les plus efficaces	<ul style="list-style-type: none"> Identifier les pratiques régionales : réaliser un état des lieux et un diagnostic partagé en région. Elaborer un plan d'action régional visant à favoriser la prise en charge la plus efficace (greffe ou dialyse à domicile).
Promouvoir la réalisation de greffes rénales	<ul style="list-style-type: none"> Développer la greffe rénale en région Bourgogne dans le cadre du SROS et conformément au Schéma Interrégional de l'Organisation des Soins (SIOS Est).

3.2.2.4 Evaluation des actions

Au niveau national, ce programme fait l'objet comme les 9 autres, d'une évaluation dans le cadre du CPOM conduit entre l'Etat et l'ARS.

L'Indicateur composite CPOM retenu pour 2011 est la « part des patients traités par dialyse péritonéale sur patients dialysés ».

Les indicateurs de suivi de la mise en œuvre pour 2011 sont :

- Part de patients pris en charge hors centre d'hémodialyse.
- Part des patients en ALD diabète ayant bénéficié d'un dosage créatinine et d'une albuminurie.
- Délais sur la liste d'attente de greffe.

Les indicateurs d'impact qui seront suivis dans le cadre du volet IRC du SROS - PRS 2011-2016 sont :

Objectif général du SROS	Libellé de l'Indicateur d'Impact
Développer les actions de prévention permettant de diminuer les risques de développement de l'IRC	Nbre de sites assurant le dépistage précoce de l'IRC
Améliorer l'accès aux soins de néphrologie	Nombre de contrats de coopération entre professionnels de santé conclus dans la région

Permettre une prise en charge de l'IRC diversifiée et prenant en compte les souhaits des patients	Part des patients traités par DP / part des patients dialysés
---	---

3.2.2.5 Etat d'avancement au 15 septembre 2011

- Le diagnostic partagé en région sur l'IRCT et la concertation:

La Bourgogne a choisi de lier l'état des lieux GDR IRC avec la révision du SROS IRC dans le cadre du PRS 2011-2016, au travers d'une démarche de diagnostic partagé se concrétisant par l'organisation de réunions de concertation afin de mener des réflexions sur le contenu du SROS IRC en termes d'évolution du nombre de structures, d'évolution de la capacité des structures.....

Les responsables des centres de traitement de l'insuffisance rénale, le plus souvent chef de service de néphrologie du centre hospitalier du site pivot du territoire, étaient conviés, ainsi que l'administration de ces structures.

Toutes les équipes de néphrologie ont été représentées. Le responsable médical du REIN en Bourgogne a été invité en son titre propre.

Le document de synthèse exposant la méthode utilisée, le bilan de l'état des lieux et les principaux éléments du diagnostic partagé a été envoyé au Secrétariat Général des ministères chargés des affaires sociales le 14/04/2011.

- Les messages des Délégués Assurance Maladie (DAM) à destination des médecins généralistes:

Cette action ne sera pas déployée en 2011.

3.2.3 Le programme de régulation des dépenses des médicaments et DMI de la Liste en sus

La régulation des dépenses de santé de la liste en sus a pour objectif de :

- favoriser un usage efficient des dispositifs concernés,
- prévenir une croissance des dépenses supérieure à un taux national dans les établissements de santé et dont l'origine résiderait dans des pratiques de prescriptions non conformes aux référentiels et recommandations de la HAS, de l'Inca et de l'AFSSAPS (notamment les Référentiels de Bon Usage).

3.2.3.1 Rappel des objectifs du programme⁹

La maîtrise des dépenses d'assurance maladie au titre des produits de santé – spécialités pharmaceutiques, produits et prestations - financés en sus des prestations d'hospitalisation, demeure une priorité ministérielle compte tenu des enjeux financiers associés.

En effet, ces dépenses pour 2009 se sont élevées à plus de 4 Md€ (toutes catégories d'établissements confondues) dont environ 2,5Md€ pour les médicaments et 1,5 Md€ pour les Dispositifs Médicaux Implantables (DMI) soit une progression globale de +5,2% par rapport à 2008, les DMI ayant un taux de progression supérieur à celui des médicaments.

En 2010, cette progression devrait certes mécaniquement s'avérer moindre, en moyenne, du fait de la réintégration de certains produits de santé dans les GHS (qui représente un peu plus de 5 % des dépenses de médicaments en sus) et de l'atténuation des effets de retard de transmission des fichiers de produits facturés en sus par les établissements. Néanmoins en terme économique, ces phénomènes n'ont pas le même effet atténuateur, puisque la réintégration dans les GHS de certains produits a conduit à une augmentation des tarifs des GHS en contrepartie.

⁹ Instruction relative à la relative à la mise en œuvre des dispositions relatives à la maîtrise des produits de santé des listes en sus/du 12/11/2010

Ainsi, il reste toujours essentiel d'agir sur la maîtrise des dépenses de produits de santé en sus et ce d'autant que de nombreux établissements connaissent encore une forte croissance de dépenses.

En outre, le plan Cancer 2009-2013 prévoit (mesure 21) « de garantir un égal accès au traitement et aux innovations », ce qui implique une utilisation des molécules anticancéreuses conforme aux référentiels de bon usage (RBU). Pour l'application de cette mesure, l'Inca, dans son rapport relatif à la situation de la chimiothérapie des cancers en 2009 (annexe 4), propose des modalités de mise en œuvre du contrôle du respect des référentiels.

Un plan national a été mis en œuvre en 2009, comportant une forte dimension locale au travers de la conduite d'actions de contrôle des contrats de bon usage et de la régulation au titre de l'article L.162-22-7-2 du code de la sécurité sociale (art 47-I de la LFSS pour 2009). Au-delà de la récupération d'Indus issue des contrôles, le cadre général est centré en 2010 sur la régulation au titre de l'article L.162-22-7-2 du code de la sécurité sociale.

La régulation est destinée à favoriser un usage efficient des dispositifs en sus et aussi à prévenir une croissance des dépenses supérieure à un taux national dans les établissements de santé et dont l'origine résiderait dans des pratiques de prescriptions non conformes aux référentiels et recommandations de la HAS, de l'Inca et de l'AFSSAPS (notamment les RBU).

Elle repose au premier chef sur un dialogue constructif entre l'ARS et l'établissement de santé en vue d'améliorer ses pratiques de prescriptions hospitalières, en favorisant le développement des processus pertinents internes à l'hôpital, l'outil de référence, à cet effet, étant le plan d'actions.

Les objectifs du programme sont donc :

- Opérer un suivi préventif, destiné à identifier en amont les établissements gros prescripteurs et analyser, en lien avec l'établissement, l'origine de cette croissance (lors de la phase 1 « Ciblage des établissements »)
- Identifier les causes des progressions constatées (lors de la phase 2 « Détection des pratiques de prescription non conformes aux référentiels de bon usage (RBU) »)
- Réaliser un plan d'actions destiné à améliorer les pratiques de prescription (lors de la phase 3 « Conclusion d'un plan d'actions »)

3.2.3.2 Etat des lieux régional et diagnostic (Synthèse)

L'OMEDIT (Observatoire des Médicaments, des Dispositifs médicaux et des Innovations Thérapeutiques) de Bourgogne réalise de façon régulière une évaluation quantitative des consommations de molécules hors Groupement Homogène de Séjours (GHS) et des Dispositifs Médicaux Implantables (DMI) de façon globale, par établissements, par classes thérapeutiques ou familles de DMI et par spécialités.

Nombre total d'établissements de santé relevant de l'ARS

	2009	2010
CHU	1	1
EPIC (ex PSPH)	1	1
CLCC	1	1
CH	20	20
Privé MCO	15	15
Structure HAD privée autonome	1	1
Structure d'alyse privée autonome	1	1
Total	40	40

Montant total des dépenses au titre des produits de santé de la liste en sus

en €	2009		
	médicaments	DMI	Ensemble
CHU	11 803 385	7 417 811	19 221 196
EPIIC (ex PSPH)	2 422 492	890 554	3 313 047
CLCC	9 854 938	59 552	9 914 489
CH	23 612 878	10 916 489	34 529 367
Privé MCO	21 977 328	20 227 674	42 205 002
Structure HAD privée autonome	0	0	0
Structure dialyse privée autonome	0	0	0
Total	69 671 021	39 512 080	109 183 101

Les évolutions des produits hors GHS en 2009 pour la région Bourgogne ont été de +1% et se sont réparties en 0% d'évolution pour les médicaments et +3% pour les DMI.

3.2.3.3 Objectifs et leviers d'actions

Objectifs	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Cibler les établissements gros prescripteurs	<ul style="list-style-type: none"> Identifier les établissements gros prescripteurs et analyser, en lien avec l'établissement, l'origine de cette croissance <ul style="list-style-type: none"> - suivre en particulier en 2010 les établissements dont le taux d'évolution des dépenses des listes en sus est supérieur au taux national de 8%, ainsi que ceux ayant un historique d'évolution des dépenses générant un montant financier important, à l'échelle régionale, au titre des prescriptions et notamment sur les molécules et DMI traceurs. - le ciblage s'effectue sous l'autorité de l'ARS et prendra appui sur l'expertise de l'OMEDIT et de l'Assurance Maladie.
Identifier les causes des progressions constatées	<ul style="list-style-type: none"> Réaliser des contrôles dans les établissements ciblés, afin d'identifier si la progression des dépenses résulte de pratiques de prescription non conformes (analyse de dossiers patients). L'assurance maladie et l'ARS sont chargées de diligenter ensemble les contrôles nécessaires.
Réaliser un plan d'actions destiné à améliorer les pratiques de prescription	<ul style="list-style-type: none"> Conclure un plan d'action dès lors qu'il s'avère que la progression des dépenses résulte de pratiques de prescriptions non conformes aux RBU et aux recommandations des agences sanitaires. Assurer un suivi des établissements sous plan d'action et des indicateurs clés accessibles (en particulier les dépenses sur la liste en sus)

3.2.3.4 Evaluation des actions

Au niveau national, ce programme fait l'objet comme les 9 autres, d'une évaluation dans le cadre du CPOM conclu entre l'Etat et l'ARS.

Deux indicateurs composites CPOM retenus pour 2011 :

- Taux de contractualisation avec les établissements ciblés qui doivent faire l'objet d'une contractualisation
- Taux d'évolution des dépenses de la liste en sus pour les établissements ciblés qui doivent faire l'objet d'une contractualisation

Les indicateurs de suivi de la mise en œuvre pour 2011 sont :

- Taux d'établissements ciblés ayant fait l'objet d'un contrôle

3.2.3.5 Etat d'avancement au 15 septembre 2011

- Contrôle des dossiers patients:

2 établissements ont été ciblés: le CHU et la clinique DREVON, à Dijon.

Les contrôles auront lieu en octobre 2011.

- Taux de conclusion de plans d'actions:

Pas de plans d'actions conclu car les contrôles n'ont pas encore eu lieu.

- Remise par les ARS au ministère (DSS – DGOS) d'un bilan définitif des actions locales:

Le bilan des actions locales pour la région Bourgogne a été transmis à la DGOS et DSS le 29/05/2011.

3.2.4 Le programme de régulation de la progression des dépenses de prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville (PHMEV)

L'objectif du programme PHMEV est l'amélioration de la régulation des dépenses de PHMEV en s'appuyant sur l'identification puis la contractualisation avec les établissements ciblés, caractérisés par un non-respect des bonnes pratiques et des évolutions importantes de leurs dépenses.

3.2.4.1 Rappel des objectifs du programme⁹

Les dépenses de prescriptions hospitalières en ville du régime général représentent 7,9 Md€ en 2008 soit 19,6% de l'ensemble des prescriptions remboursées en ville. Entre 2007 et 2008 ces dépenses ont augmenté de +5,5%. Près de la moitié de la progression provient des dépenses de pharmacie.

Structurellement les prescriptions hospitalières de médicaments ont une croissance plus dynamique que celle de la ville, car les classes de médicaments qui la composent sont associées à des pathologies lourdes (VIH, cancer, hépatite, Sclérose en plaque, etc.) dont les traitements sont coûteux et sujets à des innovations thérapeutiques importantes.

En 2009, les prescriptions de médicaments des médecins hospitaliers exécutées en ville représentent 28% du poste médicament sur l'enveloppe de soins de ville (22% délivrées en officine et 6% en rétrocession), avec une croissance supérieure à la moyenne (7% entre 2008 et 2009). A eux seuls ils représentent 68% de la croissance du poste.

⁹ Instruction relative à la mise en œuvre des prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en Ville du XXXX2010

Il s'agit des prescriptions effectuées par des médecins hospitaliers pour les malades non hospitalisés (prescriptions de sortie d'hôpital, de consultations externes et des services d'urgence), délivrées soit par les pharmacies d'officine, soit par les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé dans le cadre de la rétrocession.

Bien que plusieurs facteurs structurels (type de molécules prescrites, baisse de prix et inscription au répertoire des génériques concentrées sur des classes peu prescrites à l'hôpital, évolution des techniques de traitements entraînant une baisse des durées des séjours et augmentation des besoins de soins prescrits) expliquent cette évolution, elle doit néanmoins rester soutenable par la collectivité.

Les prescriptions hospitalières en ville, pour les établissements anciennement sous dotation globale, représentent 3,4 milliards d'euros de dépenses pour l'assurance maladie (tous régimes).

Près de 60 % des prescriptions hospitalières en ville (hors rétrocession) concernent des médicaments de spécialités, se répartissant principalement entre traitement du cancer, du VIH et des hépatites, EPO, traitement de la polyarthrite et immunosuppresseurs.

Les médicaments de pathologies chroniques arrivent loin derrière avec 16 % des prescriptions ; parmi elles, les anti-agrégants plaquettaires (AAP) représentent 25 % de la dépense, les anti-hypertenseurs 19 %, les antidiabétiques, 17 % et les anti-asthmatiques 15 %. Enfin, 70 % des dépenses de médicaments de psychiatrie sont des anti-psychotiques.

Dans le total des prescriptions délivrées en officine, la part des hospitaliers est très variable selon les classes. Elle est naturellement plus importante pour les médicaments de spécialités, mais même au sein de cette dernière les disparités sont importantes. Ainsi, 76 % des médicaments du VIH et de l'hépatite sont prescrits par des hospitaliers (sans compter la rétrocession), 82 % des immunosuppresseurs, 84 % des hormones de croissance et 70 % des EPO. En revanche, les prescriptions de médicaments anti-cancéreux délivrés en officines émanent des hôpitaux publics dans seulement 54 % des cas tout comme pour la polyarthrite rhumatoïde (52 %). Parmi les pathologies chroniques, les AAP sont prescrits dans 17 % des cas par des hospitaliers alors que c'est le cas pour seulement 5 % des anti-hypertenseurs.

Le programme, portant sur les Prescriptions Hospitalières Médicamenteuses Exécutées en Ville (PHMEV), vise à réguler l'évolution des dépenses de ces prescriptions, qui représentent un enjeu financier de 6 Md€, avec une progression rapide puisque les 2/3 de la croissance de toutes les dépenses médicamenteuses de ville sont liées à ces prescriptions.

Pour parvenir à l'objectif de 60 millions d'euros d'économie sur ce poste dès 2011, quatre actions ont été retenues :

- Fixer un taux national d'évolution des dépenses de PHMEV.
- Développer l'accompagnement et la contractualisation avec les établissements dont le taux d'évolution des dépenses PHMEV est supérieur au taux national.
- Permettre l'identification des prescripteurs hospitaliers et adapter l'accompagnement et la contractualisation à ces nouvelles données.
- Favoriser la diffusion des Logiciels d'Aide à la Prescription médicamenteuse (LAP).

3.2.4.2 Etat des lieux régional et diagnostic (Synthèse)¹⁰

Les prescriptions hospitalières exécutées en ville représentent environ un quart des dépenses liées aux prescriptions. Ces prescriptions ont une croissance nettement plus dynamique que celle des prescripteurs libéraux. De plus, les traitements initiés à l'hôpital se poursuivent ensuite en ville : l'hôpital a un rôle important en terme d'initiation des pratiques.

Malgré les actions conduites, par l'Assurance Maladie, ces dernières années, en partenariat avec les établissements, la croissance des prescriptions hospitalières reste dynamique.

¹⁰ Publication de l'Assurance maladie en Bourgogne, Collection « La santé en actions », n°1, « Gestion du risque : bilan 2010 en Bourgogne »

Les résultats du 1^{er} semestre 2010 étaient les suivants en Bourgogne :

	Mt des prescriptions extra-hospit. 1er sem 2010	Mt des prescriptions extra-hospit. 1er sem 2009	Evolution 1er sem 2010 / 1er sem 2009	Rappel évolution 2009/2008	Rappel évolution 2008/2007	Rappel évolution 2007/2006
Côte-d'Or	43 548 020 €	39 708 327 €	+9,7%	+9,8%	+4,6%	+10,5%
Nièvre	10 218 914 €	10 070 570 €	+1,5%	+1,8%	+11,9%	+6,8%
Saône-et-Loire	21 077 063 €	19 138 473 €	+10,1%	+9,1%	+5,3%	+13,5%
Yonne	18 414 552 €	17 824 535 €	+3,3%	+2,6%	+4,9%	+7,4%
Bourgogne	93 258 549 €	86 741 905 €	+7,5%	+7,2%	+5,7%	+10,1%

Source : Données CNAMTS, exploitation CCR GDR F- 2010

3.2.4.1 Objectifs et leviers d'actions

Objectifs	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Le ciblage, la sensibilisation et l'initiation d'un dialogue avec les établissements de santé fortement prescripteurs	<ul style="list-style-type: none"> Repérer les établissements sur-prescripteurs : <ul style="list-style-type: none"> Suivre régulièrement l'évolution des dépenses des prescriptions médicamenteuses Identifier avec l'assurance maladie, les établissements déviants sur la base des informations transmises par le niveau national (les établissements au-delà du taux national arrêté). Sensibiliser les établissements ciblés : Organiser, avec l'assurance maladie, une réunion préalable d'information générale aux établissements afin de leur présenter les différents contrats et leurs modalités de mise en œuvre.
La mise en œuvre d'une démarche contractuelle avec les Etablissements de santé de fixation d'objectifs de régulation des dépenses et d'optimisation des bonnes pratiques comportant un dispositif d'intéressement ou de reversement	<ul style="list-style-type: none"> Accompagner les établissements : envoyer un courrier à chacun des établissements ciblés les informant de la démarche et de leur prescription, visiter les établissements ciblés. Contractualiser avec ces établissements. Evaluer annuellement les contrats (les taux d'évolution des dépenses, les économies réalisées, les pénalités...).

23

<p>Permettre l'identification des prescripteurs hospitaliers et adapter l'accompagnement à ces nouvelles données</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagner le développement des outils permettant l'identification des prescripteurs pour les PHMEV, en commun avec l'Assurance Maladie : <ul style="list-style-type: none"> - la saisie du numéro RPPS lors de la prescription en établissements, - la transmission de cette donnée par les pharmacies de ville - son utilisation par les systèmes d'information de l'Assurance Maladie (AM). • Diffuser les outils d'identification des prescripteurs auprès de tous les établissements et des officines.
--	---

3.2.4.2 Evaluation des actions

Au niveau national, ce programme fait l'objet comme les 9 autres, d'une évaluation dans le cadre du CPOM conduit entre l'Etat et l'ARS.

L'Indicateur composite CPOM retenu pour 2011 est le « Taux d'évolution des dépenses de PHMEV ».

Les indicateurs de suivi de la mise en œuvre pour 2011 sont :

- Taux d'établissements cibles ayant signé un contrat.

3.2.4.3 Etat d'avancement au 15 septembre 2011

Le ciblage des établissements pouvant se voir proposer un contrat au vu de l'évolution de leurs prescriptions sur la base des informations transmises par le niveau national a été réalisé avec l'assurance maladie

- Avant l'envoi des données CNAMTS le 30 juin 2011: **9 établissements ciblés.**
- Après l'envoi des données de la CNAMTS le 30 juin 2011: **11 établissements ciblés.**

PHMEV	Cote d'Or	Nièvre	Saône et Loire	Yonne	Bourgogne
Nombre de contrats proposés	4		2		6
Nombre de contrats signés					
Nombre de contrats signés avant le 1/08/2011	0	0	0	0	0
Nombre de contrats ayant fait l'objet d'un refus de signature	3		1		4
Nombre de contrats ayant fait l'objet d'une position d'attente	1				1

3.2.5 Le programme Imagerie médicale

3.2.5.1 Rappel des objectifs du programme ¹¹

Le développement d'une Imagerie médicale efficiente constitue une priorité nationale partagée par l'Assurance Maladie et le Ministère de l'emploi, du travail et de la santé et un des programmes prioritaires de la Gestion Du Risque (GDR) pour les années 2010-2013.

L'efficience de l'offre en imagerie médicale implique, pour un coût soutenable, à la fois la pertinence de l'indication, l'efficacité de l'organisation de l'offre (choix et répartition des équipements, organisation des équipes...), l'accessibilité et la qualité/sécurité de l'examen.

L'imagerie médicale présente des enjeux majeurs compte tenu de sa place prépondérante et croissante dans la stratégie thérapeutique (diagnostic, adaptation des traitements et actes interventionnels), des progrès technologiques et des coûts correspondants aux examens.

Axe 1 : Favoriser un égal accès aux équipements lourds de la population par le développement soutenable de l'offre en équipements lourds.

Compte tenu des objectifs du plan Cancer en matière de taux d'équipement en appareils IRM, des disparités observées sur le territoire en matière de délai d'accès aux soins, de l'augmentation des indications observées sur ces modalités d'imagerie et des objectifs en matière de radioprotection, un développement de l'offre du parc des appareils IRM est attendu dans les prochaines années. Aussi, afin de concilier amélioration de l'offre en équipements IRM et objectif de maîtrise de l'ONDAM, les ARS devront définir dans les prochaines semaines les objectifs en terme de potentialité de diversification du parc.

En effet, le développement soutenable de l'offre en équipements IRM passe notamment par la réalisation d'une fraction des actes de radiographie sur des appareils plus efficaces pour ces indications. Les IRM plus efficaces sont des IRM, qui pour des topographies d'examen données (ostéo articulaire et rachis), permettent de réduire sensiblement le coût de production de l'acte comparativement à une IRM polyvalente. En conséquence, la gestion du parc devra tenir compte de ces possibilités de diversification par la mobilisation de deux leviers :

- les nouvelles autorisations afin de répondre aux besoins d'installation de capacités supplémentaires
- la substitution d'appareils plus efficaces pour les indications ostéo articulaire et rachis aux appareils polyvalents lors du renouvellement des appareils, en fonction des potentialités exprimées par la typologie des actes réalisés dans la région

Axe 2 : Eviter la réalisation d'actes d'imagerie conventionnelle non indiqués ou redondants par la mise en œuvre d'un plan d'accompagnement des médecins généralistes prescripteurs et des radiologues en secteur libéral d'une part, et des établissements de santé publics et assimilés (PSPH dont CLCC) d'autre part, sur les actes d'imagerie conventionnelle portant sur le crâne et/ou le massif facial quel que soit le nombre d'incidences, le thorax et l'abdomen sans préparation.

Ce plan d'accompagnement consiste à :

- déployer les recommandations de bon usage de l'imagerie standard sur les 3 topographies,
- Informer les prescripteurs et les radiologues sur l'évolution des conditions de prises en charge des actes à la classification commune des actes médicaux (CCAM) ;

Les actions d'accompagnement auprès des médecins généralistes prescripteurs et des radiologues en secteur libéral seront conduites par l'Assurance Maladie. Les actions auprès des établissements de santé publics ciblés seront effectuées en concertation entre l'Agence Régionale de Santé et l'Assurance Maladie.

¹¹ Instruction relative à la relative à la priorité de gestion du risque en imagerie médicale du 27/04/2010

3.2.5.2 Etat des lieux régional et diagnostic (Extrait du volet Imagerie du SROS - PRS 2011-2016)

Les Equipements IRM

	OBJECTIFS DU SROS 2008-2011	BILAN 2011
Territoire de Côte d'Or	2 implantations avec 4 appareils sur le site pivot	4 appareils autorisés installés
Territoire de Nord Saône et Loire	2 implantations avec 2 appareils	2 appareils autorisés installés
Territoire du Sud Saône et Loire	2 implantations avec - 1 appareil localisé sur le site pivot - 1 appareil sur le territoire dans le cadre d'une coopération formalisée entre le secteur public et le secteur privé pour l'installation et le fonctionnement de ces 2 appareils	2 appareils autorisés installés : - 1 implantation (CH MACON) - 1 sur le site de Paray (GIE)
Territoire de la Nièvre	1 implantation sur le site	1 appareil autorisé installé
Territoire du Nord de l'Yonne	1 implantation avec 1 appareil sur le site pivot	1 appareil autorisé installé
Territoire du Sud de l'Yonne	1 implantation avec 1 appareil	1 appareil autorisé installé

Au total 11 IRM autorisés, 11 appareils installés.

Avec 11 appareils, soit 6,7 appareils par million d'habitant, la Bourgogne apparaît comme une région sous dotée par rapport au ratio moyen national (rapport de la cour des comptes de septembre 2010).

Les IRM comptabilisent en moyenne 6 700 examens par équipement avec une utilisation de la machine moyenne de 59 h 30 hebdomadaire dont 60 % sont utilisés pour une activité privée en secteur I (SROS – PRS 2011-2016).

La reconnaissance de besoins nouveaux est envisagée compte tenu de l'évolution très rapide des technologies, des recommandations (EURATOM 97-43) des nouvelles applications d'explorations cardiaques, vasculaires de l'utilisation substitutive de l'IRM aux techniques irradiantes, de la mise en œuvre des plans nationaux (AVC, cancer).

Après analyse de l'activité des équipements Bourguignons, des délais de rendez vous, de l'accessibilité et dans un objectif de substitution, un besoin de 8 à 9 machines supplémentaires est identifié.

Activité 2010												
Territoires de canté	Nombre d'examens Par habitant du territoire				Nombre d'examens Scanners IRM gamma caméras TEP Par équipement				Nombre d'examens total			
	Scanners	IRM	Gamma caméras	TEP	Scanners	IRM	Gamma caméras	TEP	Scanners	IRM	Gamma caméras	TEP
	21	0,14	0,065	0,029	0,004	11255	8773	3171	2139	78789	35092	15859
58	0,15	0,028	0,016	0,005	8491	6235	1806	1229	33966	6235	3613	1229
71	0,12	0,030	0,036	0,005	8540	5719	4019	2749	68321	17157	20093	2749
89	0,10	0,031	0,015	0	8617	5348	2579	0	34471	10697	5158	0

Source : enquête SROS 2011

On note que le nombre moyen d'examens IRM par habitants est 2 fois supérieur en Côte d'Or comparativement aux 3 autres départements.

- Points forts : 7 IRM sur 11 sont installées dans le cadre d'un GIE, les 4 IRM restantes sont implantées sur le site référent régional.
- Points faibles : déficit en démographie médicale (manque d'attractivité sur certains sites) : 30% des postes de radiologues sont vacants dans les hôpitaux publics.
- Freins : forte hostilité de l'ensemble des radiologues (représentants syndicaux et autres) quant aux équipements dédiés aux articulations périphériques : Peu de sociétés commerciales offrent ce type d'équipement, absence de tarification préalable, peu ou pas d'indication au regard des activités des différents équipements de la région.

3.2.5.3 Objectifs et leviers d'actions

Objectifs	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Réguler les dépenses d'imagerie conventionnelle	<ul style="list-style-type: none"> Mener des actions de sensibilisation auprès des médecins généralistes prescripteurs et des radiologues en secteur libéral d'une part et des établissements de santé publics et privés d'intérêt collectif d'autre part. <p>Les actions menées auprès des médecins libéraux seront réalisées par l'Assurance Maladie.</p> <p>Les actions menées auprès des établissements de santé seront effectuées en concertation entre l'ARS et l'Assurance Maladie.</p>

27

<p>Favoriser un développement soutenable des équipements lourds</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser une évaluation de la potentialité de diversification de l'offre IRM. • Inscrire ces objectifs de diversification dans le cadre du SROG afin de faire évoluer le parc des IRM.
---	---

3.2.5.4 Evaluation des actions

Au niveau national, ce programme fait l'objet comme les 9 autres, d'une évaluation dans le cadre du CPOM conduit entre l'Etat et l'ARS.

L'indicateur composite CPOM retenu pour 2011 Taux de réalisation de la baisse des actes de radiologie conventionnelle sur 3 topographies sur les actes réalisés en consultations externes

Les indicateurs de suivi de la mise en œuvre pour 2011 sont :

- Transmission de l'évaluation régionale (remontée auprès de la DGOS des niveaux d'objectifs en terme de diversification du parc).
- Inscription des objectifs de diversification dans le cadre du SROG

Les indicateurs d'impact qui seront suivis dans le cadre du volet Imagerie du SROG - PRS 2011-2016 sont :

Objectif général	Libellé de l'indicateur d'Impact
Améliorer l'accès aux équipements lourds en assurant le maillage du territoire et en confortant les sites de Dijon, Mâcon, Chalon, Nevers, Auxerre et Sens	Nombre de sites disposant d'un accès H24 à l'IRM (commun avec le volet neurologie)
Améliorer la qualité et la sécurité des actes d'imagerie	Taux de réalisation de la baisse des actes de radiologie conventionnelle sur 3 topographies (crâne, ASp, thorax) sur les actes réalisés en consultations externes (commun avec le PPRGDR)
Améliorer l'efficacité de la prise en charge par des équipements lourds	Délais de rendez-vous IRM programmés hospitalisés et externes et selon la méthodologie ANAP

3.2.5.5 Etat d'avancement au 15 septembre 2011

- Transmission de l'évaluation de la potentialité de diversification de l'offre d'IRM:

Envoi, le 01/09/2011, à la CNAMTS et à la DGOS, de la synthèse de l'évaluation portant sur l'objectif de développement de l'IRM en Bourgogne.

- Planning de l'action d'accompagnement et visites AM

La planification de cette action est prévue de juillet à novembre 2011.

Les messages portent sur :

- les rappels des recommandations de l'HAS;
- l'information sur les modifications dans la CCAM des conditions de remboursement des radios du crâne, du thorax et de l'abdomen sans préparation.

Au 31 août 2011, 176 médecins généralistes et 34 radiologues ont été rencontrés par les délégués de l'Assurance Maladie sur ce thème.

3.2.6 Le programme de développement de la chirurgie ambulatoire

Le programme de chirurgie ambulatoire a pour objectif de renforcer le développement de la chirurgie ambulatoire dans son ensemble en tant que chirurgie « qualifiée et substitutive » à la chirurgie en hospitalisation à temps complet.

3.2.6.1 Rappel des objectifs du programme¹²

La chirurgie ambulatoire, hospitalisation de moins de 12 heures sans hébergement de nuit, est une priorité nationale et constitue un levier majeur d'amélioration et de structuration de l'offre de soins. Elle s'inscrit dans les enjeux organisationnels des SROS-PRS (2011-2016) en tant qu'alternative à l'hospitalisation complète.

Pratique centrée sur le patient, la chirurgie ambulatoire représente un véritable saut qualitatif de la prise en charge. Son bénéfice n'est plus à démontrer : d'abord pour le patient, mais aussi en termes de qualité des soins, d'efficacité de l'organisation et des ressources des plateaux techniques de chirurgie, ainsi que de satisfaction des personnels.

Les politiques mises en œuvre depuis 2003 (SROS 3, politique d'incitation tarifaire, mise sous accord préalable de la CNAMTS, outils d'analyse et organisationnels de la MEAH), ont, certes, abouti à des résultats encourageants. Toutefois, la chirurgie ambulatoire continue d'accuser un retard en France par rapport aux autres pays de l'OCDE, et l'on observe d'importantes disparités entre les secteurs, les régions et selon les gestes.

Les objectifs du programme au niveau régional sont donc :

- Développer la chirurgie ambulatoire dans son ensemble, y compris en poursuivant et amplifiant les démarches d'ores et déjà engagées de mise sous accord préalable des établissements pour certains actes ;
- Structurer une offre de chirurgie ambulatoire cohérente au niveau des territoires de santé, en anticipant les réorganisations de l'offre globale de l'offre de soins de chirurgie qui en découlent ;
- Développer la qualité et l'efficacité des soins de chirurgie ambulatoire, en passant notamment par une liaison renforcée des établissements de santé tant avec les médecins traitants que les structures d'aval.

Cette démarche sera appuyée au niveau national par :

- La poursuite et l'intensification des mesures d'incitations tarifaires au développement de la chirurgie ambulatoire ;
- Une réflexion sur le développement des centres de chirurgie ambulatoire « exclusive ».

Ces objectifs s'inscrivent dans le cadre d'un programme pluriannuel en cours d'élaboration, piloté par la DGOS et associant la DSS, la CNAMTS, l'ANAP, la HAS, 5 ARS, l'AFCA et les sociétés savantes.

3.2.6.2 Etat des lieux régional et diagnostic (Extrait du volet Chirurgie du SROS - PRS 2011-2016)

En 2009, le taux de recours Bourguignon est identique au taux national (27,7 versus 27,5).

Le taux bourguignon de recours à la chirurgie ambulatoire a progressé de 1,7 point entre 2007 et 2009 (versus 3,5 pour le taux national) avec une augmentation de :

- o 4 points dans l'Yonne,
- o 3,6 points en Saône et Loire,
- o 2,5 points dans la Nièvre,
- o 0,4 point en Côte d'Or.

En Bourgogne, on note qu'il existe un pool de 1,5% des séjours chirurgicaux qui pourraient être réalisés en chirurgie ambulatoire dans une unité identifiée.

¹² Instruction relative à la relative à la priorité de gestion du risque relative à la chirurgie ambulatoire du 27/12/2010

Sur la période 2007-2009, les séjours chirurgicaux en hospitalisation complète produits par les établissements bourguignons ont diminué de près de 10% tandis que le nombre de séjours en chirurgie ambulatoire augmentait de 15%. Le volume global des séjours en chirurgie dans son ensemble reste stable sur cette même période (140 000 séjours environ).

En chirurgie ambulatoire les spécialités les plus pratiquées sont :

- o l'orthopédie et la chirurgie ostéoarticulaire
- o l'ophtalmologie
- o l'ORL et la stomatologie.

En résumé, la chirurgie ambulatoire s'est développée depuis 2007 mais on note une stagnation de ce mode de prise en charge en Côte d'Or qui rassemble les établissements qui produisent le plus de séjours chirurgicaux.

3.2.6.3 Objectifs et leviers d'actions

Objectifs	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Réaliser un état des lieux	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les pratiques régionales : <ul style="list-style-type: none"> - réaliser un état des lieux et un diagnostic partagé de la chirurgie ambulatoire en région : identifier les potentiels de développement ainsi que les freins et les leviers susceptibles d'être mobilisés. - élaboration d'un document de synthèse
Elaboration d'un plan d'actions pour promouvoir la chirurgie ambulatoire (cf. SROS)	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un suivi régional de la chirurgie ambulatoire à diffuser à l'ensemble des établissements • Structurer une offre de chirurgie ambulatoire suffisante et cohérente au niveau des territoires de santé • Accompagner les établissements porteurs d'un potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire dans le cadre d'un programme régional en s'appuyant sur la méthodologie de l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance). • Intégrer dans le cursus des Internes en chirurgie un stage qui permettra de prendre en charge des patients sur le mode ambulatoire (en lien avec le coordinateur de la spécialité).
Poursuivre la politique de MSAP	<ul style="list-style-type: none"> • Cibler les établissements qui disposent du plus gros potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire • Organiser des rencontres avec la Direction, les Présidents de CME et le corps médical de ces établissements pour définir des objectifs sur les gestes dans lesquels il y a le plus grand potentiel. • Négocier les objectifs par établissement.

3.2.6.4 Evaluation des actions

Au niveau national, ce programme fait l'objet comme les 9 autres, d'une évaluation dans le cadre du CPOM conclu entre l'Etat et l'ARS.

L'Indicateur composite CPOM retenu pour 2011 est le « Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (17 gestes marqueurs) ».

L'Indicateur de suivi de la mise en œuvre pour 2011 est : « Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (toutes les chirurgies) »

L'Indicateur d'Impact qui sera suivi régionalement dans le cadre du volet Chirurgie du SROS est : Part de la chirurgie ambulatoire par rapport à l'ensemble de l'activité de soins de chirurgie

3.2.6.5 Etat d'avancement au 15 septembre 2011

- MSAP des ES ciblées en lien avec l'AM, sur la base des 17 actes marqueurs:

Nombre d'établissements ciblés: 6 (2 ES en Côte d'Or, 3 ES en Saône et Loire et 1 ES dans l'Yonne)

Nombre d'établissements sous MSAP effective: 6

5 établissements ont fait l'objet entre le 1er mars et le 31 août 2011, 1 entre le 15 mars et le 14 septembre 2011 d'une mise sous accord préalable par le Service du contrôle médical de l'AM pour la prise en charge en hospitalisation complète d'interventions pouvant être réalisées en chirurgie ambulatoire.

- Elaboration d'un état des lieux, d'un diagnostic partagé et d'un document de synthèse:

Un groupe de professionnels de santé (chirurgiens) et de directeurs d'établissements (publics et privés) a été constitué et s'est réuni à plusieurs reprises pour réaliser l'état des lieux et le diagnostic.

Envoi à la DGOS le 16/05/2011 du document de synthèse de l'état des lieux de la chirurgie ambulatoire en Bourgogne.

- Elaboration d'un plan d'action régional relatif au développement de la chirurgie ambulatoire dans son ensemble:

Le plan d'actions est décliné dans le volet chirurgie du SROS.

3.2.7 Les 2 programmes EHPAD : « Efficience » et « Prescription »

3.2.7.1 Rappel des objectifs des programmes ¹³

Rappel du contexte :

En France, les personnes de 65 ans et plus représentent 16 % de la population française ce qui correspond à environ 40% de la consommation de médicaments en ville. On constate une polymédication fréquente chez le sujet âgé poly pathologique, ce qui entraîne un risque accru de iatrogénie : la iatrogénie serait responsable de plus de 10% des hospitalisations chez les plus de 65 ans et de près de 20% chez les octogénaires.

Ce secteur a connu de fortes évolutions depuis dix ans (accroissement des places, médicalisation de celles-ci). L'assurance maladie consacre aujourd'hui près de 6 Mds d'euros au financement des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes et aura consacré à la fin de la deuxième vague de médicalisation, 1,3 Mds à renforcer les ressources des établissements afin de mieux prendre en compte l'évolution des besoins en soins de la population âgée (notamment les besoins en soins techniques liés à l'accroissement du caractère poly pathologique du grand âge).

¹³ instruction relative à la relative à la priorité de gestion du risque dans les EHPAD du 22/10/2010

La gestion du risque en EHPAD est l'une des 10 priorités nationales : deux programmes sont déclinés en plan d'actions :

(1) Efficience des EHPAD

(2) Qualité et efficience de la prescription dans les EHPAD.

L'enjeu est aujourd'hui d'améliorer la coordination des professionnels de santé intervenant auprès des résidents et l'organisation des établissements, de les doter d'outils de suivi de leurs dépenses et de leurs résidents, de poursuivre l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans le forfait de soins et de diffuser les règles de bonnes pratiques en soins.

Les objectifs poursuivis sont :

- Améliorer la coordination des professionnels de santé et la qualité de la prise en charge en EHPAD ;
- Elaborer et déployer des systèmes d'information pour permettre le suivi et l'analyse des dépenses de soins des EHPAD ;
- Inciter à une gestion et une organisation plus efficaces de l'EHPAD et évaluer la qualité de la prise en charge et des soins ;
- Renforcer et diffuser les bonnes pratiques professionnelles en EHPAD ;
- Inciter les EHPAD à contractualiser sur des objectifs d'amélioration de la prescription et de la coordination des soins ;
- Aider les EHPAD à élaborer une liste préférentielle de médicaments efficaces.

Ces actions seront menées par l'ARS qui organisera notamment des réunions Intra-régionales sur les bonnes pratiques professionnelles avec les EHPAD et mettra en œuvre les outils de suivi des dépenses et de mesure de l'efficience dans ces établissements. Elle diffusera également aux EHPAD la méthodologie d'élaboration de la liste préférentielle de médicaments.

3.2.7.2 Etat des lieux régional et diagnostic (Extrait du SROMS – PRS 2011-2016)

La Bourgogne est une région dont le vieillissement est supérieur à la moyenne nationale

En 2006, elle se situe au 4^{ème} rang des régions pour la proportion des plus de 75 ans dans la population totale (10.3% contre 8.3% au plan national). Au sein de la région, l'indice de vieillissement au 1/1/2008 distingue la Nièvre et la Saône et Loire nettement plus vieillissantes que la Côte d'Or et l'Yonne.

Départements	Indice de vieillissement (85 ans et+ pour 100 personnes de moins de 20 ans) au 1/1/2008
Côte d'Or	70,1
Nièvre	118,3
Saône et Loire	92,7
Yonne	83,9
Région	88,2
France métropole	87,3

Source : STATISS 2010

L'évolution de la population âgée est contrastée entre 2005 et 2025 et selon les tranches d'âges

Selon les projections de population, la Bourgogne devrait compter, en 2015, environ 186 700 habitants âgés de 75 ans et plus (soit 14% de plus qu'en 2005), ce nombre devant se stabiliser ensuite, voire diminuer comme dans la Nièvre, et progresser très fortement à partir de 2022 (+19 % par rapport à 2005 et jusqu'à +33 % en 2025). La progression de la population âgée de l'Yonne dépassera cependant celle de la Saône et Loire à partir de 2021 : dans son schéma gérontologique 2009/2014, l'Yonne, département attractif pour les retraités de la région parisienne s'attend en effet à une forte augmentation des plus de 60 ans.

A noter que si la part des personnes âgées et très âgées dans la population est et restera la plus importante dans la Nièvre et en Saône et Loire, c'est en Côte-d'Or et en Saône et Loire que le nombre de personnes de 75 ans et + est le plus important en 2015 comme le montre le tableau ci-dessous.

Projection de population de 75 ans et plus et de 85 ans et plus en 2015

	Nombres de personnes de plus de 75 ans en 2015	Nombres de personnes de plus de 85 ans en 2015
Côte d'Or 21	50 411	16 636
Nièvre 68	29 901	9 826
Saône et Loire 71	67 152	22 408
Yonne 89	39 205	13 152
Bourgogne	186 669	62 022

Source : INSEE (estimations de population 2009 et modèle OMPHALE scénario tendanciel) repris dans le PFIAC 2011/2013

Une offre d'hébergement importante

Début 2011, la Bourgogne compte 351 établissements pour personnes âgées dont 282 EHPAD. Cela représente une capacité totale de 25 414 lits dont 21 899 en EHPAD au 31/03/2011, traduite ci-dessous en taux d'équipement.

Taux d'équipement en lits pour 1000 personnes de 75 ans et plus au 31/03/2011

	Côte d'Or	Nièvre	Saône et Loire	Yonne	Bourgogne	France métropolitaine ¹
maisons de retraite	128.59	102.76	118.48	135.87	122.30	
logements foyer	5.17	12.76	27.82	0.84	13.65	
unités de soins de longue durée	4.45	8.19	3.29	2.62	4.25	
Total	138.21	123.72	149.68	139.34	140.21	121.7
dont EHPAD	128.78	102.78	118.42	134.88	120.81	101,3

Source : Données Ars Bourgogne Dosa Organisation
1 : statistique 2010 données fines au 01.01.2009 ; données de population au 01.01.2008

3.2.7.3 Objectifs et leviers d'actions

Objectifs	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
1. Efficience des EHPAD	
Améliorer la coordination des professionnels de santé et la qualité de la prise en charge en EHPAD	<ul style="list-style-type: none"> Suivre le déploiement des contrats de coordination des intervenants libéraux en EHPAD (médecins et masseurs kinésithérapeutes) : contrat type visant à décrire les conditions particulières de leur intervention au sein de l'EHPAD afin d'assurer notamment la transmission d'informations, la coordination, la formation en vue d'une qualité des soins.
Déployer des systèmes d'information pour permettre le suivi et l'analyse des dépenses de soins des EHPAD	<p>Réaliser un suivi et une analyse ciblée des dépenses de soins des EHPAD</p> <ul style="list-style-type: none"> Fin 2011 : Mise en œuvre par toutes les ARS d'une première analyse des coûts sur la base d'une grille avec trois ratios et repérage des comportements atypiques appelant des actions ciblées (ARS en lien avec assurance maladie) : <ul style="list-style-type: none"> - le taux d'utilisation de la dotation soins. - le taux d'occupation. - le temps de présence du médecin coordonnateur. A partir de 2012 : Réaliser un suivi et une analyse des dépenses des EHPAD à partir des comptes administratifs (forfaits soins) et à partir des dépenses de soins (intervenants libéraux et médicaments). Ce dispositif permettra notamment de disposer au niveau régional d'éléments de comparaison entre les EHPAD, de repérer les comportements atypiques appelant des actions ciblées (ARS en lien avec assurance maladie) Suivre les dépenses lors du passage au tarif global (surcoût macro du passage TP-> TG) afin de : <ul style="list-style-type: none"> - Pouvoir contrôler et vérifier la pertinence du calibrage calculé. - Analyser le surcoût macro, sur l'ONDAM MS, du transfert du tarif partiel au tarif global. - Veiller à ne pas doubler le financement des soins lors du passage au tarif global et partager l'information entre assurance maladie et ARS. <p>Il s'agit d'identifier les données et croisements nécessaires afin de repérer les dépenses de soins rattachables aux résidents des EHPAD.</p>
Mettre en place des indicateurs de qualité de la prise en charge en EHPAD	Collecter, en lien avec les Conseils généraux, des indicateurs de qualité et d'efficience (Indicateurs reflétant à la fois la qualité de la prise en charge des personnes et l'allocation optimale des ressources en EHPAD), dès que ceux-ci seront généralisés pour :

34

	<ul style="list-style-type: none"> - Inciter à une gestion plus efficiente des crédits de soins alloués tout en assurant un niveau de qualité de prise en charge optimal. - Effectuer des comparaisons entre établissements. - Généraliser des Indicateurs et envisager, à plus long terme, une modulation du forfait de soins des EHPAD sur la base des résultats obtenus. <p><u>En attente</u> des retours des expérimentations de l'ANESM (projet de recommandation relative à l'évaluation Interne en EHPAD) et de l'ANAP (tableau de bord de pilotage Interne des ESMS).</p> <p>Généralisation à partir du second semestre 2012.</p>
2. Qualité et efficacité de la prescription dans les EHPAD	
Renforcer et diffuser les bonnes pratiques de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser, en lien avec l'Assurance Maladie, des réunions locales d'information et d'échanges sur les bonnes pratiques de soins avec les EHPAD en vue de renforcer et diffuser les recommandations nationales et valoriser les bonnes pratiques dans les EHPAD. Ces réunions annuelles sont complétées par les visites d'accompagnement réalisées par l'Assurance Maladie.
Mettre en place un système d'Informations permettant le suivi par résident des prescriptions de médicaments	<ul style="list-style-type: none"> • Etablir un profil de dépenses de médicaments et dispositifs médicaux par EHPAD sans PUI à partir des données par résident pour les visites d'accompagnement. • Mettre en place un système d'Informations portant sur : <ul style="list-style-type: none"> - le ciblage des établissements - l'identification des données - la fréquence des remontées - le circuit de saisie et de compilation des données - l'analyse des données - leur utilisation pour améliorer la prise en charge médicale des résidents <p><u>En attente</u> : cet objectif dépend de l'évolution de l'expérimentation intégration des médicaments dans les forfaits de soins et de la généralisation de la transmission de liste de résidents.</p>
Inciter les EHPAD à contractualiser sur des objectifs d'amélioration de la prescription et de la coordination des soins	<ul style="list-style-type: none"> • Déployer les Contrats d'Amélioration de la Qualité et de la Coordination des Soins (CAQCOOS) entre les EHPAD, l'ARS et l'Assurance maladie : contrat-type sur les prescriptions des médecins dans les EHPAD et les bonnes pratiques de soins. <p><u>En attente</u> Décalage de calendrier</p>
Aider les EHPAD à élaborer une liste préférentielle de médicaments efficiente	Sur la base d'une instruction aux ARS précisant la méthodologie d'élaboration de la liste préférentielle de médicaments et les

	<p>recommandations sur lesquelles s'appuyer, il s'agit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • De sensibiliser les prescripteurs à la question de l'efficience • D'aider les EHPAD à élaborer la liste préférentielle de médicaments, de façon coordonnée entre médecin coordonnateur et professionnels de santé libéraux (médecins libéraux, pharmacien référent) <p><u>En attente</u> Décalage de calendrier</p>
--	---

3.2.7.4 Evaluation des actions

Au niveau national, ce programme fait l'objet comme les 9 autres, d'une évaluation dans le cadre du CPOM conclu entre l'Etat et l'ARS.

Les indicateurs composites CPOM retenus pour 2011 sont :

- Pour le programme EHPAD Efficience : « Taux de mise en œuvre par l'ARS pour un échantillon d'EHPAD de trois taux d'analyse »
- Pour le programme EHPAD Prescription : « % d'EHPAD ciblés ayant mis en œuvre un plan d'action à la suite de leur participation aux réunions d'information organisées par les ARS »

Les indicateurs de suivi de la mise en œuvre pour 2011 sont :

- % de PS libéraux médecins intervenant en EHPAD avec contrat
- % de médecins libéraux intervenant en EHPAD participant à chaque réunion de la commission de coordination gériatrique
- Taux de participation des EHPAD aux réunions locales sur les bonnes pratiques
- % d'EHPAD sans PUI ayant élaboré une liste préférentielle de médicaments (décalage de calendrier)

3.2.7.5 Etat d'avancement au 15 septembre 2011

- Déploiement des contrats de coordination

Le suivi du déploiement des contrats de coordination concernant les professionnels de santé libéraux intervenant en EHPAD a été envoyé à la DSS le 22 juillet 2011

65% des EHPAD de la région ont renseigné l'ARS sur le taux de PS intervenant en EHPAD avec un contrat:

- Taux de médecins libéraux intervenant en EHPAD avec un contrat: 337 / 1989 (16,94%)
- Taux de masseurs kinésithérapeutes intervenant en EHPAD avec un contrat: 117 / 466 (25,11%)

- Taux de participation des EHPAD aux réunions locales sur les bonnes pratiques:

Au total 600 personnes ont participé aux 4 journées "qualité" organisées dans les 4 départements bourguignons, en mai 2011, parmi lesquelles 198 EHPAD sur les 265 EHPAD de la région, soit un taux de participation des EHPAD de 75 %.

L'Assurance Maladie a par ailleurs mis en place des visites sur site auprès des EHPAD de plus de 80 lits. Au 15 août 2011, 67 EHPAD avaient été rencontrés.

3.2.8 Le programme SSR

3.2.8.1 Rappel des objectifs du programme

Entre 2007 et 2009, l'activité de SSR mesurée en nombre de journées en hospitalisation complète a augmenté de 2,53% (dont + 6,68% pour le secteur hors dotation globale). Sur la même période, les dépenses ont cru de 4,1%.

Sur ce secteur les enjeux sont multiples : il s'agit de :

- Harmoniser la qualité et le positionnement de l'offre de soins SSR dans l'offre de soins globale sur l'ensemble du territoire,
- Renforcer la fluidité du parcours des patients entre MCO SSR et domicile (dont médico-social et social),
- Améliorer la connaissance de l'activité et des coûts du secteur SSR via la création ou l'amélioration de tous les outils nécessaires à la mise en œuvre de la T2A (systèmes d'information par ex.).

Ce programme poursuit ainsi plusieurs objectifs :

- maîtriser l'évolution des dépenses dans le respect des taux d'évolution de l'ONDAM,
- adapter l'offre SSR aux besoins, dans le respect des référentiels HAS,
- préparer la réforme de financement (tarification à l'activité),
- mettre en œuvre la mise sous accord préalable prévue par la LFSS 2011.

Dans ce cadre, l'ARS déclinera notamment des Indicateurs d'efficience des SSR, des Indicateurs de suivi des dépenses, déploiera un outil d'aide à l'orientation en SSR, promouvra le recours à des conventions entre les SSR et le secteur médico-social.

L'ARS et l'assurance maladie mettront en œuvre une procédure de Mise Sous Accord Préable (MSAP) pour les prestations de SSR pour des suites de traitements chirurgicaux et orthopédiques pour lesquels la rééducation, si elle est indiquée, est réalisable en ville dans la mesure où il n'existe pas d'isolement social, de pathologies associées ou d'incompatibilité avec le maintien à domicile. En pratique, les établissements ciblés devront demander un accord préalable du service du contrôle médical de l'assurance maladie pour pouvoir prendre en charge en établissement la rééducation suite aux interventions ciblées. A défaut d'accord, la rééducation devra se faire en cabinet de ville. Un accompagnement des établissements MCO et SSR sera réalisé par l'assurance maladie sur ce thème.

3.2.8.2 Etat des lieux régional et diagnostic (Extraits du volet SSR du SROS - PRS 2011-2016)

- Indicateurs régionaux clés de la consommation de soins

Taux de recours SSR 2009, bruts et standardisés pour 10 000 habitants, tous modes d'hospitalisation

	Journées	Taux de recours brut	Taux de recours standardisé
Côte d'Or	255 362	4875.1	4771.7
Nièvre	164 076	7420.7	5493.2
Saône et Loire	306 956	5537.7	4566.5
Yonne	176 145	5126.7	4431
Bourgogne	902 539	5493.9	4728.3

Le taux de recours SSR 2009 national est de 5 278,9, ce qui est supérieur au taux régional.

La Nièvre a un taux supérieur à celui national.

La Côte d'Or a un taux inférieur à celui national, mais supérieur à celui régional.

La Saône et Loire et l'Yonne ont des taux inférieurs à la valeur régionale et nationale.

- Offre quantitative et territorialisée

Les données SAE 2009 en termes d'équipement en soins de suite et de réadaptation

	Population (INSEE 2006)	Lits et places installés en SSR	Taux d'équipe- ment	Hospitalisation complète		Hospitalisation à temps partiel	
				Journées	Taux d'occupa- tion	Places	Venues
Côte d'Or	517168	866 (777+89*)	1.67	253946	91.33	89	23360
Nièvre	222220	474 (454+20*)	2.13	149364	91.78	20	7314
Saône et Loire	549361	918 (893+25*)	1.67	292430	90.08	25	5706
Yonne	340088	487 (482+5*)	1.43	155973	89.86	5	3615
Bourgogne	1 628 837	2 745 (2606+139*)	1.68	851713	90.7	139	39996

En gras : valeur supérieure à celle régionale * : nombre de places installées

Taux d'équipement : nombre de lits et places installés pour 1000 habitants calculé à partir des données ci-dessus.

Selon STATISS 2010, "Les régions françaises", le taux d'équipement global en SSR (lits et places installés au 01.01.2010 pour 1 000 habitants) est de :

- 1.68 en Bourgogne
- 1.69 pour la France métropolitaine.

Il convient de noter que lors de la révision du volet SSR du SROS pour la période 2009-2011, le taux d'équipement global (lits et places installés au 01.01.2007, source STATISS 2008) était de :

- 1.58 en Bourgogne
- 1.6 en France,

soit une augmentation des capacités tant au niveau national que régional.

3.2.8.3 Objectifs et leviers d'actions

Objectifs	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Mise en œuvre de la réforme réglementaire SSR, dans un cadre budgétaire contraint	<ul style="list-style-type: none"> • Déployer et assurer l'animation d'un outil régional d'aide à l'orientation en SSR, les enrichir/étendre. • Conclure /promouvoir des conventions SSR-médoco-social selon les principes adoptés au niveau national.
Mise en œuvre d'une politique maîtrisée et efficiente du SSR	<ul style="list-style-type: none"> • Faire remonter à la DGOS les projets tarifaires avant décision via l'outil Informatique national. • Se saisir des données et indicateurs de la DGOS dans le cadre de l'élaboration des SROS, de la négociation/révision des CPOM... • Cibler puis appliquer la mesure PLFSS 2011 (Projet de Loi de Finance de la Sécurité Sociale): mise en œuvre de l'accord préalable SSR.

3.2.8.4 Evaluation des actions

Au niveau national, ce programme fait l'objet comme les 9 autres, d'une évaluation dans le cadre du CPOM conclu entre l'Etat et l'ARS.

L'indicateur composite CPOM retenu pour 2011 est le « Taux d'établissements mis sous accord préalable par rapport à la cible ».

Les Indicateurs de suivi de la mise en œuvre pour 2011 sont :

- Durée de prise en charge;
- Taux d'entrée directe en SSR;
- Taux d'orientation en SSR;
- Mode de sortie du SSR;
- Taux de retour précoce en MCO;
- Taux de fuite;
- Taux d'attractivité.

Les Indicateurs d'Impact qui seront suivis dans le cadre du volet SSR du SROS - PRS 2011-2016 sont :

Objectif général du SROS	Libellé de l'indicateur d'impact
Agir sur la démographie des professionnels de santé en médecine physique et de réadaptation en garantissant une capacité de formation de ceux-ci en adéquation avec les besoins sur le terrain	Nbre d'Internes à former en MPR

Assurer un maillage territorial adapté aux besoins tant pour les SSR généralistes que pour les SSR avec mention	Implantations de SSR (autorisations et mentions) / territoire de santé
Améliorer la fluidité de la filière en amont et en aval du SSR, notamment l'articulation entre le sanitaire et le médico-social	% de SSR ayant formalisé un partenariat avec le champ médico-social
Améliorer la prise en charge au sein des SSR	Nbre de lits de SRPR et d'unités EVC/EPR installées

3.2.8.5 Etat d'avancement au 15 septembre 2011

- Communiquer à la DGOS les projets tarifaires des ARS:

Renseignement au fil de l'eau de l'outil pour chaque nouveau projet tarifaire. Aucune difficulté rencontrée.

- Déployer, animer et enrichir les outils d'aide à l'orientation en SSR

L'ARS a missionné le GCS e-santé Bourgogne pour la conduite du processus de sélection de la maîtrise d'œuvre, le déploiement, l'administration, la maintenance, l'assistance, la promotion et l'évolution dans le temps d'un outil informatique de gestion de la filière amont/aval SSR. Il est souhaité que l'outil informatique de gestion SSR, soit opérationnel sur le plan technique au plus tard le 31 décembre 2011.

Etat d'avancement:

Le GCS e-santé Bourgogne a constitué un groupe de travail pluri-professionnels (directeurs, médecins, cadres de santé,...) pour la conduite du projet : présentation des principales solutions existantes sur le marché, définition des besoins d'un tel outil...

Le GCS e-santé Bourgogne a rédigé cet été, un cahier des charges pour la sélection de l'outil et a publié début septembre le marché correspondant.

Le déploiement opérationnel (connexion aux référentiels nationaux, thésaurus, remplissage par les établissements, ...) se fera au cours de l'année 2012 mais ces objectifs restent à préciser, notamment sur le pourcentage d'établissements MCO et SSR à atteindre.

- Promouvoir les conventions SSR/médico-social

La mise en place de conventions avec le secteur médico-social est prévue notamment au titre de la mission de préparation et d'accompagnement à la réinsertion dévolue aux établissements disposant d'une autorisation de SSR. Ces conventions feront l'objet d'un examen lors des visites de conformité (les établissements ayant 2 ans pour se mettre aux normes à compter de la date de notification de l'autorisation, soit juillet 2012).

- Ciblage puis mise en œuvre de la MSAP SSR

Nombre d'établissements ciblés: 5

Début de la MSAP SSR prévu mi novembre 2011

3.2.9 Le programme PDS ambulatoire et urgences

L'objectif du programme est l'amélioration de la prise en charge des demandes de soins non programmées lors des horaires de PDSA.

3.2.9.1 Rappel des objectifs du programme ¹⁴

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) et le décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 ont modifié le cadre réglementaire de la permanence des soins ambulatoire (PDSA), afin d'apporter souplesse et cohérence à son organisation et son pilotage pour répondre à un double enjeu :

- améliorer la qualité de l'accès aux soins des personnes qui cherchent un médecin aux heures de fermeture des cabinets médicaux;
- accroître l'efficacité du dispositif global dans un contexte de maîtrise de l'ONDAM, via des dispositifs plus adaptés aux spécificités territoriales.

Pour mémoire, les principes du nouveau dispositif sont les suivants :

- Renforcement de la régulation médicale: orienter le patient vers le médecin, la structure, la prise en charge adaptée à sa demande.
- Adaptation des modalités d'effectif – notamment coordination avec les établissements de santé en deuxième partie de nuit.
- Modification des règles de rémunération de la PDSA.
- L'ARS est compétente, dans le cadre d'une enveloppe fermée (comportant les forfaits d'astreinte et de régulation).
- Le nombre d'actes et la part des actes régulés font partie des indicateurs de suivi.
- La rémunération est différente selon les fonctions (effectif – régulation) et modulée selon les sujétions.

Pour ce faire, le pilotage des nouveaux dispositifs locaux est confié aux ARS tant en termes d'organisation que de rémunération de la PDSA.

3.2.9.2 Etat des lieux régional et diagnostic (Extrait du volet Urgences du SROS - PRS 2011-2016)

Territoires de santé	Caractéristiques territoriales
21	Mallage effectif en structures, activités spécialisées sur le site pivot, SMUR hélicoptère à vocation interdépartementale
58	Difficultés de couverture géographique de la zone du Morvan et démographie médicale fragile
71	Mallage effectif en structures mais existence de sites fragiles en matière d'activité
89	Fragilité des sites du sud 89 en matière d'activité, permanence des soins ambulatoires (PDSA) mal organisée, SMUR hélicoptère à vocation interdépartementale
Total sur la Bourgogne	De nombreuses structures d'urgences + SMUR dont l'activité et les conditions techniques de fonctionnement ne sont pas pour tous optimales

¹⁴ Instruction relative à la Permanence des soins ambulatoire du 13 juillet 2011

Il est constaté que l'évolution de l'activité des services d'urgence augmente régulièrement de + 4% par an. La statistique SAE pour 2009 donnait un nombre de 487 771 passages aux urgences, dont 316 485 donnant lieu à facturation d'un ATU (passage non suivi d'hospitalisation).

Cette croissance doit pouvoir être régulée par l'optimisation du dispositif de médecine ambulatoire et notamment de PDSA permettant une meilleure orientation du patient (régulation libérale, maisons médicales de garde, maisons de santé pluridisciplinaires, ...).

En effet un certain nombre de passages relève de la médecine ambulatoire et ne nécessite pas un besoin de soin urgent ou immédiat. Ainsi, 14% des patients accueillis dans les structures ou pris en charge par le SMUR sont codés en classification clinique des malades aux urgences (CCMU 1), soit en état clinique jugé stable appelant un examen clinique simple.

Territoires de santé	Nombre de structures d'accueil	Nombre de SMUR (dont hélicoptères)	Nombre de sorties SMUR (primaires et secondaires)	Nombre de dossiers régulation traités Centre 15
21	5	4 (1)	9795	81 559
58	4 (*)	4 (*)	3783	51 548
71	6	6	5 800(**)	88 504
89	6	5 (1)	6 052(**)	66 156
Total Bourgogne	21	19	25 527	287 767

(*) Concerne le CH de Clamecy intégré au GCS sur 89 mais relevant du département de la Nièvre

(**) Chiffres non stabilisés : données 2010 réseau des urgences ou manquantes SAE 2009

3.2.9.3 Objectifs et leviers d'actions

Objectifs	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Mettre en place un dispositif de PDSA efficient	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation du cahier des charges régional de la PDSA permettant de structurer l'offre et déterminer les rémunérations forfaitaires. Le cahier des charges précise notamment : <ul style="list-style-type: none"> - la composition des CODAMUPS TS, - la définition des territoires de PDSA, - l'organisation de la régulation des appels d'urgence et des appels de permanence des soins, - les réponses apportées en termes d'effectif et la coordination des acteurs (effecteurs, points fixes de gardes, transports sanitaires, ...), - les modalités de rémunération de la PDS. • Animation des CODAMUPS en association avec les préfets. • Inventorier les leviers de mutualisation et de coordination ville/ hôpital : Pistes de travail : <ul style="list-style-type: none"> - Expérimenter la fongibilité des crédits SU

42

	<p>et PDSA (soit via Intégration de ces crédits dans le FIR, soit via dispositif expérimental (projet d'habilitation dans PLFSS 2012).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Généraliser l'accès au tiers-payant pour l'ensemble des actes de PDSA, en particulier en MMG. - Améliorer l'articulation entre services d'urgences et MMG situés à proximité.
Suivre les dépenses de PDSA et des urgences hospitalières	<ul style="list-style-type: none"> • Suivre les dépenses (à partir de publication de l'arrêté fixant le CDC régional pour chaque ARS).

3.2.9.4 Evaluation des actions

Au niveau national, ce programme fait l'objet comme les 9 autres, d'une évaluation dans le cadre du CPOM conduit entre l'Etat et l'ARS.

L'indicateur composite CPOM retenu pour 2011 est la « part des actes régulés ».

L'indicateur de suivi de la mise en œuvre pour 2011 est : Taux de respect de l'enveloppe des rémunérations forfaitaires PDSA.

Les indicateurs d'impact qui seront suivis dans le cadre du volet Médecine d'Urgences du SROS - PRS 2011-2016 sont :

Objectif Général du SROS	Libellé de l'Indicateur d'Impact
Mieux articuler la ville et les urgences pour garantir une bonne organisation territoriale en amont de l'arrivée aux urgences	Part des patients relevant de la CCMU dans les passages aux urgences pendant la PDS (CPOM ARS)
Faire de la régulation la clé de voute de l'activité médicale non programmée et en particulier les entrées dans les services d'urgences	Nbre de sites de régulation
Optimiser le maillage des SMUR	Nbre d'implantations des SMUR
Optimiser le fonctionnement et le maillage des structures d'accueil des urgences	Nbre d'implantations des services d'urgences

3.2.9.5 Etat d'avancement au 15 septembre 2011

Préparation du cahier des charges (dont rémunération forfaitaire des personnes participant à la PDSA) et chiffrage du dispositif dans le respect du montant de l'enveloppe:

Le cahier des charges régional finalisé a été présenté aux URPS, en CSOS et CODAMUPS TS.

Actuellement les déclinaisons territoriales sont en cours de négociation (définition des territoires, modalités d'organisation en particulier en nuit profonde) dans chaque département avec les effecteurs et régulateurs.

Les modalités de financement qui seront retenues sont directement liées aux modalités d'organisation (nombre de lignes de régulation, nombre de territoires de PDSA)

Transmission à la DGOS des éléments de chiffrage du dispositif (nombre d'effecteurs, dispositif de régulation et modalités de rémunération retenus par l'ARS): Les modalités de financement ne sont pas encore définies et par conséquent non transmises à la DGOS.

3.3 La déclinaison des programmes nationaux de gestion du risque de l'assurance maladie

Conformément au contrat d'objectifs Etat-UNCAM, ces actions comportent trois axes :

3.3.1 Les programmes de maîtrise médicalisée en ville

Ces programmes permettent de poursuivre et développer la maîtrise médicalisée. Ils reposent sur des actions d'information, de sensibilisation et de pédagogie auprès des médecins et sur la remise d'outils, de mémos et de recommandations, ainsi que de relevés de situation des prescriptions du praticien.

L'information et la sensibilisation menées auprès des prescripteurs sont prolongées par des actions d'accompagnement d'autres professionnels de santé et par une information délivrée aux assurés.

Les Caisses et le Service Médical poursuivent leur travail de sensibilisation des prescripteurs en matière de médicaments. L'objectif consiste en un meilleur respect des recommandations scientifiques avec à la clé une diminution des traitements inutiles et l'optimisation du soin et de la dépense. A ce titre plusieurs actions récurrentes d'accompagnement des professionnels de santé sont reconduites :

- o Antiagrégants plaquettaires : l'objectif est d'encourager l'utilisation de l'aspirine lorsque le choix thérapeutique est possible entre ce principe actif et le clopidogrel, dans le plus strict respect des recommandations internationales. Ce choix est applicable dans le traitement des artériopathies oblitérantes des membres inférieurs.
- o Antibiotiques : l'objectif est de promouvoir les recommandations relatives à l'antibiothérapie par voie générale en pratique courante notamment dans les infections respiratoires en incitant les prescripteurs à identifier les situations relevant d'une antibiothérapie et la nature de l'antibiothérapie recommandée.
- o Statines, inhibiteurs de la pompe à protons, antihypertenseurs : s'agissant de traitements prescrits à une population importante et pour de longues années pour certains traitements, il importe, tant pour les patients eux-mêmes que pour la collectivité, que les médecins traitants prennent en considération dans leur choix le critère du coût des traitements qu'ils instaurent, dès lors bien sûr que l'efficacité et la sécurité en sont comparables et que l'indication et l'état de leurs patients le permettent.

Les autres actions, déjà engagées et dont la mise en œuvre est poursuivie, concernent des postes de dépenses importants. Ces actions ont pour objet d'augmenter l'efficacité des prescriptions. Il s'agit :

- o des indemnités journalières : de nombreuses actions sont menées auprès des assurés (contrôles, communication), des professionnels de santé (place du repos dans la prise en charge thérapeutique, outils d'aide sur des durées de référence d'arrêts de travail par pathologies, contrôles) et entreprises pour améliorer la prescription d'arrêt de travail.
- o des frais de transports : l'objectif est d'informer et de sensibiliser les assurés et les professionnels de santé au bon usage des transports : adapter le type de transport en fonction de l'état d'autonomie et de santé du patient et rappeler que la prescription de transport relève d'une décision médicale.
- o de l'ordonnancier bi zone : l'objectif est de rappeler les règles de bon usage de l'ordonnancier bi zone.
- o des actes de masso-kinésithérapie : l'objectif est d'optimiser la prise en charge de l'activité de kinésithérapie libérale à travers plusieurs axes d'évolution : amélioration de la répartition démographique des kinésithérapeutes, poursuite des démarches de simplification administrative, amélioration de l'efficacité de la prise en charge avec référentiels de nombre de séances selon le type de rééducation.

De nouvelles actions d'accompagnement prévues en 2011 devraient concerner les antalgiques, les antidépresseurs, les antidiabétiques, l'érythropoïétine, l'anti-TNF Alpha, la radiologie, la liste des produits et prestations, la Pression Positive continue.

Certaines thématiques peuvent concerner les prescripteurs exerçant en établissements de santé, le planning devra tenir compte des actions diligentées pour mettre en œuvre les dix priorités de gestion du risque.

3.3.2 Les programmes de renforcement de l'efficience de l'offre de soins dans les établissements de santé

Ils comprennent quatre volets.

- Poursuite de la maîtrise médicalisée dans les établissements : à l'hôpital, notamment en matière de prescriptions hospitalières exécutées en ville pour les produits de santé et les transports, et en EHPAD avec des visites d'établissements et la diffusion de recommandations de bonnes pratiques, en lien avec les actions GDR ARS développées sur ces thèmes.
- Poursuite du programme de Mise Sous Accord Préalable (MSAP) en chirurgie ambulatoire et en hors ambulatoire. Sont concernés les activités de chirurgie bariatrique et plastique, les hospitalisations de jour pour le diabète, les actes soumis à forfait sécurité environnement (SE) en consultation externe et les séjours hospitaliers classés en CM23 (lorsque les séjours sont classés dans cette catégorie on ne dispose pas d'information permettant d'identifier la pathologie).
- Développement des MSAP pour les prestations d'hospitalisation en soins de suite ou de réadaptation (SSR) pour un patient justifiant de soins de masso-kinésithérapie ambulatoire¹⁵. L'objectif de cette action est d'assurer l'harmonisation des pratiques médicales par le respect des recommandations médicales de la HAS et de diminuer des hospitalisations non justifiées, par une meilleure adéquation de l'état du patient à sa prise en charge. L'ARS notifiera la MSAP à l'établissement exécutant la prestation, après ciblage par l'assurance maladie.
- Développement de la prévention, du dépistage et de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, en complément des actions menées par les ARS en vue de l'élaboration d'un état des lieux et d'une stratégie régionale en ce domaine.

3.3.3 Les plans de prévention et d'accompagnement des patients

Les régimes d'assurance maladie constituent l'un des acteurs importants des politiques de prévention, dans le cadre des orientations nationales déterminées par les lois de santé publique et les plans ou programmes en découlant, auxquels les régimes concourent en termes de financement et en termes opérationnels.

Au-delà de la sensibilisation des professionnels et des assurés, et notamment de ceux qui sont le plus éloignés du système de santé, à la nécessité de recourir aux actions qui leur sont proposées, les régimes d'assurance maladie développeront, en application des stipulations du contrat d'objectifs Etat-UNCAM et de leurs conventions d'objectifs et de gestion, des politiques d'information des assurés et d'éducation thérapeutique et d'accompagnement des patients.

Actions de prévention

o Prévention bucco-dentaire

Les régimes poursuivront leurs actions tendant à faire progresser le taux de participation à l'examen de prévention MT/dents et le recours aux soins dentaires, notamment pour les enfants résidant dans des zones défavorisées.

o Dépistage organisé des cancers (sein, colorectal)

Les régimes continueront à favoriser le dépistage des cancers, par des actions d'information des assurés et des professionnels, afin d'augmenter le taux de participation aux dépistages organisés et de réduire les inégalités régionales constatées en ce domaine. Un effort particulier sera proposé pour sensibiliser les personnes les plus éloignées du système de soins.

o Vaccinations

Concernant les campagnes de vaccination contre la grippe saisonnière ou contre la rougeole, oreillons, rubéole (ROR), les régimes poursuivront leurs actions de sensibilisation des populations prioritaires en vue d'augmenter le taux de participation aux campagnes et la couverture vaccinale de la population.

¹⁵ cf. mesure prévue par la LFSS pour 2011

o Prise en charge et prévention de l'obésité

Sur cet axe, l'assurance maladie poursuivra ses programmes de prévention de l'obésité et de conseils nutritionnels en lien avec le médecin traitant. Un effort particulier sera mené auprès des populations défavorisées et des enfants, en complément des actions initiées par l'Etat (déploiement d'outils facilitant le dépistage du risque d'obésité) et les ARS (structuration de l'offre).

Annexes

Les Indicateurs composite CPOM 2011

Programmes	Indicateurs 2011
Transports	Taux d'évolution des dépenses de transports prescrits à l'hôpital
PHMEV	Taux d'évolution des dépenses de PHMEV
Liste en sus	* Taux de contractualisation avec les établissements ciblés qui doivent faire l'objet d'une contractualisation * Taux d'évolution des dépenses de la liste en sus pour les établissements ciblés qui doivent faire l'objet d'une contractualisation
Imagerie	Taux de réalisation de la baisse des actes de radiologie conventionnelle sur 3 topographies sur les actes réalisés en consultations externes
Insuffisance Rénale Chronique	Part des patients traités par dialyse péritonéale sur patients dialysés (indicateur déjà identifié dans le CPOM)
Chirurgie Ambulatoire	Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (17 gestes marqueurs) (indicateur déjà identifié dans le CPOM)
PD&A	Part des actes régulés
Soins de suite et de Réadaptation	Taux d'établissements mis sous accord préalable par rapport à la cible
EHPAD prescription	% d'EHPAD ayant mis en œuvre un plan d'action suite aux réunions d'information organisées par les ARS
EHPAD efficience	Taux de mise en œuvre par l'ARS pour un échantillon d'EHPAD de trois taux d'analyse

Les indicateurs de suivi de la mise en œuvre des 10 programmes proposés pour 2011

Programmes	Indicateurs proposés
1 Transports	Taux d'établissements cibles ayant signé un contrat
2 IRC	Part de patients pris en charge hors centre d'hémodialyse
	Part des patients en ALD diabète ayant bénéficié d'un dosage créatinine et d'une albuminurie
3 Liste en sus	Délais sur la liste d'attente de greffe
	taux d'établissements cibles ayant fait l'objet d'un contrôle
4 PHMEV	Taux d'établissements cibles ayant signé un contrat
5 Imagerie	Remontée avant le 15 juin 2011 des niveaux d'objectifs en terme de diversification du parc.
	Inscription de ces objectifs dans le SROS PRS.
6 Chir.Ambu	Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (toutes les chirurgies)
7 EHPAD (qualité et efficacité des soins)	Taux de PS libéraux médecins intervenant en EHPAD avec contrat
	% de médecins libéraux intervenant en EHPAD participant à chaque réunion de la commission de coordination gériatrique
8	Taux de participation des EHPAD aux réunions locales sur les bonnes pratiques
	% d'EHPAD sans PUI ayant élaboré une liste préférentielle de médicaments
9 PDSA et urgences hospitalières	Taux de respect de l'enveloppe des rémunérations forfaitaires PDSA ?
10 SSR	Durée de prise en charge; Taux d'attractivité; Taux de fuite; Taux de retour précoce en MCO; Mode de sortie du SSR; Taux d'orientation en SSR; Taux d'entrée directe en SSR

ARRETE n° ARSB/DG/2012-009 en date du 29 février 20 12
Portant adoption du PROJET REGIONAL DE SANTE DE BOURGOGNE

Article 1 – Le projet régional de santé de la région Bourgogne est arrêté pour une période de cinq ans.

Il est composé des éléments ci-dessous ayant fait l'objet d'arrêtés spécifiques visés supra :

- le Plan Stratégique Régional de Santé de la région Bourgogne (PSRS) ;
- les schémas régionaux de mise en œuvre du PSRS :
 - le schéma régional d'organisation des soins (SROS),
 - le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS),
 - le schéma régional de prévention (SRP),
- les programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas :
 - le programme régional de télémedecine,
 - le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS),
 - le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC),
 - le programme régional qualité et sécurité des soins en Bourgogne.

Le programme pluriannuel régional de gestion du risque (2010 – 2013) de la région Bourgogne adopté par arrêté ARSB/DG/2012-008 de la directrice générale de l'ARS en date du 29 février 2012, est annexé au projet régional de santé.

Article 2 – Le projet régional de santé peut être consulté sur le site internet de l'agence régionale de santé de Bourgogne à l'adresse suivante : <http://www.ars.bourgogne.sante.fr>

Il peut également être consulté :

- à la Préfecture de la région Bourgogne, 53, rue de la préfecture, 21041 Dijon Cedex
- à la Préfecture de Côte d'Or, 53, rue de la Préfecture, 21041 Dijon Cedex
- à la Préfecture de la Nièvre, 40, rue de la Préfecture, BP 840, 58019 Nevers Cedex
- à la Préfecture de Saône et Loire, 196, rue de Strasbourg, 71021 Mâcon Cedex 09
- à la Préfecture de l'Yonne, Place de la Préfecture, 89016 Auxerre Cedex
- au siège de l'ARS de Bourgogne, Le Diapason, 2, place des savoirs, CS 73535, 21035 Dijon Cedex
- à la délégation territoriale de Côte d'Or, Le Diapason, 2, place des savoirs, CS 73535, 21035 Dijon Cedex
- à la délégation territoriale de la Nièvre, 11 rue Pierre-Emile Gaspard, 58019 Nevers Cedex
- à la délégation territoriale de Saône et Loire, 173 boulevard Henri Dunant, BP 2024, 71020 Mâcon Cedex 9
- à la délégation territoriale de l'Yonne, 25 avenue Pasteur, BP 49, 89011 Auxerre Cedex

Article 3 – Le présent arrêté est susceptible de faire l'objet d'un recours gracieux auprès de la Directrice Générale de l'ARS de Bourgogne, ou d'un recours hiérarchique auprès du ministre chargé du travail, de l'emploi et de la Santé dans un délai de 2 mois à compter de sa publication.

Il peut également faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif de Dijon dans le même délai.

En application de l'article L 1434-3-1 du Code de la santé publique, l'illégalité pour vice de forme ou de procédure du PRS et de ses composantes prévues à l'article L 1434-2 ne peut être invoquée par voie d'exception après l'expiration d'un délai de six mois à compter de la prise d'effet du document concerné.

Article 4 – Le directeur de l'offre de soins et de l'autonomie et la directrice de la santé publique de l'agence régionale de santé de Bourgogne sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Bourgogne et des préfectures des quatre départements de la région.

La directrice générale,

**Programme Pluriannuel Régional de
Gestion du Risque (PRGDR) de Bourgogne
2010-2013**

Sommaire

1	Introduction.....	1
1.1	Le nouveau cadre Institutionnel.....	1
1.2	Le cadre législatif et réglementaire.....	1
1.3	Définition de la gestion du risque.....	2
1.4	Les acteurs de la gestion du risque.....	3
2	Contexte régional : Evolution des dépenses.....	4
3	Organisation et méthodologie.....	9
3.1	Organisation au sein de la région.....	9
3.2	Les dix programmes prioritaires de gestion du risque.....	10
3.2.1	Le programme de régulation de la progression des dépenses de Transports prescrits par les établissements de santé.....	11
3.2.2	Le programme de prise en charge de l'IRC.....	14
3.2.3	Le programme de régulation des dépenses des médicaments et DMI de la Liste en sus.....	18
3.2.4	Le programme de régulation de la progression des dépenses de prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville (PHMEV).....	21
3.2.5	Le programme Imagerie médicale.....	25
3.2.6	Le programme de développement de la chirurgie ambulatoire.....	29
3.2.7	Les 2 programmes EHPAD : « Efficience » et « Prescription ».....	31
3.2.8	Le programme SSR.....	37
3.2.9	Le programme PDS ambulatoire et urgences.....	41
3.3	La déclinaison des programmes nationaux de gestion du risque de l'assurance maladie.....	44
3.3.1	Les programmes de maîtrise médicalisée en ville.....	44
3.3.2	Les programmes de renforcement de l'efficience de l'offre de soins dans les établissements de santé.....	45
3.3.3	Les plans de prévention et d'accompagnement des patients.....	45
	Annexes.....	47
	Les Indicateurs composite CPOM 2011.....	47
	Les Indicateurs de suivi de la mise en œuvre des 10 programmes proposés pour 2011.....	48

1 Introduction

1.1 Le nouveau cadre institutionnel

La Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) puis le décret 2010-336 du 31 mars 2010 créant les ARS au 1^{er} avril 2010 confèrent à ces dernières une compétence globale dans le champ de la santé.

Chaque ARS devient donc responsable du pilotage de la politique de santé publique dans la région dans les domaines de la prévention, promotion et éducation à la santé, de la veille et sécurité sanitaire et de la régulation régionale de l'offre de santé sur les secteurs ambulatoires, médico-social et hospitalier.

« Dans les conditions prévues à l'article L. 1434-14, (les ARS) définissent et mettent en œuvre avec les services d'assurance maladie et avec la (CNSA) les actions régionales prolongeant et complétant les programmes nationaux de gestion du risque et des actions complémentaires.»¹

La Loi HPST prévoit la signature d'un contrat Etat-UNCAM fixant pour 4 ans les objectifs de Gestion Du Risque (GDR) relatifs à la prévention et à l'information des assurés, à l'évolution des pratiques et à l'organisation des soins pour les professionnels et les établissements de santé.

Le contrat 2010-2013 comprend vingt objectifs de gestion du risque, structurés autour des cinq priorités suivantes :

- Mieux connaître le risque santé ;
- Renforcer l'accès aux soins ;
- Renforcer l'information et la prévention ;
- Promouvoir des prises en charge plus efficaces ;
- Moderniser les outils au service du système de santé.

1.2 Le cadre législatif et réglementaire

L'article L. 1434-14 du code de la santé publique, issu de la loi HPST, dispose que :

- « Le programme pluriannuel régional de gestion du risque comprend, outre les actions nationales définies par le contrat prévu à l'article L. 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale (contrat Etat-UNCAM), des actions complémentaires tenant compte des spécificités régionales.
- Ces actions régionales complémentaires spécifiques sont élaborées et arrêtées par le directeur général de l'agence régionale de santé, après concertation avec le représentant, au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et avec les organismes complémentaires.
- Le programme pluriannuel régional de gestion du risque est révisé chaque année.
- Ce programme est intégré au projet régional de santé.
- Ce projet (PRS) fait l'objet d'une contractualisation entre le directeur général de l'agence régionale de santé et les directeurs des organismes et services d'assurance maladie de son ressort dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

¹ Art. L. 1431-2, 2^e g du code de la santé publique.

- Les contrats pluriannuels de gestion des organismes d'assurance maladie établis en application de l'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale déclinent, pour chaque organisme concerné, outre les programmes nationaux de gestion du risque, le programme pluriannuel régional de gestion du risque »

Le décret n°2010-515 du 18 mai 2010 relatif au PRG DR (art. R1434-9 à R. 1434-18 du CSP) apporte des précisions :

- « Le DG de l'ARS prépare, arrête et évalue le PRGDR dans les conditions prévues à la présente section. Il le met en œuvre dans les conditions prévues par les articles R. 1434-18 à R. 1434-20 (...).
- Le PRGDR est composé de deux parties :
 - 1* Une première partie reprenant les programmes nationaux de gestion du risque élaborés conformément aux objectifs définis par le (contrat Etat-UNCAM). Elle en précise, s'il y a lieu, les conditions de mise en œuvre, dans le respect des objectifs fixés à chaque agence dans son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens par le conseil national de pilotage des ARS;
 - 2* Une deuxième partie comprenant les actions régionales complémentaires spécifiques prévues à l'article L. 1434-14.

Les ARS sont destinataires chaque année des programmes nationaux de gestion du risque mentionnés au 1* de l'article R. 1434-10, après leur examen par le conseil national de pilotage des ARS, en vue de leur intégration dans la première partie du PRGDR »

Le PRGDR est ainsi arrêté par le directeur de l'agence pour une durée de quatre ans. Il est intégré au projet régional de santé. Il fait l'objet chaque année d'une révision par avenants préparés, soumis à l'avis de la commission régionale de gestion du risque et arrêtés dans les mêmes conditions que le programme.

Le contrat établi entre l'ARS et chaque organisme et service d'assurance maladie précise les engagements relatifs à la définition et à la mise en œuvre des mesures prévues par le PRS, reprend les dispositions du PRGDR, précise les engagements relatifs à la définition et à la mise en œuvre des mesures prévues par le PRGDR.

1.3 Définition de la gestion du risque

La gestion du risque est un concept dérivé de l'assurance. Appliqué au monde de la santé et à l'assurance maladie obligatoire, le « risque » correspond aux dépenses remboursées par l'assureur public et sa « gestion » désigne les actions mises en œuvre. Cette notion peut être définie comme « l'ensemble des actions mises en œuvre pour améliorer l'efficience du système de santé, c'est-à-dire le rapport entre sa qualité et son coût »².

En 1999, la circulaire inter-régimes n°5/99 du 24/04 sur la coordination de la gestion du risque par les Unions régionales de caisses d'Assurance Maladie (URCAM) définissait les trois dimensions de la gestion du risque : (1) « optimiser la réponse du système de soins aux besoins de santé » ; (2) « inciter la population à recourir de manière pertinente à la prévention et aux soins » ; (3) « amener les professionnels à respecter les critères d'utilité et de qualité des soins ainsi que de modérations des coûts dans le cadre financier voté par le Parlement ».

Dans son rapport de juillet 2008³, le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie précise que la gestion du risque regroupe différentes actions :

- « connaître le risque, c'est-à-dire les comportements des assurés, leurs déterminants, et les facteurs de coût du risque et de son évolution - d'où l'intérêt pour l'assurance maladie de disposer de systèmes d'information exhaustifs, y compris en ce qui concerne l'hôpital et le secteur médico-social, et des capacités techniques nécessaires à leur exploitation ;
- prévenir les sinistres, en agissant sur le comportement des assurés ;
- limiter l'aggravation des sinistres : à ce titre, l'assurance maladie finance notamment des actions de prévention destinées aux assurés en affection de longue durée (ALD) ;
- réduire les coûts de la réparation des sinistres, en promouvant un recours aux soins plus pertinent et en maîtrisant les coûts de production des soins par des actions visant à infléchir les pratiques soignantes ;

² Mission sur la Gestion du risque, Rapport IGAS, Décembre 2010, P-Y Boquet et Michel Peitler.

³ HCAAM, Rapport 2008, p. 27.

- fournir des services à l'assuré ou au fournisseur de prestations, par exemple en mettant à la disposition des médecins des profils de prescription leur permettant d'auto-évaluer leurs pratiques. »

Ainsi, gérer le risque,

- c'est prévenir les maladies et limiter leur aggravation,
- promouvoir un juste recours aux soins,
- proposer une offre de soins adaptée en quantité et en qualité,
- maîtriser le coût de ces soins.

1.4 Les acteurs de la gestion du risque

La coordination entre l'ARS et l'assurance Maladie est assurée au sein de la commission régionale de gestion du risque associant pleinement les services de l'ARS et de l'assurance maladie dans l'atteinte des objectifs de gestion du risque. Ces actions doivent permettre de renforcer l'efficacité du système de soins et ainsi contribuer au respect de l'ONDAM voté par le Parlement dans le cadre des lois de financements de la sécurité sociale :

« La préparation, le suivi et l'évaluation du programme pluriannuel régional de gestion du risque sont effectués au sein d'une commission régionale de gestion du risque.

- Cette commission, présidée par le directeur général de l'ARS, comprend, outre son président, le directeur d'organisme ou de service, représentant, au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, ainsi que les directeurs des organismes et services d'assurance maladie du ressort de la région et signataires du contrat prévu à l'article L. 1434-14.
- Sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 1434-13, elle siège, en fonction de l'ordre du jour, en formation restreinte aux directeurs d'organisme ou de service, représentants, au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'UNCAM et, le cas échéant, à un ou plusieurs directeurs des organismes et services d'assurance maladie du ressort de la région et signataires du contrat prévu à l'article L. 1434-14.

Un représentant des organismes complémentaires d'assurance maladie désigné par l'UNOCAM participe, selon l'ordre du jour, aux travaux de la commission »⁴.

⁴ Décret n°2010-515 du 18 mai 2010 relatif au PRGDR (Art. R.1434-12 du CSP)

2 Contexte régional : Evolution des dépenses

○ Dépenses d'assurance maladie de janvier à décembre 2010

Pour le régime général :

Postes	Montant 2010	Montant 2009	Evolution 2010/2009
Honoraires	445 115 100 €	444 205 717 €	0,2%
dont médecins libéraux	377 595 788 €	375 355 214 €	0,6%
dont dentistes	67 519 312 €	68 850 503 €	-1,9%
Prescriptions	1 286 202 358 €	1 232 022 187 €	4,4%
dont auxiliaires médicaux	165 996 449 €	157 998 925 €	5,1%
dont médicaments	570 602 857 €	555 057 004 €	2,8%
dont transports	105 034 208 €	100 274 444 €	4,7%
dont IJ	247 690 624 €	231 340 652 €	7,1%
TOTAL SOINS DE VILLE	1 731 317 458 €	1 675 680 727 €	3,3%
établissements publics	1 168 606 222 €	1 199 378 800 €	-2,6%
établissements privés	270 016 263 €	264 129 309 €	2,2%
établissements médico-sociaux	406 143 406 €	381 869 654 €	6,4%
TOTAL ETABLISSEMENTS	1 844 765 891 €	1 846 404 409 €	-0,1%
TOTAL ONDAM	3 576 083 350 €	3 521 606 318 €	1,5%

Source : CNAMTS (régime général y compris sections locales mutualistes), la mutualité sociale agricole et le régime social des indépendants. Les dépenses d'établissements ne portent que sur le régime général et le régime social des indépendants – exploitation Cellule de coordination régionale GDR Bourgogne

Sur le champ ONDAM, les dépenses de santé en Bourgogne sur l'année 2010 s'élèvent à 3 522 milliards d'euros soit une progression de 1,5% par rapport à l'année 2009, c'est-à-dire sous l'objectif fixé nationalement à 3%.

Les soins de ville avaient progressé de 3,3% et les versements dans les établissements sanitaires et médico-sociaux se sont stabilisés. En 2010, quelques postes présentaient une croissance plus soutenue, des dépenses remboursées :

- le poste des transports (+4,7%)
- les dépenses relatives aux établissements médico-sociaux (+6,4%)

Les dépenses de soins de ville

Pour les honoraires médicaux et dentaires, la croissance des remboursements est modérée. Elle s'élève à + 0,2% à fin décembre 2010, avec une diminution des honoraires dentaires (- 1,9%).

Pour les prescriptions :

- Les **auxiliaires médicaux** : la croissance des dépenses de soins s'établit à + 5,1% à fin décembre.
- Les **indemnités journalières** et les **dépenses de transports** enregistrent une évolution soutenue (respectivement +7,1% et +4,7%). Le poste des indemnités journalières est l'un des postes le plus dynamique des soins de ville. Les dépenses d'arrêts de travail, qui représentent 17% des dépenses de soins de ville, connaissent une évolution préoccupante en 2010 dans tous les départements bourguignons.
- Les **dépenses de médicaments** : la progression de + 2,8% à fin 2010, recouvre plusieurs réalités :

- o Une croissance globale des dépenses qui s'explique avant tout par celle des médicaments « de spécialité » destinés au traitement des pathologies lourdes,
- o La croissance s'explique par un effet prix, le nombre de boîtes remboursées restant quasiment stable,
- o Des économies directement liées aux génériques, mais un potentiel de développement de ces derniers qui persiste. Sur l'ensemble du répertoire des médicaments disposant d'un générique, le taux moyen de génériques en Bourgogne s'élève à 75,1% en 2010.

En ce qui concerne le régime agricole, les soins de ville connaissent une croissance modérée de +0,4% à fin 2010 et les dépenses relatives aux établissements privés progressent de +4,4% entre 2009 et 2010.

Postes	Montant 2010 en euros	Montant 2009 en euros	Evolution 2010/2009
Soins de Ville	154 917 663	154 245 853	0,4%
Etablissements publics	Données non connues car non tarifées à l'acte et faisant l'objet d'une répartition en Inter régime en année N+2		
Etablissements privés	29 629 716	28 376 818	4,4%
Etablissements médicaux sociaux	Données non connues car non tarifées à l'acte et faisant l'objet d'une répartition en Inter régime en année N+2		

Source : la mutualité sociale agricole.

En ce qui concerne le Régime Social des Indépendants, les dépenses de santé (en montants remboursés) à fin décembre 2010 sont les suivantes :

Postes	Bourgogne	
	montant	évol
Honoraires	22 100 639 €	- 0,39 %
dont honoraires médicaux	18 456 300 €	- 0,07 %
dont soins dentaires (actes)	3 644 338 €	- 1,97 %
Prescriptions	47 305 744 €	2,42 %
dont auxiliaires médicaux	7 777 368 €	4,34 %
dont pharmacie	34 365 939 €	1,92 %
dont IJ	5 894 875 €	/
Autres prestations de soins	5 704 662 €	3,43 %
dont transports	5 414 855 €	2,78 %
Total soins de ville	75 111 075 €	+ 2,41 %
établissements publics	181 581 €	- 73,03 %
établissements privés	16 353 277 €	3,82 %
établissements médico-sociaux	1 154 441 €	- 27,1 %
Total établissements	17 689 299 €	- 7,07 %
Total Soins de Santé	92 800 375 €	0,98 %

Période : de janvier à décembre 2010 et évolution par rapport à janvier-décembre 2009 (évolution PCAP)
Source : données de la caisse nationale (BO)

Pour la loi de financement de la sécurité sociale de 2010, l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) est fixé à 162,4 milliards d'euros avec un taux de progression de 3%.

Montants remboursés	RSI Bourgogne		RSI National		ONDA M 2010
	montant	Evol	montant	Evol	Evol
Soins de ville	75 111 075 €	+ 2,41 %	2 933 539 498 €	+ 3,18 %	+ 2,8 %
Soins hospitaliers	17 689 299 €	- 7,07 %	724 931 524 €	- 4,49 %	+ 2,8 %
Total soins de santé	92 800 375 €	0,98 %	3 658 471 022 €	2,14 %	+ 3 %

Période : de janvier à décembre 2010 évolution par rapport à janvier-décembre 2009 (évolution PCAP)

Les dépenses de soins de ville du RSI Bourgogne qui s'élèvent à 75 millions d'euros, ont augmenté de +2,41 % de janvier à décembre 2010 par rapport à janvier/décembre 2009.

Les dépenses de soins médicaux et dentaires (honoraires) à fin décembre 2010 diminuent légèrement : - 0,39 %. Les dépenses de soins médicaux restent stables (- 0,07 %) et les dépenses de soins dentaires (actes) diminuent (- 1,97%).

L'évolution des médicaments est croissante (poste pharmacie : + 1,92%).

Les versements aux établissements de santé diminuent fortement (- 7,07%).

Au total, le taux d'évolution des dépenses d'assurance maladie est à 0,98 % à fin décembre 2010.

o Sur la période allant de janvier à septembre 2011 :

Pour le régime général, les dépenses de santé s'élèvent à 2.568 milliards d'euros soit une progression de 2,8% par rapport à la même période de l'année 2010. Sur les 9 premiers mois de l'année 2011, les soins de ville ont progressé de 2,5%.

	Bourgogne		ONDAM 2011
	Montant	Evolution	
Soins de ville	1 145 167 737 €	+ 2,5%	+ 2,8%
Etab. Sanitaires publics et privés	1 105 469 430 €	+ 2,9%	+ 2,8%
Etab. Médico-sociaux	317 364 133 €	+ 7,1%	+ 3,8%
TOTAL ONDAM	2 568 001 301 €	+ 3,2%	+ 2,9%

Exploitation Cellule de coordination régionale GDR Bourgogne

En ce qui concerne le régime agricole, les soins de ville et les dépenses relatives aux établissements privés diminuent de -0,1% en Bourgogne sur les 9 premiers mois de l'année 2011 par rapport aux 9 premiers mois de l'année 2010.

Postes	Montant 9 mois 2011 en euros	Montant 9 mois 2010 en euros	Evolution 2011/2010	Evol France
Soins de Ville	115 160 127	115 319 881	-0,1%	0,3%
Etablissements publics	Données non connues car non tarifées à l'acte et faisant l'objet d'une répartition en Inter régime en année N+2			
Etablissements privés	21 627 113	21 656 385	-0,1%	0,4%
Etablissements médico-sociaux	Données non connues car non tarifées à l'acte et faisant l'objet d'une répartition en Inter régime en année N+2			

Source : la mutualité sociale agricole

En ce qui concerne le RSI, les dépenses de santé (en montants remboursés) au 30 septembre 2011 sont les suivantes :

Postes	Bourgogne	
	montant	évolution
Honoraires	17 404 515,39	5,56
dont honoraires médicaux	14 535 819,80	5,32
dont soins dentaires (actes)	2 868 695,59	6,81
Prescriptions	36 594 363,07	4,01
dont auxiliaires médicaux	6 143 538,89	3,89
dont pharmacie	23 678 619,06	3,29
dont IJ	4 683 436,48	6,74
Autres prestations de soins	4 128 591,92	-4,12
dont transports	3 959 944,14	-3,83
Total soins de ville	58 127 470,38	3,84
établissements publics*	120 091,35	-3,83
établissements privés	12 672 137,36	-48,58
établissements médico-sociaux	877 217,34	-4,12
Total établissements	13 669 446,05	3,76
Total Soins de Santé	71 796 916,43	3,82

* soins externes

Période : janvier à septembre 2011 et évolution par rapport à janvier – septembre 2010 (évolution PCAP)

Source : données de la caisse nationale (BC)

Pour la loi de financement de la sécurité sociale de 2011, l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) est fixé à 167,1 Md€ avec un taux de progression de 2,9 %

Montants remboursés	RSI Bourgogne		RSI National		ONDAM 2011
	montant	Evol	Montant	Evol	
Soins de ville	58 127 470,38	3,84	2 301 677 142,13	5,70	2,8
Soins hospitaliers	13 669 446,05	3,76	576 789 618,62	4,74	2,8
Total soins de santé	71 796 916,43	3,82	2 878 466 760,75	5,53	2,9

Période : janvier à septembre 2011 évolution par rapport à janvier – mars 2010 (évolution PCAP)

Le total des soins de santé en Bourgogne progresse de 3,82 %.

Les honoraires (honoraires médicaux + soins dentaires) évoluent de + 5,56 %. Seul le département de la Nièvre affiche un résultat négatif.

Les prescriptions sont également à la hausse : + 4,01 %. Le poste pharmacie évolue de + 3,29 %. Forte progression également des IJ : + 6,74 % avec un résultat de + 17,71 en Côte d'Or.

Le poste « Etablissements » enregistre une évolution de + 3,76 %.