

# lettre aux hospitaliers

JUIN 2007

## AU SOMMAIRE

- > Transports sanitaires  
Un nouveau référentiel pour mieux décider
- > Chirurgie ambulatoire  
Une activité à favoriser
- > Profil T2A  
Le tableau de bord de votre activité

## LE CHIFFRE CLÉ

25,5 milliards d'euros

C'est le montant des remboursements de l'Assurance Maladie en 2006 liés à la T2A dans les établissements publics et privés MCO.



## Transports sanitaires UN NOUVEAU RÉFÉRENTIEL POUR MIEUX DÉCIDER

Les transports sanitaires font partie des thèmes prioritaires de maîtrise médicalisée des dépenses de santé à l'hôpital. Un nouveau référentiel de prescription, élaboré avec les professionnels de santé, vient d'être publié sous forme d'arrêté. Désormais, les praticiens hospitaliers peuvent s'appuyer sur des critères médicaux précis pour déterminer le mode de transport le mieux adapté à l'état de santé du patient et à son degré d'autonomie. Explications.

## Pourquoi cette lettre ?

Elle fournit à l'ensemble des praticiens hospitaliers des repères utiles et concrets sur ce qui change dans leur activité suite à la réforme de l'assurance maladie. Mais aussi des outils pratiques pour optimiser les prescriptions faites à l'hôpital et délivrées en ville. Objectif : des soins de qualité, des dépenses optimisées.

## À voir également sur

<http://www.lettreauxhospitaliers.ameli.fr>, le document « Des soins de qualité, des dépenses optimisées : ça concerne l'hôpital ».

SÉCURITÉ SOCIALE



**l'Assurance  
Maladie**

## TRANSPORTS SANITAIRES : UN NOUVEAU RÉFÉRENTIEL POUR MIEUX DÉCIDER (suite)

### Un choix qui relève d'une décision médicale

Ce référentiel rappelle que le **choix du mode de transport relève d'une décision médicale qui appartient exclusivement au praticien\***. C'est l'état du malade, son degré d'autonomie physique et éventuellement psychique qui guide la prescription du mode de transport par le médecin : véhicule personnel, transports en commun, taxi, véhicule sanitaire léger ou ambulance. Ce référentiel permettra également au praticien hospitalier d'argumenter son choix auprès de patients parfois mal informés. À noter : un mémo pratique d'aide à la décision (téléchargeable) a été spécialement conçu pour faciliter la pratique des médecins.

### Des formulaires adaptés

De nouveaux formulaires de prescription et d'entente préalable ont été aménagés de manière à répondre au contenu du décret et de l'arrêté : **conditions médico-administratives permettant la prise en charge, puis type de transport prescrit**. Ainsi, le médecin cochera la case de son choix sur le formulaire de prescription. Le volet 1 est à envoyer au médecin conseil de l'Assurance Maladie, le volet 2 est transmis au transporteur par l'assuré. Dans le cas d'un transport personnel, il revient au patient de se procurer auprès de sa caisse (ou de télécharger sur Ameli.fr) l'imprimé intitulé « état de frais », de le compléter et de le renvoyer à sa caisse, accompagné du volet 1 du formulaire de prescription.

**Quant au document d'entente préalable**, il rappelle les conditions qui nécessitent une telle entente (trajet supérieur à 150 kilomètres, transports en série, transports en avion ou en bateau). **Il revient au médecin prescripteur de le remplir**. La caisse dispose alors de quinze jours pour demander un complément d'information ou signifier son refus. L'absence de retour sous quinze jours signifie que la prise en charge est acceptée.

### Enrayer la hausse constante des dépenses et mobiliser tous les acteurs concernés

Ces nouveaux dispositifs réglementaires ont pour objectif de clarifier les motifs de prise en charge des frais de transport par l'Assurance Maladie ainsi que le mode de transport devant être prescrit en fonction de la situation du patient, ceci afin d'enrayer la hausse constante des dépenses. Une mobilisation collective est donc nécessaire pour une prescription plus juste et plus adaptée.

En effet, l'éloignement des plateaux techniques spécialisés ne suffit pas à expliquer la hausse constante des dépenses remboursées par le régime général en matière de transport : **+ 7,6 % en moyenne par an depuis 2003**. En 2006, elle était de 8 % par rapport à 2005.

Les transports en taxi sont les plus concernés (+ 15,1 % par an), suivis des **transports en ambulance (+ 9,7 %)**, alors que les dépenses liées aux véhicules sanitaires légers (VSL) stagnent (- 0,2 %) en moyenne annuelle sur la même période.

**Les professionnels de santé, en priorité les médecins libéraux et hospitaliers, bénéficieront d'un accompagnement de la part de l'Assurance Maladie** pour les aider dans l'application de ces nouvelles règles de prescription.

Pour les praticiens hospitaliers, cet accompagnement s'effectuera dans le cadre de la maîtrise médicalisée des prescriptions hospitalières délivrées en ville qui a débuté en 2006 et qui continue en 2007, pour être au plus près des prescripteurs.

Parallèlement, transporteurs et assurés recevront une information personnalisée sur ce thème.

\*Arrêté du 23 décembre 2006 issu du décret du même jour.

#### Pour en savoir plus

Téléchargez les fiches pratiques sur <http://www.lettreauxhospitaliers.ameli.fr> :

- Mémo transports : les critères de prise en charge
- Les deux nouveaux formulaires : formulaire de prescription, formulaire d'entente préalable

Consultez également :

- L'arrêté transports du 23 décembre 2006
- Le décret transports du 23 décembre 2006





## Chirurgie ambulatoire UNE ACTIVITÉ À FAVORISER

La France se classe dans les derniers pays de l'OCDE en matière de chirurgie ambulatoire : seuls 40 % des actes éligibles y sont réalisés, loin derrière les États-Unis (94 %), le Danemark (78 %) et l'Allemagne (61 %). Or, 85 % des gestes marqueurs pourraient être réalisés en ambulatoire. Pour atteindre ce taux cible, les tarifs en chirurgie ambulatoire ont été rendus plus attractifs.

### Une tarification plus attractive

D'une part, au 1<sup>er</sup> janvier 2007, la T2A est passée à 100 % (au lieu de 50 %) sur cinq groupes homogènes de séjour (GHS) de chirurgie ambulatoire dans les établissements publics. Cela représente une opportunité de développement importante. Il s'agit d'une première étape.

D'autre part, quinze couples de GHS (chirurgie ambulatoire/hospitalisation complète) ont fait l'objet d'une incitation tarifaire en ambulatoire au 1<sup>er</sup> mars 2007 pour les établissements publics. Concrètement, **les tarifs d'hospitalisation complète et de chirurgie ambulatoire se rapprochent**. À titre d'exemple, l'opération du canal carpien en ambulatoire (GHS 8053) est désormais facturée 773,84 euros (contre 716,32 euros auparavant) : une augmentation de plus de 57 euros, soit plus de 8 %. Parallèlement, en hospitalisation complète, le tarif de cet acte baisse pour passer de 1 584,18 euros (tarif 2006) à 1 210,37 euros. Soit une réduction de l'écart des tarifs de près de 50 %. Il en est de même pour les quatorze autres GHS (cf. Mémo).

### Des outils d'aide à la décision

Les directeurs d'établissement et les présidents de commissions médicales d'établissement (CME) se verront prochainement présenter par les représentants de l'Assurance Maladie un **profil de leur établissement sur ces actes afin d'optimiser cette partie de leur activité**. Bien entendu, les médecins de ville, les médecins traitants notamment, et les assurés seront également sensibilisés à cette pratique ambulatoire.

### Un gisement d'économies important

Les sociétés savantes concernées estiment que 85 % des quinze actes marqueurs sont réalisables en ambulatoire. Si cet objectif était atteint, cela entraînerait **une économie de l'ordre d'un milliard d'euros**.

Pour en savoir plus

Téléchargez la fiche pratique sur <http://www.lettreauxhospitaliers.ameli.fr> :  
Mémo chirurgie ambulatoire : revalorisation de 15 GHS





## Profil T2A

### LE TABLEAU DE BORD DE VOTRE ACTIVITÉ

Le passage à la T2A s'est accompagné d'un nouveau codage des actes, parfois difficile à mettre en œuvre par les établissements de santé. Afin de vous aider à appliquer ces nouvelles règles, votre établissement recevra la visite des directeurs de caisses et des médecins conseil. Vous bénéficierez d'un nouveau profil, le « profil T2A ». Il permet de situer votre activité MCO et vos prestations remboursées dans le cadre de la T2A sur quatre thèmes spécifiques.

Le profil T2A concerne quatre thèmes : **la chirurgie ambulatoire, les prescriptions en ville des patients avant et après leur hospitalisation, les actes externes et l'hospitalisation de jour, les prestations les plus dynamiques.** Important : l'interprétation des indicateurs se fera en fonction des spécificités, de l'évolution et de l'histoire de l'établissement concerné.

#### Chirurgie ambulatoire : une pratique à optimiser

Les responsables d'établissement disposeront d'un panorama de leur activité comparée à la moyenne nationale. Ils pourront ainsi **évaluer leur potentiel de développement de ce mode de prise en charge (cf. article chirurgie ambulatoire).**

#### GHS : des forfaits « tout compris »

Les GHS sont des forfaits « tout compris », **hors médicaments et dispositifs médicaux listés et, pour le secteur ex-OQN, hors honoraires médicaux.** Ces forfaits recouvrent, notamment, les médicaments, les prestations et les produits nécessaires à l'hospitalisation (produits de contraste, pansements, compresses, par exemple). Un indicateur, qui pour le moment ne s'applique qu'aux établissements ex-OQN, permet de repérer ce qui est facturé en ville avant et après une hospitalisation.

#### Hospitalisation de jour / soins externes : un distinguo à établir

Ne nécessitent une hospitalisation de jour que les actes qui mobilisent un lit, du temps de professionnels coordonnés et le plateau technique de l'hôpital. Une consultation de gynécologie, suivie d'une échographie, est ainsi à comptabiliser dans les actes externes. **Le profil distinguera les actes externes et l'hospitalisation de jour.**

À noter : certains actes ont été considérés comme particulièrement difficiles à classer. C'est le cas de la fibroscopie bronchique avec lavage broncho-alvéolaire et des injections thérapeutiques intra-orbitaires. L'arrêté a créé une liste d'actes « frontières » qui donne lieu à un supplément forfaitaire.

#### Évolution des prestations pour un meilleur codage

Quant aux prestations dites les plus « dynamiques », l'indicateur permettra d'observer pour chaque établissement les actes qui augmentent le plus, comparativement à la moyenne nationale.

Ainsi mieux renseignés, les responsables d'établissement pourront examiner leur profil et analyser les raisons de ces variations pour **promouvoir les bonnes pratiques de codage**, comme l'attribution d'un facteur de comorbidité associé à un GHS dans les seules situations qui le justifient.

La montée en charge de la T2A amène naturellement à des hésitations et des erreurs. Ces démarches d'accompagnement permettront aux directeurs d'établissement et aux présidents de CME d'apprécier l'importance des difficultés rencontrées au niveau de l'établissement. Ils pourront ainsi aider et accompagner l'ensemble des prescripteurs de leur établissement dans la mise en œuvre des changements nécessaires.

### Pour en savoir plus

**Téléchargez les fiches pratiques sur <http://www.lettreauxhospitaliers.ameli.fr> :**

- Profil T2A ex-DG
- Profil T2A ex-OQN

**Consultez également :**

- La liste des actes frontières qui donne lieu à un supplément forfaitaire

