

des soins de qualité, des dépenses optimisées : ça concerne l'hôpital

Ces dernières années, plusieurs lois et textes réglementaires ont été promulgués afin d'améliorer la qualité des soins et de contenir l'évolution des coûts de notre système de santé.

Tous les acteurs (institutionnels et producteurs de soins) sont impliqués dans ce dispositif. Il s'agit de s'engager dans une amélioration continue de la qualité et de la sécurité du service rendu, tant au niveau organisationnel que des pratiques, fondées sur des référentiels faisant autorité.

L'hôpital fait l'objet de plusieurs dispositions responsabilisant l'ensemble des professionnels médicaux et administratifs.

● LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES QUI IMPACTENT L'HÔPITAL

> Le parcours de soins coordonnés

L'hôpital est acteur dans le parcours de soins coordonnés des assurés. Ce dernier permet un meilleur partage de l'information entre les différents professionnels de santé qui interviennent dans la prise en charge du patient, notamment entre les médecins hospitaliers et les médecins de ville.

> La maîtrise médicalisée des dépenses de santé

Il s'agit d'optimiser la qualité des soins en utilisant au mieux les ressources.

● LES DISPOSITIONS INTERNES À L'HÔPITAL

Réforme de la gouvernance, organisation hospitalière, réforme de la tarification...

Les principes d'universalité et de solidarité qui fondent notre système de soins conduisent aussi l'Assurance Maladie à développer une politique en faveur d'une plus grande efficacité du système de soins afin d'en assurer la pérennité à long terme.

- Maîtrise médicalisée : six thèmes prioritaires pour l'hôpital
- Les outils pour y parvenir
- L'accompagnement de l'Assurance Maladie
- Pourquoi l'Assurance Maladie ?

● MAÎTRISE MÉDICALISÉE : SIX THÈMES PRIORITAIRES POUR L'HÔPITAL

Six thèmes ont été retenus. Trois thèmes relèvent du bon usage des médicaments : antibiotiques, médicaments génériques, statines. Trois autres relèvent du respect des règles de prise en charge : ordonnance bizonne, arrêts maladie, transports sanitaires.

> Antibiotiques

Le bon usage des antibiotiques constitue un enjeu majeur de santé publique. Il fait désormais l'objet d'un accord-cadre (1) signé le 23 janvier 2006 par le ministère de la Santé, l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie et les Fédérations nationales représentatives des établissements de santé. Objectif : réduire l'utilisation inappropriée des antibiotiques à l'hôpital, avec pour cible une diminution du volume de consommation de 10 % sur 3 ans. L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris a d'ailleurs réalisé une campagne de communication sur les antibiotiques. Objectifs : promouvoir activement leur bon usage et faire évoluer les pratiques afin de préserver leur efficacité.

> Génériques

Il s'agit d'encourager la diffusion des **médicaments génériques** : prescription en Dénomination Commune ou avec la mention « substituable » et prescription préférentielle des groupes génériques, à efficacité thérapeutique comparable. Les génériques feront l'objet d'un accord-cadre, en cours de négociation.

> Statines

Lorsque leur prescription s'avère nécessaire en prévention primaire (échec des règles hygiéno-diététiques), il est préconisé de privilégier les posologies les plus faibles lors de l'initiation du traitement, conformément aux recommandations, ainsi que les génériques (simvastatine et bientôt pravastatine). Les statines feront l'objet d'un accord-cadre, en cours de négociation.

> Ordonnance bizonne

Un meilleur respect des règles de prescription sur les ordonnances bizonne vise à ne rembourser à 100% que les actes et les prestations en rapport avec l'Affection de Longue durée. Le rôle des médecins hospitaliers est ici important.

En effet, une fois qu'un acte ou une prescription est porté(e) à tort en haut de l'ordonnance, il est ensuite difficile pour le médecin traitant de justifier une modification du taux de prise en charge auprès de son patient.

> Arrêt de travail

Concernant les arrêts de travail, les règles de prescription ont récemment changé. La prolongation de l'arrêt de travail initial ne peut être établie que par le médecin traitant (ou son remplaçant), le médecin prescripteur de l'arrêt initial (ou son remplaçant), un médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant ou un médecin hospitalier en cas d'hospitalisation. Par ailleurs, le médecin doit désormais veiller à ce que soient précisés, sur l'arrêt de travail, les horaires de sortie éventuels, qui ne peuvent dépasser trois heures consécutives. Les sorties libres, sans précision d'horaires, ne sont plus autorisées.

> Transports sanitaires

Les dépenses en matière de transports sanitaires sont en augmentation constante (+ 34 % entre 2001 et 2004). Ces transports et le choix du mode transport ne sont pas toujours justifiés sur le plan médical. Un décret va bientôt fixer les nouvelles règles de leur prise en charge par l'Assurance Maladie. Dès lors, des objectifs de maîtrise médicalisée pourront être définis plus précisément.

À noter : l'ensemble de ces thèmes concerne prioritairement les prescriptions réalisées à l'hôpital et délivrées en ville. Ceux qui font l'objet d'un accord-cadre portent également sur la consommation des médicaments au sein de l'hôpital.

● QUELS SONT LES OUTILS POUR Y PARVENIR ?

> L'accord-cadre national décliné en accord local

C'est un contrat d'engagement mutuel entre les autorités publiques de santé et les établissements de santé qui vise à améliorer les pratiques de soins à l'hôpital.

Il est signé au niveau national par les ministres chargés de la santé et de la Sécurité sociale, l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie et les Fédérations nationales représentatives des établissements de santé. Il est ensuite décliné localement en fonction des spécificités de chaque établissement.

Pour chacun des thèmes, un objectif quantitatif national est fixé. Il concerne les prescriptions réalisées à l'hôpital mais délivrées en ville ainsi que la consommation de médicaments au sein de l'hôpital.

Il fera l'objet d'une déclinaison locale : chaque établissement négociera avec l'ARH son propre objectif de réduction de consommation, en fonction de son profil de prescription et en accord avec son ARH.

> L'accord d'initiative locale

Il fixe un objectif quantitatif local en fonction des spécificités de l'établissement. Il est signé par le Directeur de l'établissement, l'ARH et l'URCAM. Il concerne les thèmes qui ne feront pas l'objet d'un accord-cadre national.

Pour ces deux accords, un reversement d'une partie des dépenses évitées est prévu pour l'établissement.

Il concerne spécifiquement les prescriptions réalisées à l'hôpital mais délivrées en ville.

> L'engagement réciproque

Pour les thèmes qui ne feront pas l'objet de tels accords, ou dans l'attente de la conclusion d'un Accord local ou d'initiative locale, le partenariat entre les établissements de santé et l'Assurance Maladie pourra revêtir la forme d'une convention ou "engagement réciproque" comprenant des objectifs qualitatifs et quantitatifs négociés avec l'établissement.

QUEL EST L'ACCOMPAGNEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE ?

L'Assurance Maladie accompagne les médecins hospitaliers pour leur permettre d'atteindre les objectifs fixés dans les accords et pour chaque thème de maîtrise médicalisée. Cet accompagnement repose sur :

> **Des rencontres régulières** entre les médecins conseils de l'Assurance Maladie et les membres des commissions médicales, mais aussi avec les internes et les praticiens au sein des services. Ces rencontres sont l'occasion d'échanger sur l'ensemble des thèmes de la maîtrise médicalisée, de répondre aux questions spécifiques des praticiens hospitaliers et de leur apporter une aide individualisée.

> **Des outils de pilotage**, notamment le profil des prescriptions par établissement afin de suivre l'évolution sur les prescriptions délivrées en ville.

> **Des outils pratiques** sont également mis à la disposition des établissements. Il s'agit de mémos permettant d'aider les médecins hospitaliers à optimiser leurs prescriptions :

- **Des fiches de synthèse sur les recommandations de bonnes pratiques**, élaborées avec les autorités de santé (HAS, AFSSAPS...).

- **Des fiches médico-économiques** qui présentent les traitements les moins coûteux à efficacité égale.

- **Des fiches de rappel des règles de prise en charge.** Ils recevront aussi des supports de communication destinés à l'information des patients.

POURQUOI L'ASSURANCE MALADIE ?

La loi du 13/08/04 a donné à l'Assurance Maladie, tant dans le suivi des dépenses de ville que de l'hôpital, une légitimité d'intervention. Elle est désormais appelée :

- à veiller à la continuité, à la coordination, à la qualité des soins, à leur répartition homogène sur le territoire, y compris pour les établissements de santé (article 1^{er} de la loi du 13/08/04) ;

- à contribuer, par sa présence au Conseil de l'hospitalisation, à l'élaboration de la politique de financement des établissements de santé, ainsi qu'à la détermination et au suivi de la réalisation des objectifs de dépenses d'assurance maladie ;

- à prendre, dans la mesure des moyens dont elle dispose, les décisions nécessaires au respect des objectifs de dépenses fixés par le Parlement ; ceci est notamment le cas dans l'hypothèse où le comité d'alerte conclurait à un dépassement des dépenses ;

- à s'investir, à travers les Missions Régionales de Santé (MRS), dans la conduite et le suivi d'actions communes aux soins hospitaliers et soins ambulatoires (démographie médicale, permanence des soins, réseaux de santé, gestion du risque dans les domaines communs aux soins ambulatoires et hospitaliers).