

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :

19/04/91

Origine :

DGR

CABDIR

Mesdames et Messieurs les Directeurs

- des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale
- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

Mesdames et Messieurs les Médecins Conseils
Régionaux

Monsieur le Médecin Chef de la Réunion

Mesdames et Messieurs les Médecins Conseils
Chefs
des Echelons Locaux du Service Médical

Réf. :

CABDIR n° 10/91 - DGR n° 2620/91

Plan de classement :

24

Objet :

COORDINATION DE LA GESTION DU RISQUE HOSPITALIER (GRH)

Pièces jointes :

Liens :

Date d'effet :

Immédiate

Date de Réponse :

Téléphone :

42.79.32.93

-

42.79.32.69

-

42.79.34.41

@

**Direction de la
Gestion du Risque**

Mesdames et Messieurs les Directeurs

19/04/91

Origine :
DGR
CABDIR

- des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale
- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

Mesdames et Messieurs les Médecins Conseils
Régionaux

Monsieur le Médecin Chef de la Réunion

Mesdames et Messieurs les Médecins-Conseils
Chefs
des Echelons Locaux du Service Médical

N/Réf. : CAB. N° 10/91 - DGR N° 2620/91

Objet : Coordination de la Gestion du Risque Hospitalier
(GRH)

Mettre en place une gestion du risque hospitalier dans et par le réseau de l'Assurance Maladie répond aujourd'hui à une nécessité et passe par plusieurs exigences.

En effet, l'optimisation des moyens hospitaliers par le biais d'une planification régionale et d'un redéploiement des établissements constitue le fondement essentiel du projet de loi hospitalière ; quel que soit le devenir de ce projet, cet objectif sera poursuivi par les Pouvoirs Publics, car il résulte d'un bilan du système de soins maintenant reconnu et accepté.

La démarche initiée, il y a trois ans, par l'Assurance Maladie, dans le cadre des expériences Lille-Lyon correspond précisément au même diagnostic, même si le concept opératoire de filière de soins et les voies contractuelles se distinguent de la démarche ministérielle.

Enfin les expériences, menées à l'initiative des Caisses locales, de coordination de leur action dans ce domaine démontrent également la nécessité de placer cette coordination au niveau régional.

La maîtrise effective des critères de coût, qualité et besoins qui, seule, peut permettre à l'Assurance Maladie de se doter d'un pouvoir réel de conventionnement sélectif de l'ensemble des établissements et de jouer un rôle qui dépasse largement celui de payeur, suppose que le réseau fasse un important investissement en hommes, méthodes et systèmes d'information ; la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses hospitalières dépend de cette mutation progressive.

Ce nouveau défi doit être relevé : aussi la Caisse Nationale a-t-elle décidé de rechercher progressivement, mais de manière volontariste, une optimisation de la gestion du risque hospitalier.

Dans ce contexte, l'objet de la présente circulaire consiste en une clarification des responsabilités qui doit trouver sa meilleure expression structurelle possible : ceci correspond d'ailleurs à une exigence tant interne qu'externe, et le débat suscité par le projet de loi hospitalière quant aux pouvoirs respectifs de la Tutelle et de l'Assurance Maladie la rend urgente et incontournable.

Le niveau régional est aujourd'hui considéré comme celui offrant le meilleur point de vue sur le système hospitalier, tant en termes de planification que, en amont, d'expertise médicale et économique des structures et d'évaluation des filières de soins. Aussi, l'échelon régional, administratif et médical, doit-il être affirmé comme le pôle naturel d'animation et de coordination de la gestion du risque hospitalier. A contrario, cette clarification signifie que l'échelon local est clairement désigné comme le pôle de la gestion du risque ambulatoire, orientée vers le prescripteur et le malade.

En revanche, aucune analyse sérieuse du secteur hospitalier ne peut désormais se concevoir sans un élargissement au secteur ambulatoire et une approche par malade : aussi une collaboration étroite CRAM/CPAM/Service Médical est-elle nécessaire, collaboration qui constitue précisément un des atouts majeurs de l'Assurance Maladie en tant qu'acteur et évaluateur du système de santé pris dans sa globalité.

Les différentes réunions qui se sont tenues au cours des derniers mois autour des expériences Lille/Lyon et des SROS, ainsi que la concertation organisée sur la présente

circulaire, ont permis de conforter cette analyse et de constater que le moment était venu de formaliser et de généraliser l'indispensable coordination que certaines régions ont d'ailleurs déjà mise en oeuvre.

Dans l'immédiat, les objectifs du réseau doivent se traduire par ce que l'on pourrait appeler la "lutte pour la performance et donc contre la rente" et nécessitent de la même façon l'existence d'actions concertées faisant appel à l'ensemble des acteurs du réseau.

LE DISPOSITIF

Le dispositif proposé s'articule bien entendu avec l'ensemble que constituent les circulaires d'application de la 1358, en particulier la circulaire PRAC qui recouvre d'autres prestations que l'hospitalisation. Par ailleurs, ce dispositif se substitue à la circulaire 30/88 de coopération CRAM/CPAM.

Le dispositif proposé met en place deux procédures simultanées : création d'un Comité Régional de Pilotage et lancement de programmes d'action concrets, ciblés, dont deux seront définis annuellement par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie.

- La création d'un Comité Régional de Pilotage, pourquoi ?

Pour créer une dynamique dans un groupe constitué d'acteurs et les inciter à mettre en cohérence les données dont ils disposent avec celles dont disposent tous les autres acteurs de la région.

Pour offrir à chaque partenaire un rôle actif : actif dans la décision, actif dans le partage des informations et, surtout, actif dans l'évaluation de l'expérience.

- Un Comité de Pilotage au niveau régional, pourquoi ?

Pour trois motifs :

- . les établissements ont une clientèle qui déborde le territoire d'un échelon local, et élément fondamental, est directement à l'origine de l'émergence des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) que l'Assurance Maladie doit impérativement prendre en compte,

- . les CPAM règlent les prestations individuelles, les CRAM signent les conventions avec un pouvoir renforcé par le caractère de conventions à durée déterminée défini dans la DMOS du 18 janvier 1991, participent à la fixation du budget global, le Service Médical est hiérarchisé à partir du Médecin Conseil National et participe à la fois au travail des CPAM et des CRAM, tout en ayant ses missions propres,
 - . les interlocuteurs de la Caisse Nationale sont ainsi regroupés en Métropole, dans 16 conseils au lieu de 128 en cas de comité local.
- Des programmes d'action concrets, ciblés, définis en concertation au niveau national, pourquoi ?

Quatre raisons plaident pour le lancement de programmes nationaux simultanément à la création de Comités Régionaux :

- . aider les acteurs à travailler ensemble grâce à des objectifs et des méthodes de travail précis dans le cadre serait défini en concertation au niveau national ;
- . créer une émulation entre les comités sur les mêmes programmes avec les mêmes règles du jeu ; la dispersion actuelle des projets est surtout un obstacle au consensus et à la création de référentiels nationaux ex post ;
- . obtenir une meilleure rationalité d'utilisation des moyens dans les domaines choisis par ces programmes d'action, sur la base d'outils techniques et méthodologiques indiscutables.
- . obtenir des résultats homogènes donc comparables et exploitables au plan national.

Pour que ces programmes réalisent les quatre objectifs décrits ci-dessus, il faut respecter cinq conditions :

- pas plus de deux programmes nationaux concrets par an ;
- les programmes doivent intégrer de manière équilibrée les visions de la gestion des risques : médicale et administrative ;

- inscription des programmes concrets dans les PAC locaux et régional (PLAC et PRAC) ;

- le Comité Régional doit :
 - . mettre en place une base d'information commune pour chaque programme en fonction des orientations nationales ; **l'utilisation** de ces données thématiques doit être **commune** ; bien entendu, ces bases d'information régionales doivent s'intégrer dans un ensemble cohérent qui constituera le système d'information de gestion du risque hospitalier ;
 - . être le moteur des actions de formation et d'information externes et internes ;
- le rapport final - un rapport par programme - doit être collégial et signé par l'ensemble des acteurs qui ont réalisé les programmes.

Ces programmes nationaux sont volontairement limités à deux afin de permettre aux Comités de mener des programmes régionaux de leur propre initiative. Mais les conditions décrites ci-dessus devraient également être respectées, afin que leurs résultats puissent profiter à tous.

Enfin, l'évaluation du fonctionnement des Comités Régionaux doit être réalisée en fin d'année pour chaque Comité et avec la plus grande concertation au niveau national. La méthodologie de cette évaluation doit être établie a priori pour que chacun connaisse les règles du jeu.

LES STRUCTURES DE TRAVAIL

Le Comité Régional de Pilotage

Cette structure est identique à celle mise en place par la circulaire PRAC, ENSM n° 1421/91 du 23 avril 1991.

- Composition :
 - . Directeur CRAM,
 - . Médecin Conseil Régional,
 - . Directeurs CPAM,
 - . Médecins Chefs des Echelons Locaux du Service Médical.
 Il peut faire appel aux Directeurs de CETELIC et aux Agents Comptables en tant que de besoin.

- Présidence :
 - . Directeur de CRAM.

- Vice-Présidence :
 - . Médecin Conseil Régional.
- Rôle :
 - . met en place localement les programmes nationaux, les adapte aux conditions loco-régionales, en assure le suivi et en évalue les résultats ;
 - . arrête les programmes régionaux impliquant tout ou partie des acteurs locaux et s'informe des programmes locaux ayant une incidence hospitalière afin de les insérer dans un ensemble régional cohérent, dans le cadre des responsabilités définies par la réglementation ;
 - . délègue au Secrétariat Permanent du Risque Hospitalier la mise en oeuvre des programmes définis en Comité Régional.

Le Secrétariat Permanent du Risque Hospitalier

Ce secrétariat représente la configuration spécifique du secrétariat permanent du PRAC lorsque celui-ci traite de la gestion du risque hospitalier.

- Composition :
 - . Directeur de la CRAM,
 - . Médecin Conseil Régional,
 - . Responsable de la cellule hospitalière de la CRAM,
 - . Médecin Conseil coordonnateur hospitalier au plan régional,
 - . Au moins deux Médecins Conseils Chefs de Service désignés par leurs pairs, ou leurs représentants,
 - . Au moins deux Directeurs de CPAM désignés par leurs pairs, ou leurs représentants.
- Présidence :
 - . Directeur de la CRAM.
- Vice-Présidence :
 - . Médecin Conseil Régional.

- Rôle :

- . mettre en oeuvre les décisions prises en Comité Régional ou dans le cadre de la délégation reçue de celle-ci ;
- . préparer le rapport annuel d'activité qui doit se composer des rapports particuliers rédigés sur chaque programme en particulier ;
- . mettre en place les groupes de travail chargés de gérer les programmes ;
- . informer la CNAMTS ainsi que les régimes frères et la Tutelle s'il y a lieu, organiser les relations de travail qui s'imposent avec ces acteurs.

Des groupes techniques en tant que de besoin.

Cas particulier des actions interrégionales Assurance Maladie :

(exemple : région administrative sur 2 régions CRAM, problème d'attractivité des établissements).

Il pourra être constitué un groupe de projet ad hoc.

Au plan national :

Les missions nationales sont donc, compte tenu de ce qui précède :

- le lancement de deux programmes concrets par an,
- l'animation et l'assistance des régions,
- le suivi et l'évaluation,
- la valorisation des politiques régionales.

Il est donc proposé la création d'un Groupe d'Animation et d'Impulsion Nationale : **le GAIN**.

Ce groupe comporte :

- une structure décisionnelle composée de :
 - * 3 représentants nationaux,
 - . le Directeur de la Caisse Nationale,
 - . le Médecin Conseil National,
 - . le Directeur de la Gestion du Risque,
 - * 3 représentants désignés par le Comité Technique de la Gestion du Risque
 - . un Directeur de CRAM,
 - . un Médecin Conseil Régional,
 - . un Directeur de CPAM,
- une structure permanente chargée de préparer et de mettre en oeuvre les décisions de la structure décisionnelle, composée du Département des Etablissements Sanitaires et Médico-Sociaux (DESMES) et de l'Echelon National du Service Médical (ENSM) (hospitalisation publique et privée).

Cette structure, en fonction des étapes et des types de travaux, s'adjoint des groupes techniques comportant d'autres intervenants de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, du réseau ou extérieurs.

Chaque année, le GAIN arrête deux programmes nationaux et assure une information aux Commissions Nationales

- des Directeurs de CRAM,
- des Directeurs de CPAM,
- des Médecins-Conseils Régionaux.

Toutes mesures utiles devront être prises pour une mise en place de ce dispositif au 15 juin 1991.

Je vous serai obligé de me tenir informé des difficultés rencontrées dans l'application des présentes dispositions en contactant :

- au plan administratif : DESMES - Tél. : 42.79.32.93 (A. ALZON)

- au plan médical :
 - . Mission Hospitalisation Publique
Tél. : 42.79.32.69 (Dr RACT)
 - . Mission Hospitalisation Privée
Tél. : 42.79.34.41 (Dr Aoustin)

Gilles JOHANET