



**ARMEN vague 4**  
**« *Parcours de soin ville-hôpital* »**  
**Livrable court**

# Composition du groupe

<b>Caroline TAFFIN</b>	• Pharmacien – GCP84 PACA
<b>Julien PETIT</b>	• Pharmacien – OMEDIT Picardie
<b>Christophe PITRE</b>	• Pharmacien, président de CME – GHPSO
<b>Christine BARLA</b>	• Pharmacien – CH du Gers
<b>Jean-Christophe BAILLE</b>	• Médecin urgentiste - CH Brignoles
<b>Pascale URBANO</b>	• AAH Direction des services économiques & logistiques & techniques - CH Brignoles
<b>Bénédicte STEPHAN</b>	• Pharmacien à l'ARS Languedoc-Roussillon
<b>Mary Christine LANOUE</b>	• Responsable OMEDIT Centre
<b>Marie-Antoinette LAMPIS</b>	• Chargé de mission achat – ARS Languedoc
<b>Marie-Hélène BERTOCCHIO</b>	• OMEDIT PACA
<b>Nicole POISSON</b>	• Pharmacien responsable unité achat médicaments – AGEPS
<b>Dora LIBAN</b>	• Pharmacien USSAP (établissement FEHAP)
<b>Arnaud FRANCESCHI</b>	• Interne en Médecine de Santé publique
<b>Laurence AMOUYEL</b>	• MCCS responsable du pôle RPS
<b>Laurence MIZRAHI</b>	• Pharmacien - Conseillère du groupe – IMS Health



PARRAIN

**Thomas  
FATOME**

LEADER

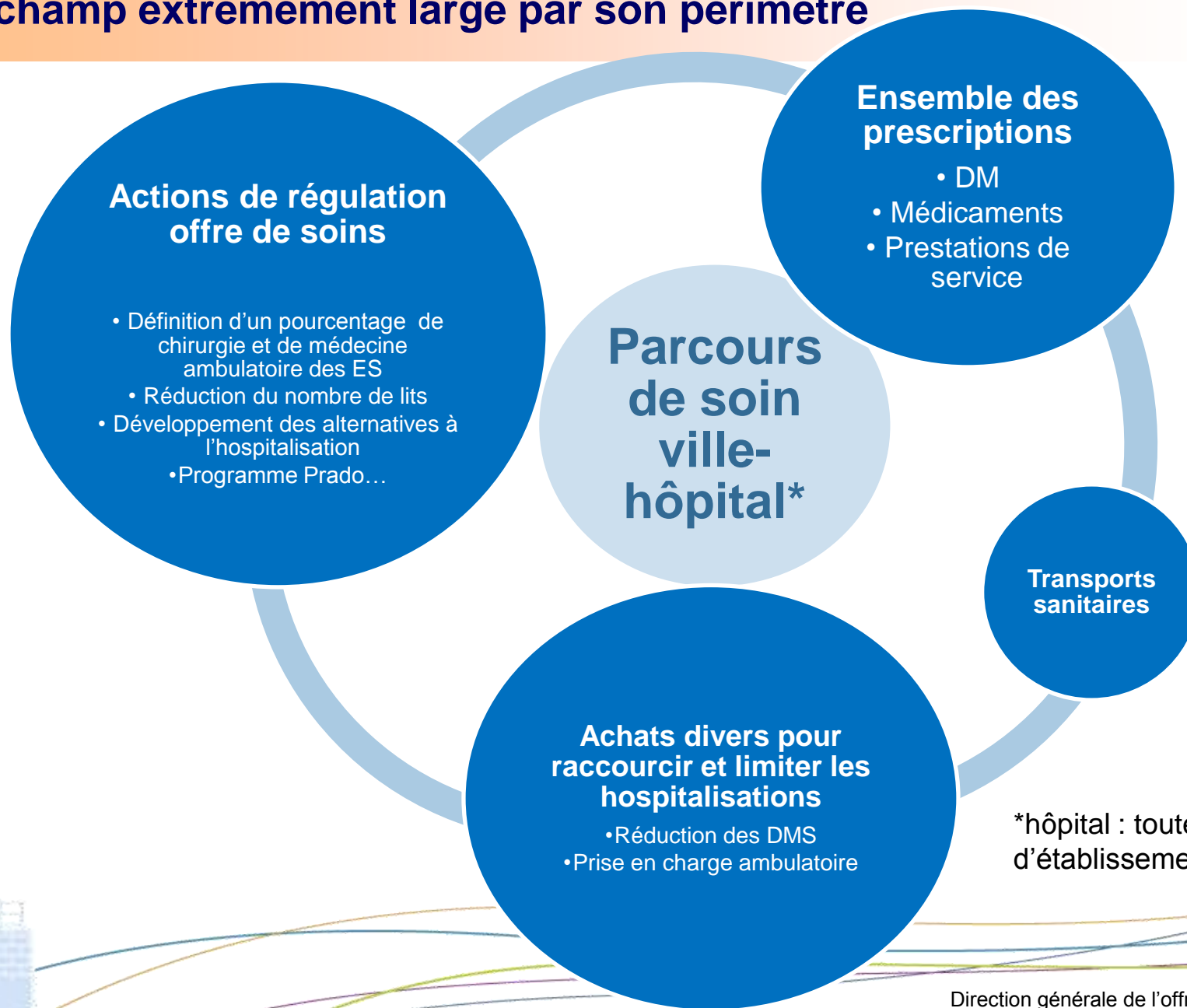
**Eric  
GRAINDORGE**



ASSISTANT

**Noé  
MEYERFELD**

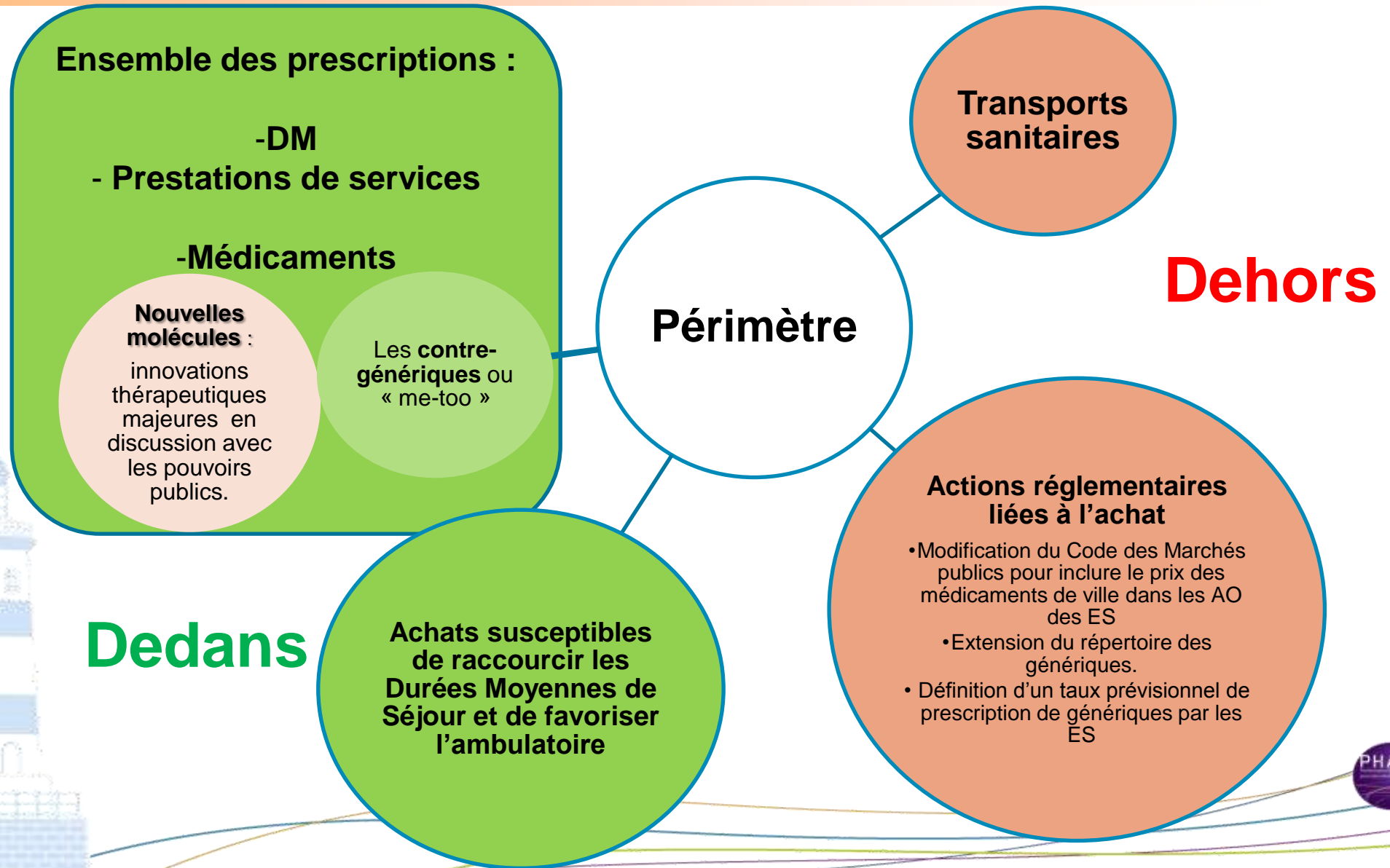
# Un champ extrêmement large par son périmètre



\*hôpital : toutes les structures d'établissement de soin



**Le périmètre retenu comprend l'ensemble des prescriptions, des médicaments et DM ainsi que les achats ayant un impact sur les DMS et l'ambulatoire**



# Nécessité de segmenter les impacts par acteur



# Un périmètre total de plus de 13 Mds avec pour composante principale les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV)



**Dépenses Hôpital**  
**8,5 Mds €**

Médicaments	DM et autres
6 Mds €	2,5 Mds €



**Dépenses Ville**  
**34 Mds €**

Médicaments	DM et prestations
21 Mds € dont 6,25 Mds € de PHMEV	13 Mds € dont 6,6 Mds € remboursés

425 M €

**Périmètre:**  
**13,2 Mds €**

?

**PHEV** (hors  
transports sanitaires...)  
**12,85 Mds  
€**

Médicaments  
(hors  
rétrocession)  
6,25 Mds



DM et  
prestations  
6,6 Mds €





# Les obstacles à la fluidité du parcours de soins : médicaments et DM, un cadre plus ou moins contraignant

## Un cadre réglementaire particulier



Prix des médicaments



« Libre » à l'hôpital



Administré en ville



Prix des DM

**Libre** avec un remboursement par la sécurité sociale qui dépend de l'inscription dans le **LPPR**



**Impossibilité** d'intégrer le prix des médicaments en ville dans l'AO des hôpitaux publics

**MAIS**

**Obligation** pour les ES (PLFSS 2015) de respecter les objectifs de taux de prescription dans le répertoire des génériques pour les sorties et les consultations externes

# Les obstacles à la fluidité du parcours de soins: quel est l'intérêt pour l'hôpital à réduire les PHEV ? Quelle est sa capacité à agir ?



**Hôpital → Ville**



**Intérêts apparemment divergents entre ville et hôpital : situation de porte à faux**

Quel est l'intérêt pour les hospitaliers de réduire les dépenses de ville si cette démarche accroît leurs charges (étanchéité financière des 2 acteurs) ?

Dans quelle mesure le médicament choisi par l'hôpital dans le cadre de son AO peut-il influencer le marché des PHEV et quel est l'intérêt thérapeutique et financier pour l'ES ?

Quelle est sa capacité à agir ?  
Les médicaments qui constituent les PHMEV ne représentent pas nécessairement les dépenses pharmaceutiques les plus importantes pour les ES

?





# 1<sup>ère</sup> problématique

## Maîtriser les Prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV)

=> Médicaments, DM et prestations de service



# Que sont les PHEV ?

Consultations spécialistes – consultations externes

Urgences jour-nuit



Sortie d'hospitalisation

Prescriptions hospitalières

Prescription Hospitalière

Prescription Initiale Hospitalière

Sortie d'hospitalisation



Médicament à statut particulier : prescription restreinte



# Régulation des PHEV et Problématiques à considérer

## Pathologies lourdes

60%

Cancer,

VIH,

Hépatites,

EPO,

Traitement  
Polyarthrite  
Rhumatoïde,

Sclérose en  
Plaques,

Immunosupresseurs

## Pathologies chroniques

20%

Anti-agrégant  
plaquettaire,

Antihypertenseurs,

Antidiabétique,

Antipsychotiques

## Répartition de l'offre de soins sur le territoire national, régional

Disparités

Report sur  
l'hôpital

## Médicaments à prescriptions restreintes

Bon usage

Sécurité du  
patient

## Innovation thérapeutique

- Problème Ethique
- Droit du Patient
- Conscience du Prescripteur

# Médicaments – Les PHMEV



# Le modèle économique de l'industrie pharmaceutique est en mutation

## Hier

### Prix faibles des médicaments car volume important

- **Exception** : prix élevés de médicaments soignant des populations faibles :
  - Maladies orphelines, cancers rares comme le Glivec (leucémie myéloïde chronique : 8000 personnes)
  - Forme agressive du cancer du sein : combinaison Perjeta et Herceptin

## Aujourd'hui

### Prix forts sur une stratégie de niche qui débouche rapidement sur une augmentation de patients

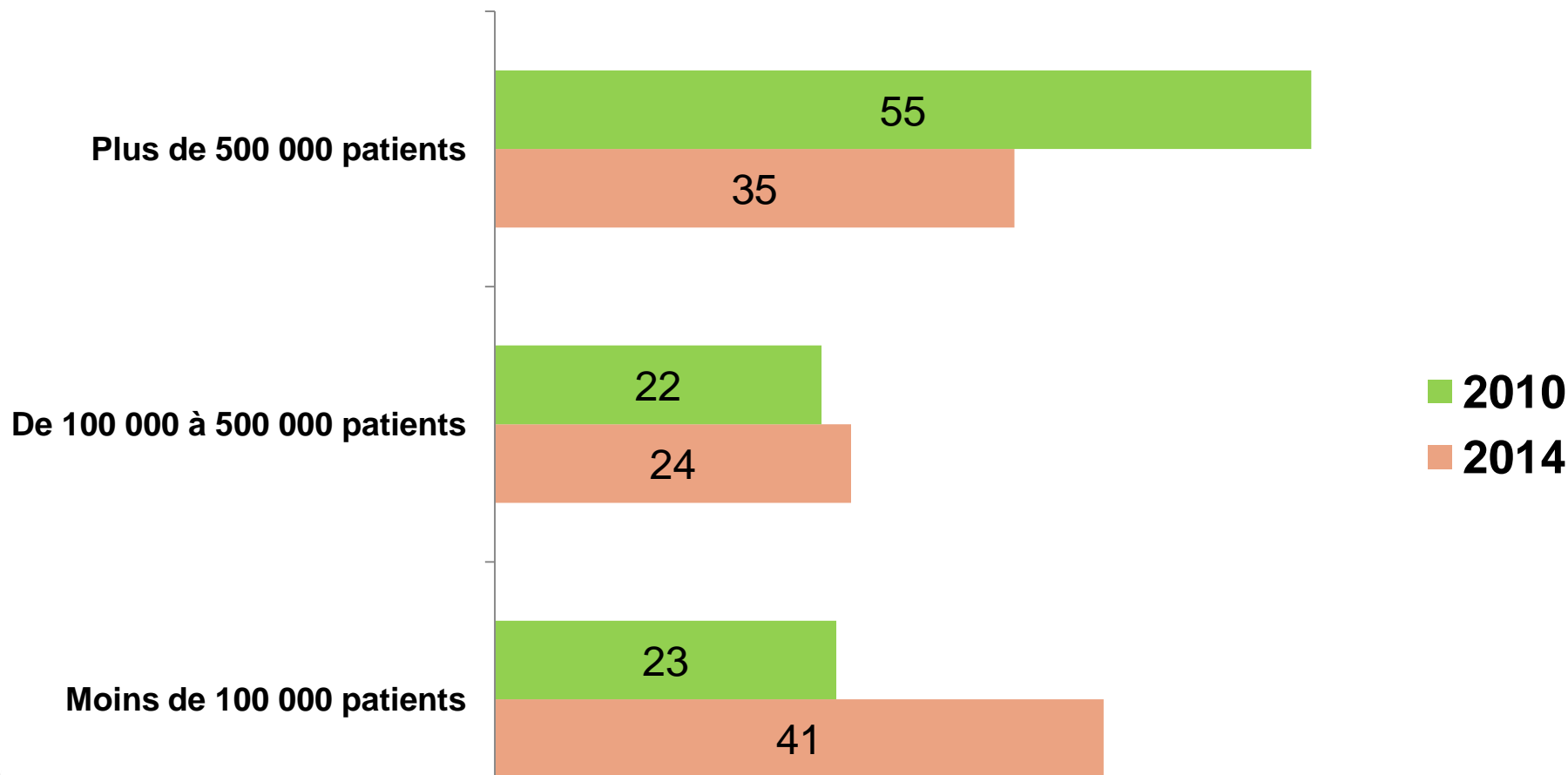
- **Lucentis** : dégénérescence maculaire
- Anticancéreux oraux
- **Sovaldi** : hépatite C : 13 600€ la boîte 41000€ la cure de 12 semaines pour 200000 patients



# Un nouveau modèle thérapeutique et économique majoré par la position de certains laboratoires

## Marchés ciblés par les 100 médicaments les plus vendus aux Etats-Unis

En nombre de médicaments

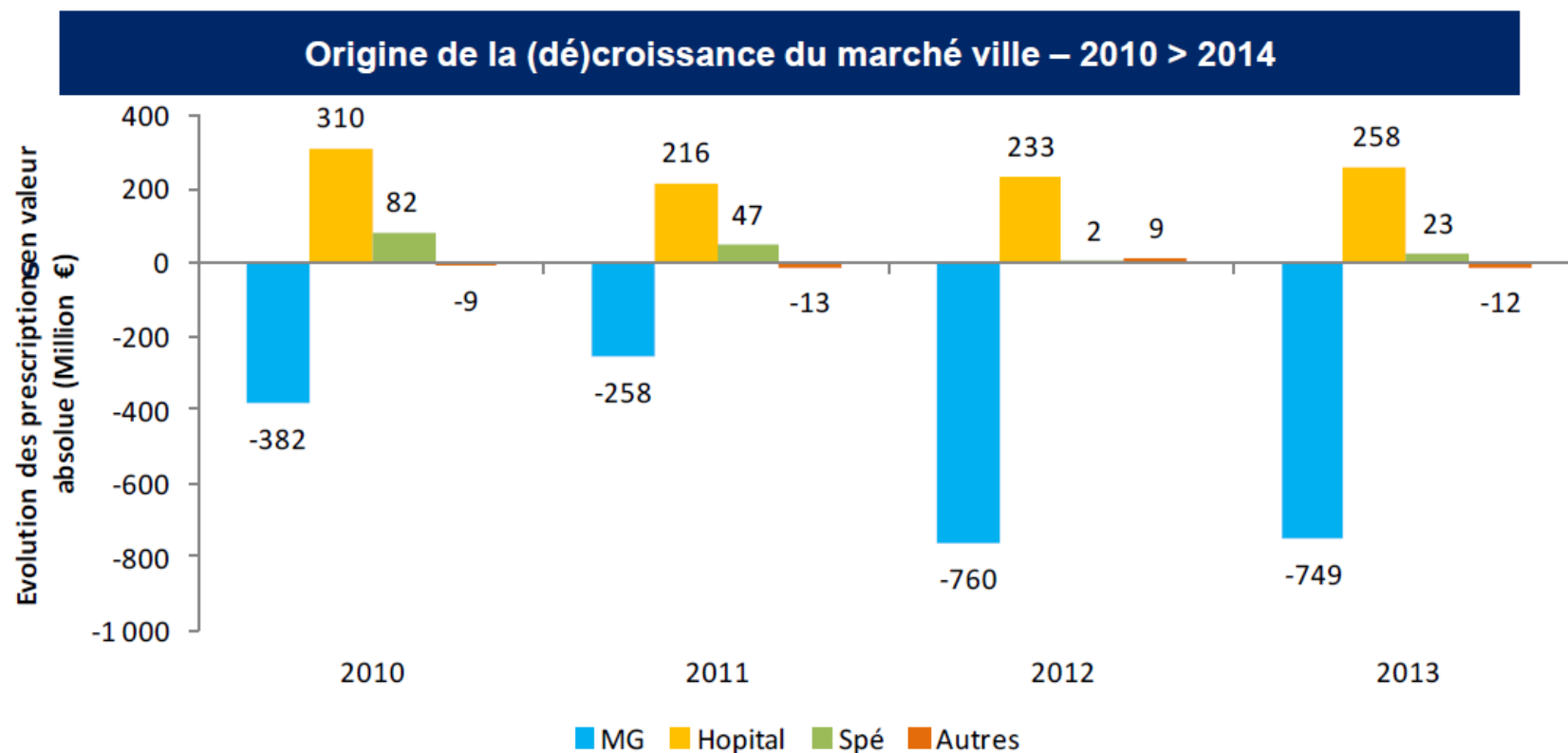


Source : Evaluate Pharma





## « L'hôpital en ville : seul segment dynamique du marché »



L'hôpital en ville (PHMEV) = +250 M€ en moyenne par an depuis 4 ans  
+ 1 Milliard € en 4 ans (en PFHT)

Source : IMS Health





30 % des PHMEV  
= 20 spécialités (monopole,  
Prescriptions hospitalières initiales,  
alternative thérapeutique complexe)



## Top 20 des produits en PHMEV représentent 30% du total PHMEV

Sur une majorité: Pas ou peu de substitution possible ou complexe, marge d'action thérapeutique réduite, action limitée au seul prix consenti par CEPS

RANG	PRODUITS	CA PPUB 2012	CA PPUB 2013	EVOLUTION	MONOPOLE	HORS GHS	RETROCESSION	Prescriptions initiales hospitalières*	ENJEUX HOSPITALIERS	CLASSES THERAPEUTIQUES
1	HUMIRA	188 M€	204 M€	8,20%	Oui	Oui		Oui		Rhumato
2	GLIVEC	152M€	158M€	4,10%	Oui			Oui		Hemato
3	ENBREL	139M€	142M€	1,70%	ATP	Oui		Oui		Rhumato
4	TRUVADA	143M€	140M€	-2%	Oui		Oui	Oui	top 20 hop	VIH
5	LUCENTIS	114M€	135M€	18,80%	Oui			Non		Ophtalmo
6	ARANESP	133M€	125M€	-6,1%	ATP			Oui	Oui	EPO
7	NEULASTA	121M€	118M€	-2,8%	ATP			Oui	Oui	Hemato
8	LOVENOX	93M€	93M€	-0,3%	ATP			Non	Oui	EPO
9	ISENTRESS	83M€	84M€	1,90%	Oui		Oui	Oui		VIH
10	PREZISTA	74M€	83M€	11,30%	Oui		Oui	Oui		VIH
11	ZYTIGA	31M€	82M€	162,90%	Oui			Oui		Cancéro
12	ATRIPLA	78M€	72M€	-8,5%	Oui		Oui	Oui		VIH
13	SUTENT	60M€	62M€	3,80%	Oui			Oui		Cancéro
14	GILENYA	27M€	61M€	130,40%	Oui			Oui		Neuro
15	RISPERDAL CONSTA LP	81M€	60M€	-25,2%	Oui			Non		Psy
16	ABILIFY	58M€	59M€	2,30%	Oui			Non		Psy
17	GRANOCYTE	66M€	58M€	-12,0%	Biosimilaire			Oui	Oui	Hemato
18	INNOHEP	54M€	57M€	6,70%	ATP			Non	Oui	Heparine
19	AVONEX	55M€	56M€	2,90%	Oui			Non		
20	XOLAIR	49M€	56M€	12,90%	Oui			Oui		Pneumo
		1799 M€	1905 M€	6%						

\*ATP : Alternative thérapeutique complexe

Source : IMS Health

\*PIH : renouvellement par un médecin de ville

## Mettre en œuvre une stratégie nationale et/ou régionale d'achat pour favoriser une prise en charge du parcours



Favoriser la collaboration entre le CEPS et les plus gros acheteurs hospitaliers

- APHP, UniHA, Resah IDF, UniCancer, Unisaras
- Réactivité : renégocier au fur et à mesure des nouvelles indications



Ne pas se focaliser sur le prix mais envisager une dépense globale de soin



Logique d'appels d'offre régionaux pour le parcours de soin de certaines prises en charge ?

# Médicaments représentant 70% des PHMEV



## Pour favoriser la moindre dépense avec la même efficacité



**Le COMEDIMS se réunit pour définir une stratégie thérapeutique par classe**



**Sélection des molécules et allotissement en privilégiant le répertoire du générique**



**Prescription en DCI**



**Substitution par le pharmacien de ville  
Maîtrise des PHMEV**



## Favoriser l'équivalence thérapeutique en regroupant un certain nombre de DCI pour privilégier les molécules inscrites dans le répertoire du générique (GCP84- CH Avignon)

### Constat de départ

- Nombreuses molécules existantes pour certaines indications (statines, sartans, IPP ...)
- Certains référentiels disponibles : Avis HAS – Bon Usage du Médicament – Etude médico-économique – Efficience – Avis d'experts – Sociétés savantes

### Plan d'action

- Limitation du nombre de références au livret thérapeutique des établissements grâce aux décisions des COMEDIMS
- Substitutions validées en COMEDIMS qui favorisent les molécules inscrites au Répertoire des génériques
- Allotissement optimisé lors de la mise en concurrence : plusieurs types de lots
  - « *indiqué dans la prise en charge de* » - « *avec un objectif thérapeutique de* » - en DCI (toutes formes et dosages disponibles chez génériqueurs ?)
- Veille économique sur la chute des brevets – Clauses dans le Cahier des Charges (révisions des prix, durée de marché adaptée et/ou résiliations si désaccord)

### Résultat

- Concurrence accrue - Baisse des prix du médicament à l'hôpital
- Pour certaines indications, une seule DCI prescrite à l'hôpital et sur l'ordonnance de sortie
- Augmentation de la part du générique prescrit à l'hôpital et en ville



# Comment favoriser le générique ? Transformer le bon usage en bon achat avec un impact sur les PHMEV

**Quel est l'intérêt pour un ES prescrire le générique si les princeps sont moins onéreux ?**

**Avoir une stratégie par classe thérapeutique :**

- Prescrire en **Dénomination Commune Internationale**
- Favoriser l'équivalence thérapeutique et pharmacologique
- Privilégier les molécules génériques inscrites au répertoire



- ⇒ L'hôpital pourra ainsi librement choisir pour une molécule identique le princeps (souvent moins cher à l'hôpital) ou le générique sans externalité négative sur la prescription de sortie
- ⇒ Face à une prescription en DCI générique, le pharmacien d'officine donnera systématiquement le générique.
- ⇒ Option qui ne fait pas obstacle à la libre prescription du médecin



À partir de Janvier 2015 : obligation d'utiliser la DCI en cas de prescription (décret du 14 Novembre 2014) et renforcement des exigences pour la certification des LAP

Il serait intéressant d'étendre cette approche au **bio-similaire** dont la réglementation évoluera en 2015

**A partir de 2015 CAQOS sur les prescriptions hospitalières de sortie et de consultations externes**  
**Contrat de Bon usage**



# Les statines: une pénétration des génériques déjà bien en place en région Centre

## Enjeu



Un faible enjeu pour l'hôpital en valeur et en quantité 1,13% des UCD consommées  
= **32 700€**/an (dépendance de 37 lits MCO)



Un enjeu significatif pour la ville  
= **37 Millions€** dont 1% des PHEV  
(930 470€ en 2013)

## Plan d'action

La rationalisation de l'allotissement permet 77% de statines consommées dans le répertoire (23% de rosuvastatine)

92,5% des statines du répertoire délivrées en ville sont des génériques

## Résultat

Si 10% seulement d'UCD

**+53 000€**

Rosuvastatine

Si 15% seulement d'UCD

**-2 300 000€**

# L'utilisation des LAP au CH de Brignoles a permis une efficience dans la prescription et le bon usage du médicament

## Constat de départ

- Obligation au 1<sup>er</sup> janvier 2015 de prescription en DCI
- Obligation de certification des logiciels d'aide à la prescription (décret n° 2014-1359 du 14 Novembre 2014).

## Plan d'action

- Informatisation de la PUI couplée avec l'informatisation des services
- Développement du logiciel pour faciliter :
  - La dispensation des traitements
  - La substitution des traitements des patients par des médicaments disponibles c répertoire
  - La prescription de génériques lors de la sortie du patient (PHMEV)
- Adapter le logiciel aux contraintes des consultations externes (à venir)



## Résultat

- ↗ taux de prescription dans le répertoire de l'hôpital
- ↗ part des génériques dans les PHMEV
- Amélioration du bon usage du médicament par le respect des protocoles



# Le développement d'un logiciel d'admission des patients aux urgences du CH de Brignoles a permis une optimisation des PHEV



## Constat de départ

- 18.5 millions de passages aux urgences au niveau national (2011)
- Plus de 80 % de consultations externes (CCMU 1 et 2)

## Plan d'action

- Développement d'un logiciel adapté à l'activité des urgences :

### Le Terminal Urgences

Ordonnances de médicaments prescrits sous forme de DCI

Ordonnances protocolarisées par pathologie

Ordonnances optimisées de prestations de soins et de service

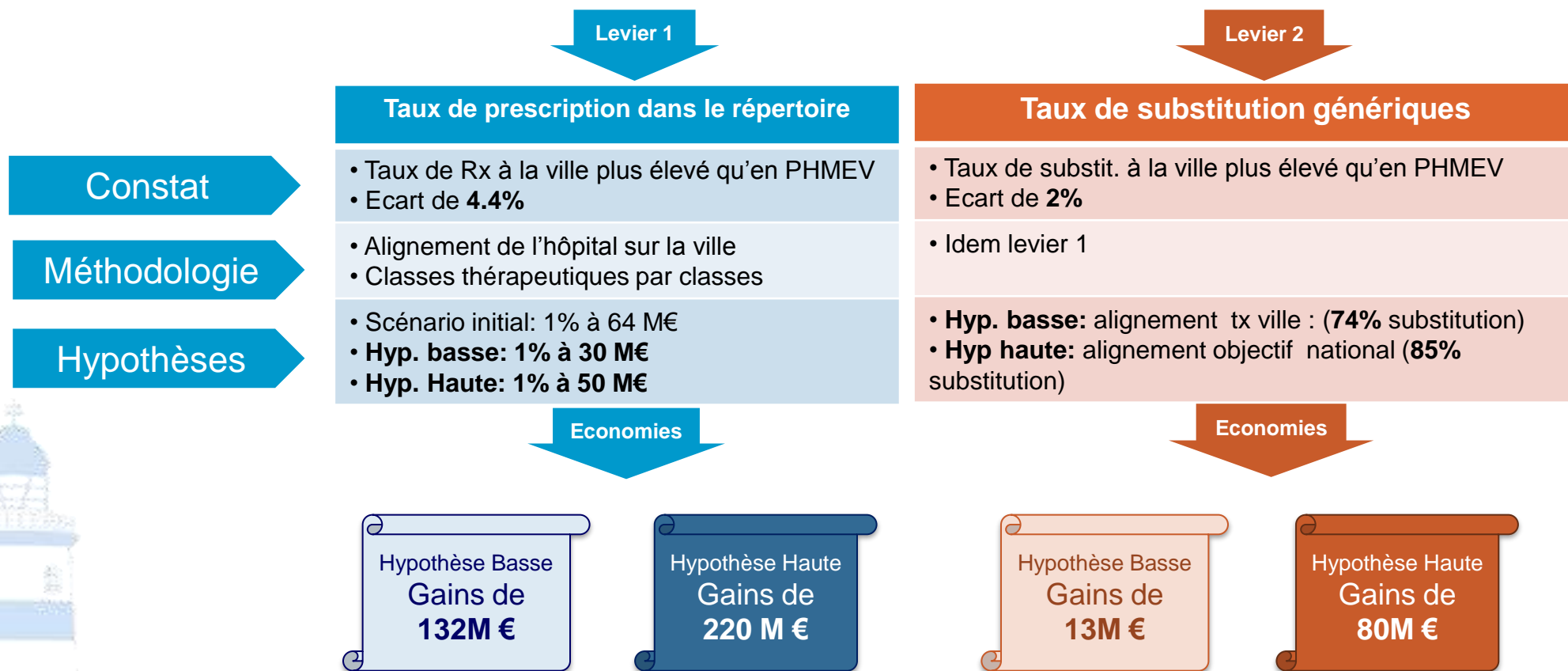


## Résultat

- Dispensation de médicaments génériques
- Bonne pratique médicale

**Gain financier**

**Augmenter le taux de prescription dans le répertoire et le taux de substitution permettrait de générer une fourchette de gains estimée entre 145 à 300 M€ au niveau national**



**Total de gains : 145 à 300 M€**

Source: IMS Health



# Trois types de classes thérapeutiques avec des leviers d'actions différents - économies concentrées autour de 10 classes

## Ex : PHMEV Classes thérapeutiques :

## Leviers

1

A fort taux de prescription dans le répertoire (>50%) - **Mature**

Classe	M€	Tx répertoire		Tx de substitution		Economies potentielles
Anti-Viraux (J05B)	179	84% (H)	95% (V)	84% (H)	88% (V)	47M€
Onc.Horm (L02B)	151	88% (H)	95% (V)	72% (H)	idem	48M€



Augmentation de prescription en DCI  
Autres ex:  
*Antidépresseurs,*  
*Immunosuppresseurs...*

2

A faible taux de prescription dans le répertoire (<20%) - **Innovant**

Classe	M€	Tx répertoire		Tx de substitution		Economies potentielles
HIV (J05C)	690	5,6% (H)	8,5% (V)	19,7% (H)	22,9% (V)	9M€



Evaluation de possibilités d'alternatives thérapeutiques  
Autres ex: *Penicillines à spectre étroit, Autres hormones sexuelles...*

3

Sans taux de prescription dans le répertoire (=0%) – **Nouveaux produits**

Classe	M€	Tx répertoire		Tx de substitution		Economies potentielles
TKI (L01H)	549	0% (H)	0% (V)			A évaluer
Anti-TNF (L04B)	387	0%	0%			A évaluer



Evaluation de l'impact des biosimilaires et alternatives thérapeutiques  
Autres ex: *Heparines, EPO, Interferons..*

Source: IMS Health

# Un plan d'action est à mettre en place avec des pistes à creuser d'avantages

## Plan d'action

- En travaillant sur l'équivalence thérapeutique et pharmacologique, on favorise la prescription de génériques
- Action pédagogique sur les prescripteurs hospitaliers à travers les stratégies thérapeutiques élaborées en COMEDIMS
- Mise en place de stratégies thérapeutiques mixtes et complexe

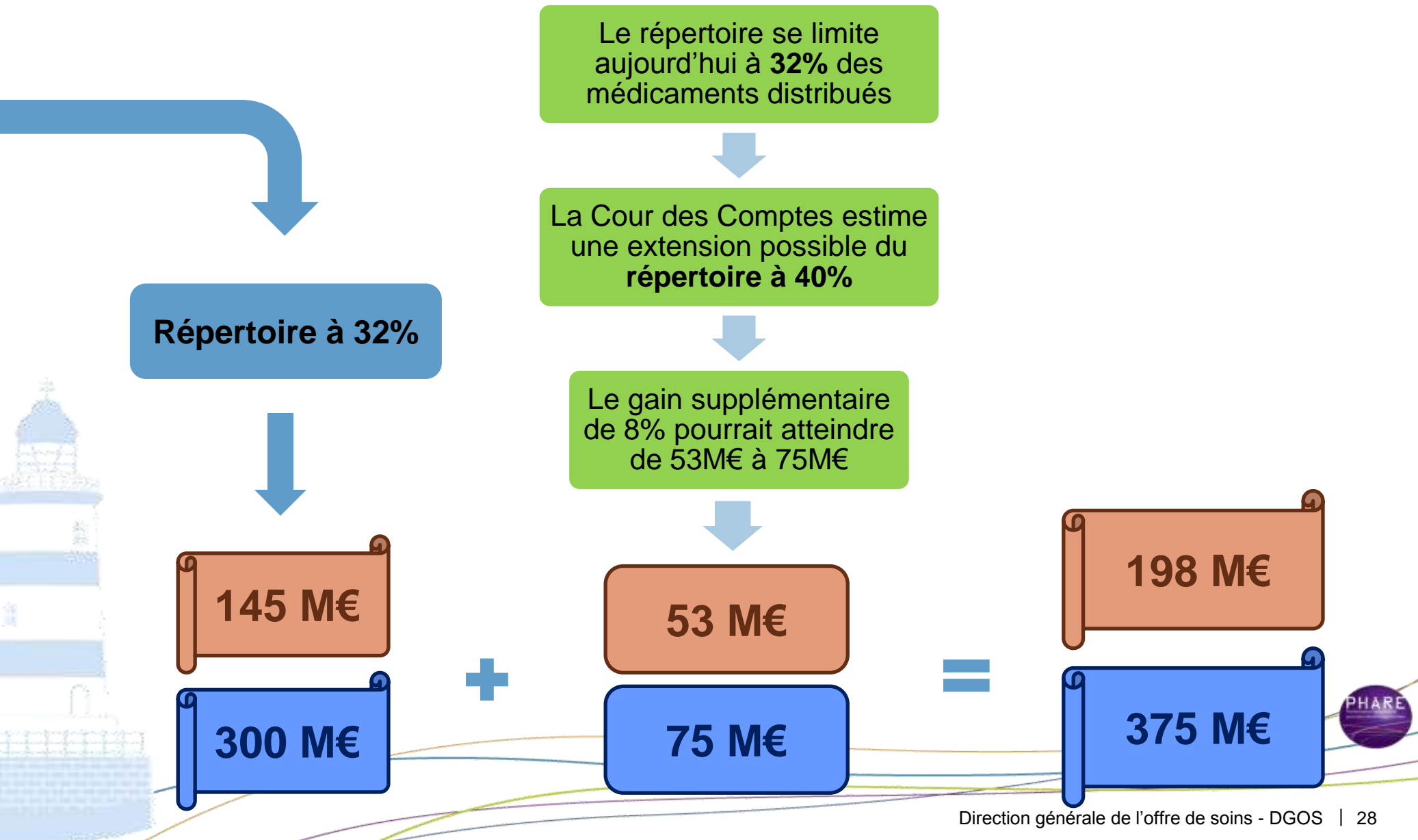
## A explorer d'avantage

- Explorer les possibilités d'alternatives thérapeutiques sur les classes à plus fort potentiel d'économies
- Regarder les économies potentielles au détail produit
- Evaluer l'impact de la prescription des biosimilaires plus en détail

Source: IMS Health



# L'élargissement du répertoire permettrait une économie supplémentaire de 53 à 75M€



# La prescription des prochains médicaments issues des biotechnologies offre une opportunité de gain de 96 M€ sur ce segment des biosimilaires

## Assiette

Médicaments identifiés (brevet expirant avant fin 2015) : Mabthera + Remicade + Herceptin + Erbitux + Enbrel (enjeu financier de **791M€** [Source : DREES 2011])

Une fois les biosimilaires sur le marché, la prescription des ES devrait les favoriser compte tenu de leur faible coût et la diffusion en ville sera automatique.

→ **taux d'applicabilité volontariste de 90%**

**712 M€**

## Gains

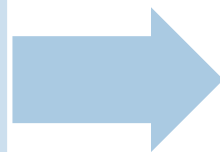
Toutefois, si ARMEN v2 prévoyait pour les prochains biosimilaires un gain de 25%, il semble plus prudent de retenir un taux de **15%** car les développements AMM auront été coûteux et les fournisseurs doivent encore développer ces nouveaux produits.

**15%**



## Conditions de mise en œuvre

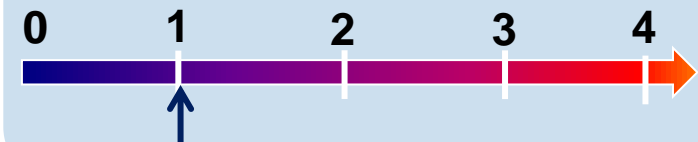
- Modification de la réglementation en 2015
- Stratégie thérapeutique des COMEDIMS



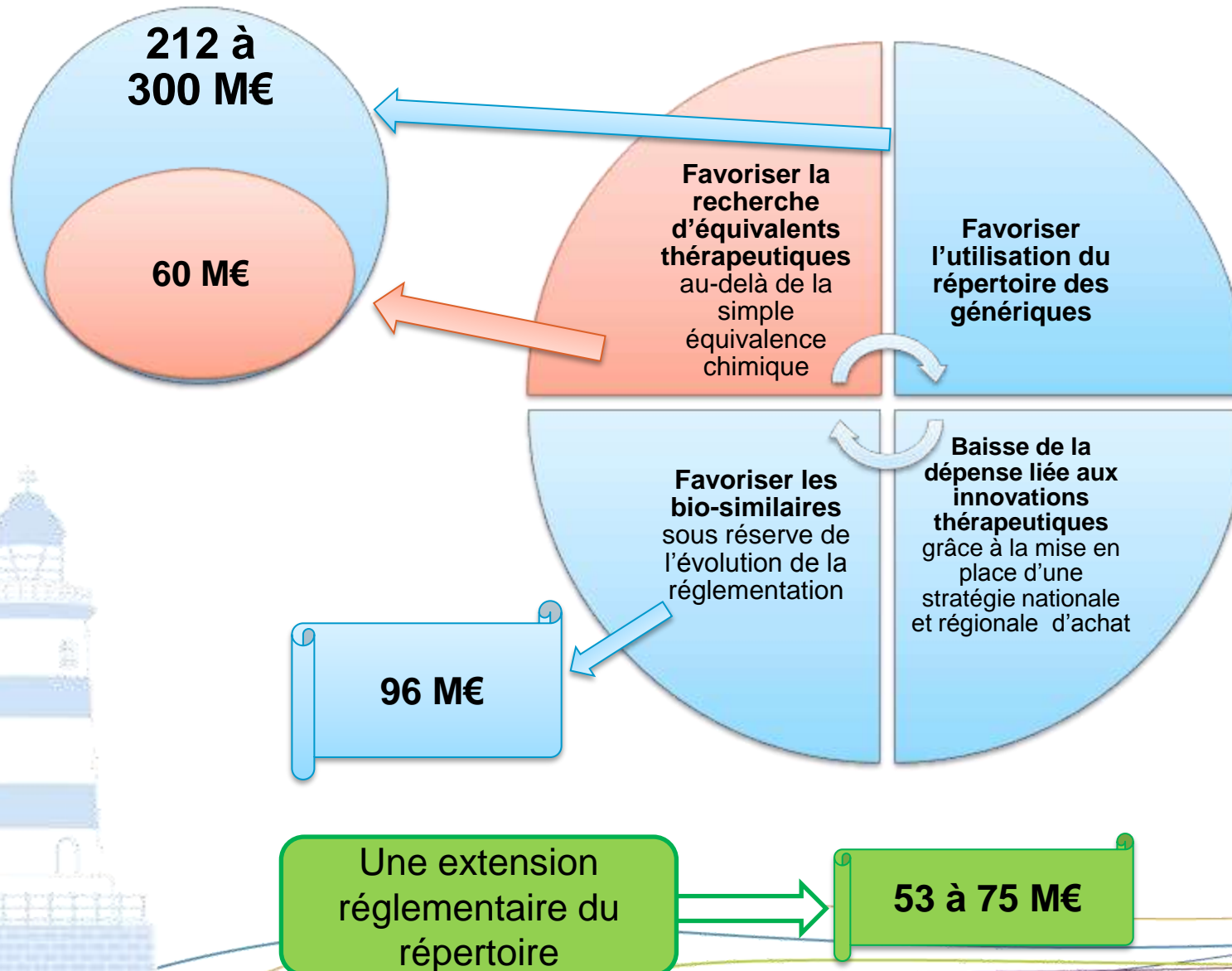
**Opportunité de gains**

**96 M€**

## Difficulté de mise en œuvre



**Le gain potentiel sur les médicaments s'élève à près de 450 M€ sur un périmètre de 6,25 Mds€**



# Dispositifs Médicaux et prestations de service en ville





# Standardisation des pratiques de l'insulinothérapie par pompe

## Constat de départ

- 70 000 patients potentiels dont 60% seulement pris en charge
- Initiation toujours hospitalière mais exécution/ prestataire
- Financement 4 LPPR dont un forfait journalier pour LES CONSOMMABLES (Cathéters) = 8,37€

## Plan d'action

- Qualitatif et quantitatif : rédaction d'un cahier des charges incluant protocolisation du changement de KT
- Suivi des consommables <11 unités/mois (131/an) selon recommandations SFD

## Résultat



Prix moyen d'un KT à l'hôpital **10,2€**  
Si respect des recommandations 11 KT/mois = **1 336€/an**

Le forfait journalier rembourse **3 055€/an**

→ un delta de **1 700€/an/patient**

## La PUI de l'Union sanitaire et sociale Aude-PO a réalisé un cadrage de la prestation de service en oxygénothérapie en sortie d'hospitalisation avec un effet probable sur les PHMEV

### Constat de départ

- Répondre aux besoins des patients sortant de SSR nécessitant une prise en charge à domicile par oxygénothérapie de courte durée

### Plan d'action

- La PUI de l'Union sanitaire et sociale Aude-PO (Ussap) a rédigé un cahier des charges pour les prestataires. Ces derniers qui s'engageaient sur la base du cahier des charges sont contactés par les médecins en sortie d'hospitalisation
- Des **prescriptions types** à compléter par les médecins hospitaliers sont établies par la PUI et non proposées par le prestataire

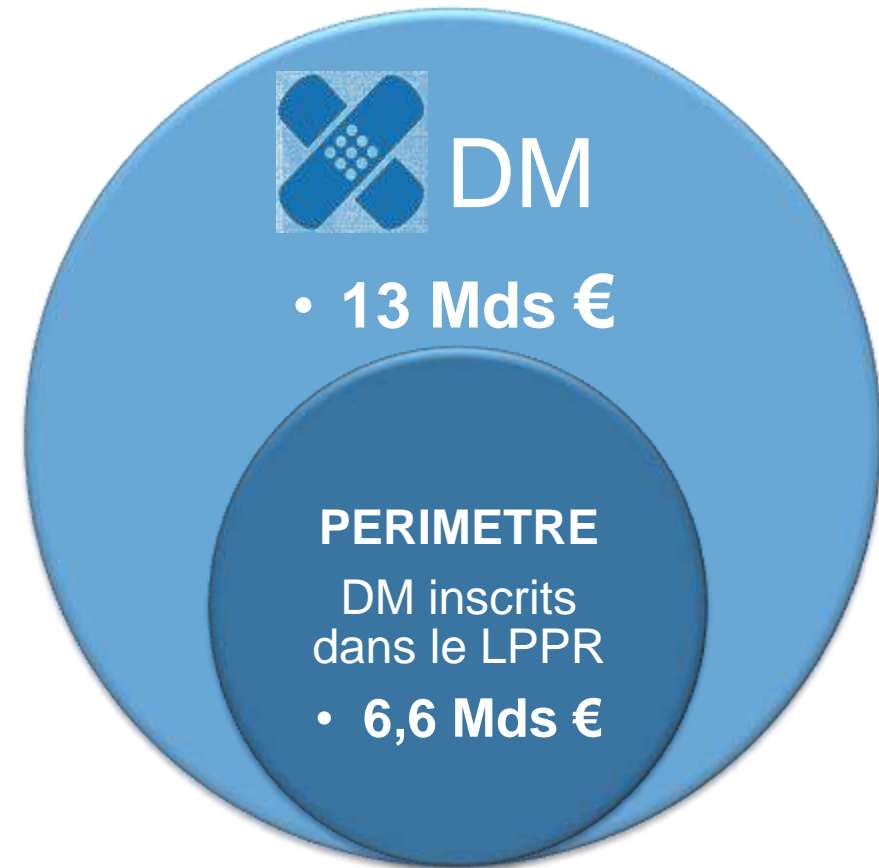
### Résultat

- Diminution des PHMEV « probable » non chiffrée par une meilleure adéquation des besoins en sortie d'hospitalisation et conformes à la réglementation, les prescriptions type étant générées par la PUI et non par le prestataire



## La solution est identique pour les DM : une prescription de sortie qui privilégie le bon usage

- Prix libres en ville => les pouvoirs publics n'interviennent que sur le taux de remboursement
- Certains DM sont **achetés**, d'autres sont **loués**
- Les DM peuvent être installés par des prestataires de service sur lesquels peu de contrôle est possible



**Contrairement aux médicaments, le bon achat et le bon usage hospitaliers n'ont qu'une incidence relativement faible sur les PHEV**

## La maîtrise des PHEV grâce au bon usage passe par :

Une mise en place de **protocoles thérapeutiques** ou de **standardisations des pratiques** avec par exemple des **ordonnances préétablies** en fonction des **différents cas cliniques** et de leur évolution

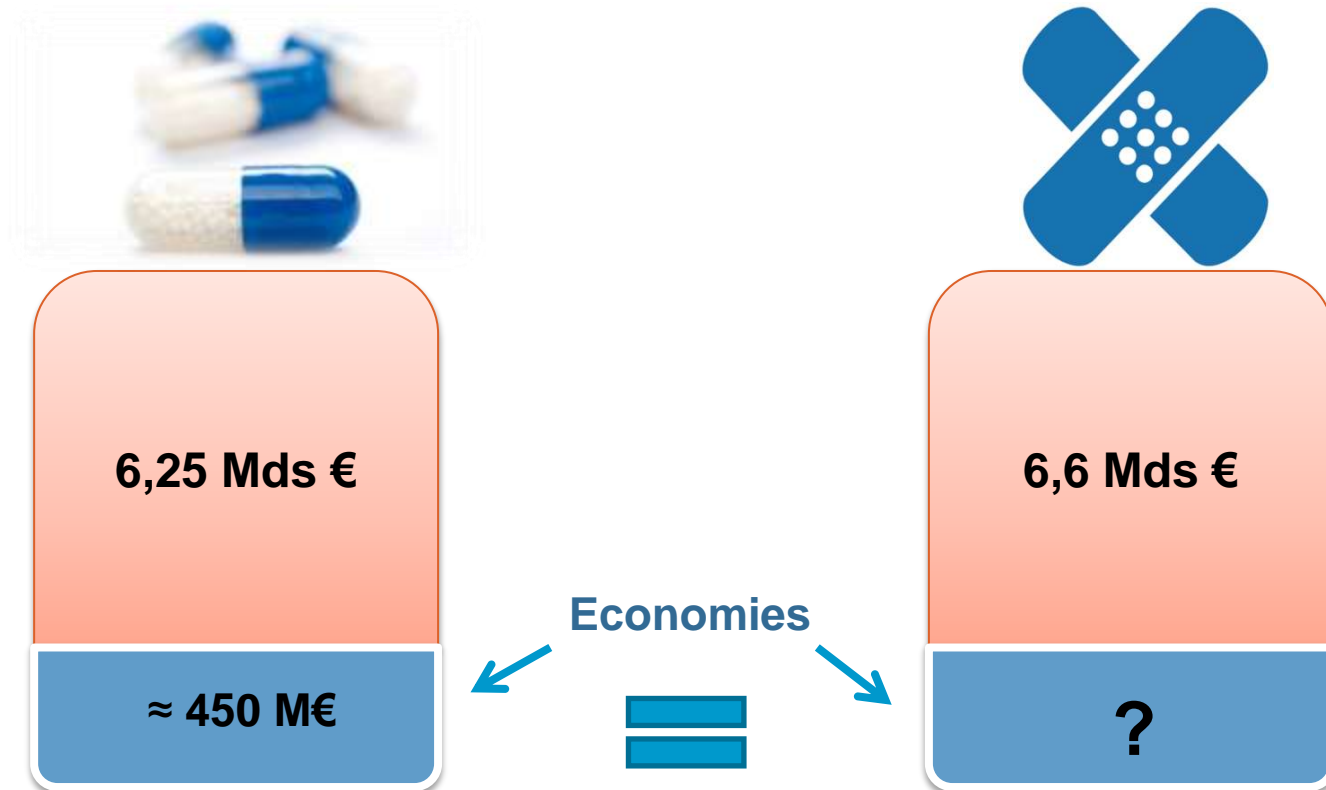


**Mais** cela ne rentre pas vraiment dans le cadre de l'achat hospitalier



## L'extrapolation financière pour les DM est difficile dans le cadre d'ARMEN vague 4 par manque de référentiel

Toutefois, à dire d'experts, les économies potentielles sont équivalentes à celles envisagées sur le médicament



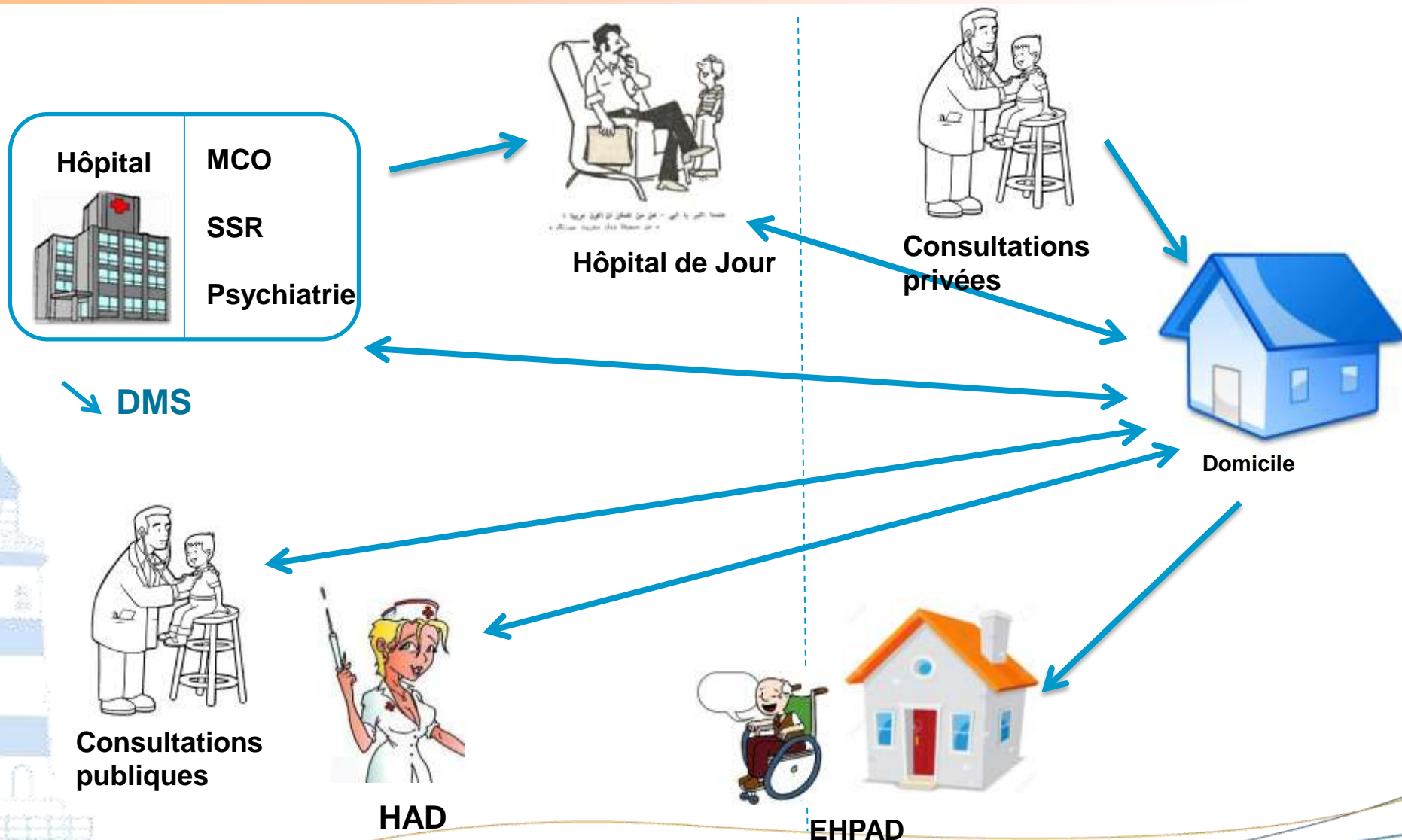
## 2<sup>ème</sup> problématique

# Achats à l'hôpital qui optimisent le parcours de soin du Patient





# Représentation schématique du parcours de soin ville-hôpital



# Le conditionnement unitaire des formes orales solides source d'économies

## Constat de départ

- **Gaspillage** important sur la gestion des stocks des médicaments qui entraîne des pertes financières : 50 M€ Hôpital. EHPAD 80 M€ et 7 Mds € en ville
- A l'hôpital, 75% des formes orales sont en conditionnement non unitaire
- Ne favorise pas la **bonne observance** ni la bonne gestion des stocks

## Plan d'action

- Encourager le **conditionnement unitaire** afin d'obtenir une présentation comportant les mentions réglementaires:
  - Reconditionnement par les Pharmacies à usage intérieur (PUI)
  - Choix préférentiel des conditionnements unitaires dans les appels d'offres
  - Rajout d'un surcoût lié au reconditionnement lors de l'analyse financière
- Suivi de l'expérience de dispensation unitaire en ville décidée par La Ministre
- Encourager les industriels à fabriquer *un même conditionnement unitaire pour la ville et l'Hôpital*



## Résultat

- Evolution notable de l'offre des fournisseurs et particulièrement des laboratoires de génériques mais insuffisante
- **Diminution potentielle très importante des pertes** (estimée à 20%)
- **Impact favorable pour la certification des comptes** (Stocks)
- **Impact sur la sécurité des soins**



## Adapter l'achat à son coût d'usage : acheter autrement pour améliorer l'efficience

### Constat de départ

- Les besoins pour la prise en charge des patients diffèrent en fonction de leur lieu de soins
- La recherche de solutions pour diminuer la Durée Moyenne de séjour (DMS) tout et augmenter l'activité.
  - Certains achats peuvent le favoriser

### Plan d'action

- Mettre en balance la diminution du coût des séjours avec l'augmentation du coût des produits de santé
- En amont de la passation de marché: veille de la cellule d'achat avec les acteurs de soins sur l'évolution des techniques de soins pour adapter le besoin
  - *Exemples:*
    - Anesthésiques locaux à courte durée d'action (prix X 10) mais augmentation de la rotation au bloc
    - Pompes de drainage portable pour patient au domicile
    - Pompes de perfusion simples ou complexes
- Etudes médico-économiques à réaliser

### Résultat

- Meilleur achat puisque juste définition du besoin et achat planifié
- Augmentation de l'activité avec amélioration de l'efficience du pôle
- Fluidification du parcours de soins et amélioration de la sécurité des soins



**La mise en place de prescriptions type et une procédure de prise en charge en ville / hôpital par le réseau Lorsep de Lorraine a permis la diminution des coûts globaux de prise en charge de 40% mais avec un impact à la hausse pour les PHMEV**



**Constat de départ**

- Lors d'une poussée de Sclérose en plaques, les patients sont hospitalisés en HDJ pour des bolus de solumedrol (réserve hospitalière)

**Plan d'action**

- Le réseau LORSEP en Lorraine a travaillé sur une procédure régionale de prise en charge à domicile des poussées : prescription type IDE, médicale, matériel
- L'évaluation médico économique a été effectuée ainsi que l'impact qualité de vie : les deux sont positifs

**Résultat**

- Plusieurs réseaux en France ont suivi la même démarche.
- Baisse des coûts de prise en charge ville hôpital par diminution des hospitalisations de jour mais augmentation des coûts générés en ville
- *Réf: Home administration of intravenous methylprednisolone for multiple sclerosis relapses: the experience of French multiple sclerosis networks Mult Scler first published on June 25, 2009*
- Diminution du coût de la prise en charge de 40 %

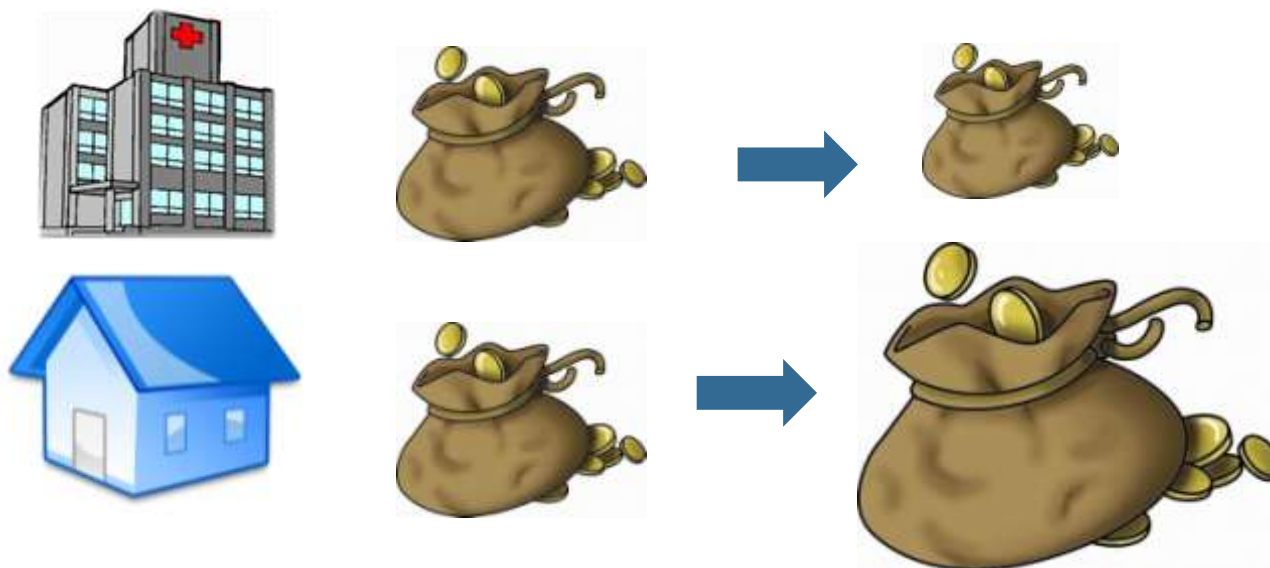


# Un nouveau paradigme

**L'hôpital est et restera le lieu de l'innovation thérapeutique.**

La performance de l'achat hospitalier doit participer à l'optimisation du parcours de soin. mais le développement de l'ambulatoire et des alternatives à l'hospitalisation se traduira par une augmentation des PHEV.

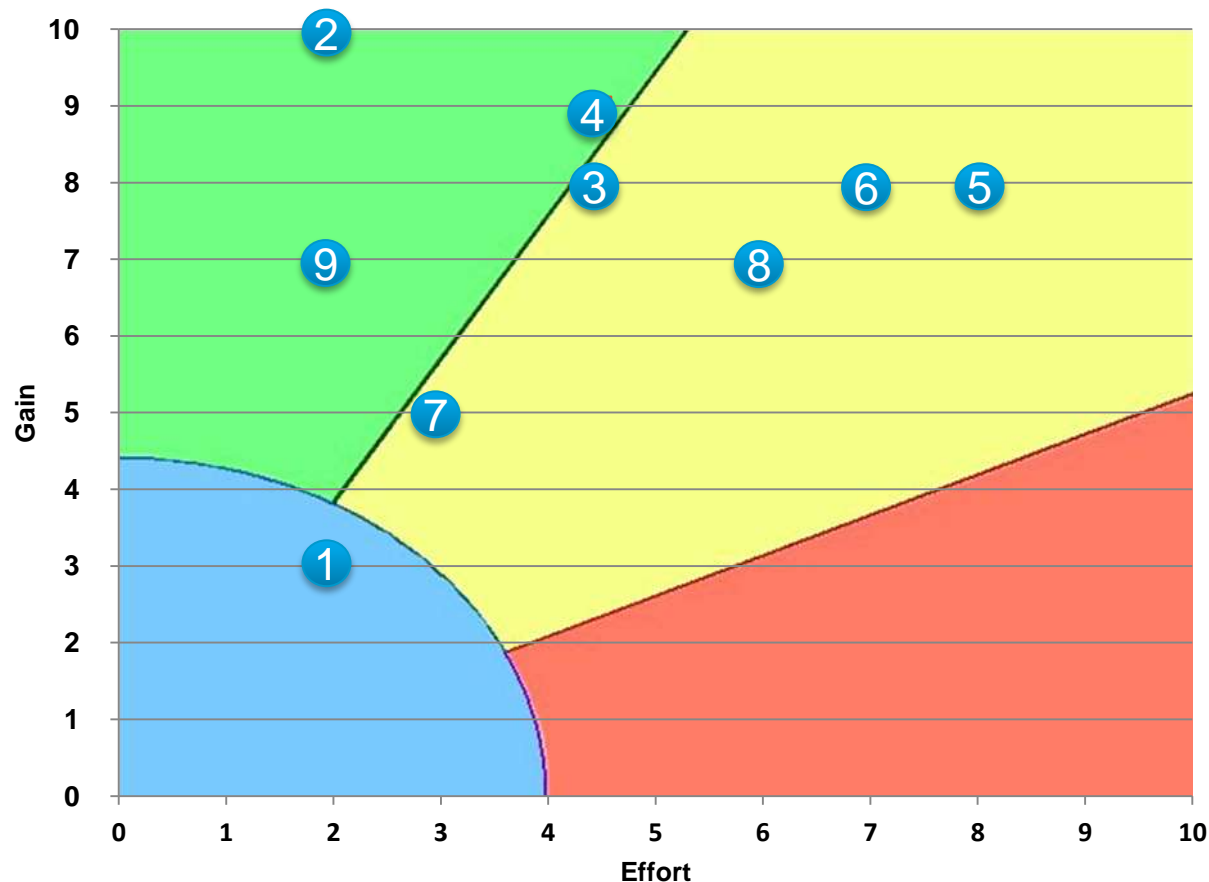
Les autres catégories de dépenses hospitalières devraient en revanche, corrélativement diminuer



**Importance de découpler les dépenses hospitalières et de ville**

# Matrice enjeu-effort

	Bonne pratique	Effort (durée + difficulté)	Capacité à générer du gain
1	Favoriser l'équivalence thérapeutique dans les marchés de médicament	2	3
2	Augmenter le taux de prescription dans le répertoire des génériques	2	10
3	Développer les logiciels de prescription de sortie	4,5	8
4	Généraliser l'utilisation des LAP	4,5	9
5	Standardiser les pratiques sur les DM	8	8
6	Développer la distribution unitaire	7	8
7	Adapter l'achat aux besoins spécifiques des différents modes de prise en charge	3	5
8	Adapter l'achat à son coût d'opportunité	6	7
9	Favoriser les biosimilaires	2	7





## Conclusion : nous pouvons agir



Favoriser la prescription en DCI et dans le répertoire des génériques



Mettre en place des protocoles de sortie



Faciliter l'observance au long du parcours de soins



Décloisonner les organisations et favoriser les collaborations entre acteurs

