



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



appui santé & médico-social

“ Ensemble pour le développement de la *chirurgie ambulatoire* ”

A decorative graphic consisting of several overlapping circles of varying shades of purple and blue, arranged in a horizontal line across the middle of the page.

Synthèse et recommandations

Tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger

État des lieux et perspectives

Juin 2013

Le document source est téléchargeable sur
www.has-sante.fr et sur www.anap.fr

Haute Autorité de Santé

2, avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

**Agence Nationale d'appui à la performance
des établissements de santé et médico-sociaux**

23 avenue d'Italie – 75013 Paris

Tél. : +33 (0)1 57 27 12 00 – Fax : +33 (0)1 57 27 12 12

SOMMAIRE

Introduction	5
1. Contexte de l'évaluation	
1.1 Le programme d'actions communes HAS - ANAP	6
1.2 Les différentes productions de l'axe « évaluation, outils et recommandations économiques »	6
2. Méthode	
2.1 Déroulement des travaux	7
2.2 Champ des recommandations	7
2.3 Institutions et professionnels concernés	7
3. Synthèse	
3.1 Le cadre général de la tarification à l'activité	8
3.2 La tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger	9
3.3 L'impact de la tarification sur l'activité de chirurgie ambulatoire et son organisation	10
3.4 Les centres indépendants de chirurgie ambulatoire et leurs modalités tarifaires	11
3.5 Les nouveaux principes tarifaires proposés à l'étranger	13
3.6 Modèles tarifaires et efficience	14
4. Recommandations	16
Abréviations	27
Participants	29
Fiche descriptive	30

INTRODUCTION



Décrite pour la première fois en Écosse en 1909, la chirurgie ambulatoire a connu depuis les années 80 un développement considérable aux États-Unis et dans plusieurs pays européens.

Même si le taux de chirurgie ambulatoire a sensiblement progressé en France entre 2007 et 2011 (passant de 32,7 % à 39,5 %), elle est considérée comme l'un des pays ayant le moins développé cette activité en Europe. Pourtant cette pratique associe qualité, sécurité, réduction des délais et optimisation de l'organisation des soins, mais aussi réduction du taux des infections nosocomiales et amélioration de la satisfaction des patients.

La chirurgie ambulatoire se définit comme les actes chirurgicaux programmés, réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, et suivis d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention.

La chirurgie ambulatoire est une alternative à l'hospitalisation de l'activité de chirurgie autorisée. Elle est pratiquée dans les établissements de santé. Les prestations délivrées équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet.

Au-delà de sa stricte définition, la chirurgie ambulatoire renvoie à un concept d'organisation avec des étapes de prise en charge des patients concentrées dans le temps. Les structures de chirurgie ambulatoire doivent être aisément identifiables par les usagers ; elles sont organisées en une ou plusieurs unités de soins individualisées et disposent de moyens dédiés en locaux et en matériel. Elles disposent également d'une équipe médicale et paramédicale, dont tous les membres sont formés à la prise en charge à temps partiel ou à celle d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires.

Partant du constat du retard français dans le taux global d'interventions pratiquées en chirurgie ambulatoire par rapport aux données internationales, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a saisi la Haute Autorité de Santé (HAS) afin qu'elle produise des éléments de référence susceptibles de guider les travaux à conduire, au sein des établissements de santé et auprès des professionnels de santé, pour augmenter la part de l'activité chirurgicale réalisée dans un mode de prise en charge ambulatoire, tous actes confondus. Le présent rapport d'orientation sur la tarification s'inscrit dans le cadre de cette saisine.

1. CONTEXTE DE L'ÉVALUATION

1.1 Le programme d'actions communes HAS - ANAP

La Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) se sont associées dans un programme de travail commun dont l'objectif est de produire des outils et référentiels permettant d'améliorer le développement de la chirurgie ambulatoire, dans l'objectif d'atteindre un taux global d'actes chirurgicaux réalisés en ambulatoire de 50 % à l'horizon 2016. Six axes de travail donnant lieu à des productions séquentielles et complémentaires ont été définis dans le cadre d'une planification pluriannuelle (2012-2015) :

- rédaction d'un rapport intitulé « Socle de connaissances », publié en avril 2012 ;
- détermination des critères de sélection/éligibilité des patients à la chirurgie ambulatoire ;
- modèles et outils permettant d'optimiser la dimension organisationnelle ;
- évaluation, outils et recommandations économiques,
- développement d'un socle commun d'indicateurs permettant le suivi du développement de la chirurgie ambulatoire ;
- évolution et actualisation des référentiels de certification.

1.2 Les différentes productions de l'axe « évaluation, outils et recommandations économiques ».

Le rapport d'orientation sur la tarification de la chirurgie ambulatoire qui fait l'objet de cette synthèse s'inscrit dans l'axe consacré à l'évaluation, aux outils et recommandations économiques. Les travaux de cet axe comportent par ailleurs la production de deux outils logiciel à vocation médico-économique :

- un premier outil ayant pour but d'étudier les conditions d'équilibre charges-produits, lorsque l'établissement hospitalier prend la décision de substituer à la prise en charge en hospitalisation conventionnelle une prise en charge en chirurgie ambulatoire ;
- un second outil permettant la réalisation d'études de microcosting visant à apprécier le coût réel de la prise en charge en chirurgie ambulatoire à partir de l'observation du chemin clinique des patients.

2. MÉTHODE

2.1 Déroulement des travaux

Une note de cadrage sur le sujet a été rédigée concernant l'ensemble de l'axe « évaluation, outils et recommandations économiques » par un chef de projet du service évaluation économique et santé publique de la HAS. Elle a été validée par le Collège de la HAS le 28 mars 2012. Elle a retenu le principe de réalisation d'un rapport d'orientation étudiant les modalités tarifaires au niveau international.

Cette évaluation s'est déroulée en quatre phases :

- une analyse des données de la littérature disponibles sur les pratiques tarifaires en France et à l'étranger concernant la chirurgie ambulatoire ;
- une interrogation par questionnaire de membres référents de l'*International Association for Ambulatory Surgery* (IAAS) pour compléter les données de la littérature collectées ;
- l'organisation de deux réunions (en octobre 2012 et janvier 2013) avec un groupe d'appui méthodologique composé de médecins DIM, de gestionnaires d'établissement et d'économistes de la santé, afin de discuter et de compléter la version provisoire de l'argumentaire ;
- la consultation d'un groupe de lecture constitué de représentants de l'Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA), de la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) et de l'Académie nationale de chirurgie.

L'ensemble de ces étapes a permis d'alimenter et de discuter des éléments figurant dans le rapport d'orientation, et d'élaborer des recommandations, qui ont ensuite été examinées par la commission évaluation économique et de santé publique (CEESP) le 14 mai 2013, puis validées par le Collège de la HAS le 19 juin 2013.

2.2 Champ des recommandations

Les recommandations concernent les modalités de tarification de la chirurgie ambulatoire applicables en France. Elles se fondent sur une évaluation qui a consisté en une analyse de la situation actuelle et de ses perspectives d'évolution, en s'appuyant principalement sur les comparaisons internationales.

Sont hors champ des recommandations les questions suivantes :

- la comparaison des listes de tarifs entre les pays ;
- l'analyse des restes à charge des patients.

2.3 Institutions et professionnels concernés

Les recommandations sont destinées à la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) mais concernent également tous les autres acteurs institutionnels impliqués dans la tarification et le financement de la chirurgie ambulatoire, ainsi que les professionnels de santé et les gestionnaires des établissements de santé.

3. SYNTHÈSE

Dans ce rapport, la tarification de la chirurgie ambulatoire est d'abord resituée au sein du cadre plus large de la tarification à l'activité dans laquelle elle s'inscrit (3.1). Sont ensuite présentés les modalités de la tarification à l'activité de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger (3.2), puis leur impact en termes d'organisation de cette activité (3.3).

Une partie est alors spécifiquement consacrée à la tarification des centres indépendants de chirurgie ambulatoire (3.4). On présente enfin les nouveaux principes tarifaires proposés à l'étranger (3.5), et la relation entre modèles tarifaires et efficience (3.6).

3.1 Le cadre général de la tarification à l'activité

Les grands principes fondant la tarification à l'activité ont été formulés à l'université de Yale, aux États-Unis, par le Pr Fetter et son équipe au début des années 80. Ils ont ensuite été appliqués, dans ce pays, à l'assurance santé fédérale Medicare, pour les personnes âgées. La tarification à l'activité a ensuite été étendue à la plupart des assureurs privés de ce pays, puis s'est progressivement diffusée, sous des modalités et objectifs divers, à la plupart des pays européens.

Pour résumer :

- la tarification à l'activité est fondée sur la description de l'activité réelle de l'établissement de santé par groupes de séjours homogènes au niveau du coût, tout en tenant compte de la diversité des cas cliniques (appelée « *case mix* » ou éventail de cas) ;
- le tarif appliqué à chaque groupe de séjours est proche du coût moyen révélé par un ensemble déterminé d'établissements hospitaliers. Cette méthode de tarification présente des vertus incitatives, mises en évidence par A. Shleifer en 1985, et connues en théorie économique sous le terme de « concurrence par comparaison » (*Yardstick competition*).

Avec la tarification à l'activité, la majorité des recettes de l'établissement hospitalier s'obtient en multipliant le tarif de chaque séjour par le nombre de cas traités annuellement, puis en y ajoutant des financements complémentaires, dont le type et les modalités de calcul peuvent varier d'un pays à l'autre.

Le principe de la tarification à l'activité s'est progressivement généralisé à la plupart des pays européens, où il a été décliné en différentes modalités.

En France, la tarification à l'activité (T2A) a été introduite progressivement de 2004 à 2008 dans le secteur sous dotation globale (public et privé non lucratif), et en 2005 dans le secteur sous objectif quantifié national (privé lucratif). Depuis 2008, elle permet de financer l'intégralité des séjours hospitaliers réalisés dans le champ de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique (MCO).

Ce système tarifaire génère des modifications dans la stratégie des établissements, recherchées par le régulateur : diminution de la durée de séjour, recherche d'un équilibre financier recettes-dépenses pour chaque activité de l'établissement, augmentation des volumes d'activité lorsque les coûts observés sont inférieurs aux tarifs pratiqués.

Il présente également de nombreuses insuffisances ou limites dans le modèle français, qui ont été mises en lumière dans la littérature :

- nécessité de l'accompagner d'un encadrement prix-volume global (fixé en France dans le cadre de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie) pour limiter les effets d'augmentation des dépenses de santé. Cela peut diminuer les tarifs uniformément, et donc les éloigner des coûts observés, et ainsi ne plus respecter le principe initial de neutralité tarifaire pour chaque activité ;
- raisonnement en silos négligeant le fait qu'un établissement hospitalier combine différentes activités (dont les modalités incitatives peuvent se révéler contradictoires de l'une à l'autre), et qu'il existe d'autres acteurs impliqués dans le parcours de soins des patients ;
- absence de définition du périmètre des soins pertinents à prendre en compte dans le tarif. Les modalités de calcul tarifaire retenues érigent implicitement en norme de production efficiente la moyenne ou la médiane des coûts observés, sans évaluer la pertinence de cette norme, aussi bien au niveau économique que médical.

En conclusion, le système de la T2A présente des limites de deux ordres, l'une technique qui correspond aux difficultés de collecte et de calcul des coûts, l'autre plus « politique » qui est liée aux multiples objectifs, par-

fois contradictoires, que le régulateur a voulu donner à la tarification à l'activité en France (amélioration de l'efficacité par un processus de concurrence par comparaison, encadrement macroéconomique prix-volume des dépenses hospitalières, incitation à la mise en œuvre des priorités de santé publique, incitation à la mise en place de certaines pratiques – notamment la chirurgie ambulatoire).

Pour l'IGF, ces éléments contribuent à altérer la portée et la signification du signal prix porté par la tarification ; cela conduirait la T2A à glisser progressivement d'un instrument encourageant l'efficacité vers un outil d'allocation budgétaire.

3.2 La tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger

Dans la construction du modèle de tarification à l'activité, la durée de séjour est considérée comme un indicateur central de l'activité hospitalière. Pour chaque hospitalisation, une durée moyenne de séjour (DMS) est déterminée, ainsi qu'un intervalle de variation autour de cette durée de séjour. Lorsque la durée de séjour observée se situe en deçà de la borne basse de l'intervalle, il est considéré comme « *outlier* » et bénéficie généralement d'une tarification spécifique.

À partir des données obtenues par la HAS, il ressort que :

- le tarif initialement retenu dans la plupart des pays ayant mis en place la tarification à l'activité était généralement plus faible pour la chirurgie ambulatoire car il était classé en outlier court, et devait donc faire l'objet d'un principe de décote fixe ou proportionnelle à la durée de séjour ;
- progressivement, la tarification identique des actes de chirurgie ambulatoire et de chirurgie classique comparables est devenue la principale modalité tarifaire retenue dans les pays européens (Autriche, Danemark, Espagne [Catalogne], France, Hongrie, Italie, Royaume-Uni, Norvège, Portugal). Les pays continuant à appliquer une décote sur certains actes sont devenus minoritaires (Allemagne, Suède, Irlande, Pologne). Pour autant les modalités de calcul de ces tarifs identiques peuvent différer d'un pays à l'autre, la HAS n'a pas pu rassembler les informations concernant les modalités de ce calcul ;

- quelques modèles tarifaires spécifiques ont été retenus dans certains pays, comme le découpage du tarif en deux parties (acte chirurgical-séjour hôtelier) en Autriche, la mise en place d'une tarification à la meilleure pratique au Royaume-Uni, le tarif incitant à la délégation d'activité public-privé en Suisse, le tarif en sus du budget en Norvège jusqu'en 1997. Leurs objectifs ne sont pas forcément ceux poursuivis en France, puisqu'ils sont liés, par exemple en Suisse et au Royaume-Uni, à la réduction des listes d'attente pour bénéficier d'une intervention chirurgicale.

La France a quant à elle initialement tarifé la chirurgie ambulatoire en utilisant une grille spécifique, correspondant à une décote variable en fonction des procédures. De plus, les séjours ambulatoires n'étaient alors pas isolés dans les nomenclatures de ceux effectués en hospitalisation classique.

À partir de 2009 le modèle tarifaire a fortement évolué :

- des groupes homogènes de malades spécifiques ont été créés (codés en J) et les séjours comparables, réalisés en hospitalisation classique, ont été classés avec un niveau de sévérité faible (code 1 sur une échelle croissante ayant quatre niveaux) ;
- cela a conduit à rapprocher progressivement les tarifs des deux types de séjours pour 18 racines de GHM en 2009, puis 39 racines de GHM en 2012 ;
- pour les séjours en ambulatoire sans code en J mais à durée moyenne de séjour faible, la borne basse de durée de séjour (déterminant le passage en outlier) a été supprimée, ce qui revient à instaurer une tarification identique également pour ces séjours ;
- pour les séjours ayant des codes en J mais des populations non identiques, la notion de socle de financement est utilisée. Elle permet de limiter le différentiel tarifaire (décote) entre les deux pratiques à 25 % au maximum ;
- pour les séjours ayant ou non des codes en J mais une DMS élevée (supérieure à 4 jours), des différences de tarifs, supérieures à 25 %, persistent avec pour objectif d'éviter les sorties prématurées et de tarifier de manière à couvrir les coûts des séjours plus longs.

La tarification identique a contribué à adresser un **signal prix** fort en faveur de la chirurgie ambulatoire, ce qui a probablement contribué à en accélérer le développement en France, le taux global de chirurgie ambulatoire

passant de 32,7 % en 2007 à 39,5 % en 2011 (+6,8 points de pourcentage), mais surtout de 60,4 % à 78,2 % pour les 18 groupes de séjours à tarification identique (+ 17,8 points de pourcentage).

Pour autant, ce modèle tarifaire est encore perfectible car :

- ses modalités de calcul ont conduit à s'éloigner de la neutralité tarifaire ;
- l'incitation tarifaire est de moins en moins forte, à mesure que le taux de chirurgie ambulatoire augmente, avec une réduction de l'**effet d'aubaine** pour les établissements premiers entrants ayant des taux élevés de chirurgie ambulatoire ;
- il y a un manque de lisibilité à moyen terme, du fait de l'existence d'une échelle tarifaire mobile et décroissante, ce qui pourrait contribuer à ralentir les investissements dans cette pratique ;
- la mise en place d'une liste limitative de séjours à tarification identique introduit une contrainte administrative contribuant au blocage du nombre de procédures éligibles à l'ambulatoire. La suppression de certaines bornes basses a en partie contribué à atténuer cet effet, mais le modèle tarifaire actuel limite l'extension de la chirurgie ambulatoire pour les séjours de niveau de sévérité 2, 3 et/ou à durée moyenne de séjour élevée.

3.3 L'impact de la tarification sur l'activité de chirurgie ambulatoire et son organisation

La tarification à l'activité appliquée à la chirurgie ambulatoire doit conduire à la recherche de gains d'efficacité productive par les établissements hospitaliers.

Théoriquement, l'analyse de la littérature a montré que les unités de chirurgie sont amenées à moduler leur organisation et leur mode opératoire :

- en modifiant le nombre d'interventions pratiquées dans une même journée ;
- en privilégiant un mode anesthésique particulier ;
- en utilisant des techniques opératoires moins invasives ;
- en agissant sur la durée de prise en charge ;
- en modifiant la combinaison des facteurs et des procédures ;
- en diminuant les annulations, les réhospitalisations et les séjours prolongés ;

- en optimisant le chemin clinique des patients.

Les études recensées dans la littérature permettant d'évaluer les conséquences de ces choix médicaux et organisationnels portent toutefois sur un nombre relativement limité de procédures (chirurgie de la hernie inguinale, cholécystectomie laparoscopique, chirurgie du glaucome, chirurgie orbitopalpébrale, chirurgie sénologique, arthroscopie de l'épaule). Elles utilisent des méthodologies très différentes, parfois peu robustes, et ne sont donc pas directement comparables entre elles.

Elles montrent, concernant l'équilibre financier :

- que les unités de chirurgie envisagent encore souvent la **rentabilité** de l'activité ambulatoire de manière très partielle, en ne considérant que la partie **recettes**, sans tenir compte des coûts de production associés ;
- que le niveau d'équilibre financier pour l'établissement de santé de la chirurgie ambulatoire, notamment par rapport à la chirurgie classique, n'est pas directement lisible en comparant le tarif d'une procédure avec son coût unitaire moyen ;
- que cet équilibre pour l'unité de chirurgie ambulatoire ne peut s'apprécier qu'en évaluant son organisation (i.e. nombre d'interventions par jour, gestion des annulations, durée d'ouverture), les types de protocoles utilisés (anesthésie locale ou générale, durée de l'intervention chirurgicale), la qualité des soins fournis (minimisation des complications et des réadmissions), tout en tenant compte également de la quantité de facteurs de production utilisés (effectifs en personnel, nombre de blocs) et de la combinaison des procédures (types d'interventions privilégiées au sein d'une même spécialité, ou en fonction de la catégorie d'âge).

Concernant l'évaluation de l'efficacité productive

- une étude britannique soulignait que la réalisation d'une procédure pouvait s'avérer structurellement déficitaire quels que soient les gains d'efficacité réalisés, en raison d'une tarification trop faible retenue par le régulateur.
- deux études américaines portant sur les centres indépendants de chirurgie ambulatoire soulignaient que certains aménagements majeurs en termes de personnel, nombre de blocs, combinaison de procédures étaient parfois nécessaires pour que les établissements se situent sur leur frontière d'efficacité productive.

- dans une étude norvégienne, le choix de la chirurgie ambulatoire par rapport à la chirurgie classique permettait d'améliorer l'efficacité des établissements.
- les gains d'efficacité reposaient également parfois sur une augmentation de l'activité de l'unité, impliquant qu'il existe un **réservoir de demande** permettant d'accroître le niveau d'activité. Ce réservoir de demande dépend de facteurs exogènes à l'établissement et notamment du degré de concurrence locale et de l'état de santé des populations résidant dans la zone de recrutement qui ne devait pas être trop éloignée de l'établissement, compte tenu des temps d'ouverture de la structure limités à 12 heures.

Parallèlement, la tarification à l'activité peut avoir un impact sur les choix observés au niveau du secteur, notamment :

- *sur le développement de la chirurgie ambulatoire* : deux études seulement se sont interrogées sur l'impact des incitations tarifaires sur le développement de la chirurgie ambulatoire. Alors que l'étude britannique, méthodologiquement robuste, concluait de manière positive, l'étude française était plus réservée, en raison de la méconnaissance par les acteurs des règles tarifaires. Cette étude avait une faible représentativité car elle ne portait que sur quatre établissements,
- *sur le partage entre les établissements publics et les établissements privés de l'activité de chirurgie ambulatoire* : une seule étude, réalisée à Taïwan, montrait que les établissements privés, du fait de leur statut lucratif, étaient plus sensibles aux incitations financières et de ce fait plus enclins à développer la chirurgie ambulatoire que les établissements publics. Ce constat restait valable en tenant compte du contexte concurrentiel, de la taille de l'établissement, et en ajustant sur les caractéristiques des patients. Cependant, cette étude ne mesurait pas l'impact d'une modification tarifaire, mais uniquement le partage d'activité constaté sous une même règle tarifaire ;
- *sur la sélection des patients et les temps d'attente pour bénéficier d'une intervention* : une étude norvégienne avait posé le postulat d'un renforcement de la sélection des patients éligibles à l'ambulatoire (et l'augmentation des temps d'attente pour les cas les plus sévères) après la mise en place de la tarification

identique. L'analyse des données n'avait pas validé cette hypothèse ;

- sur la convergence des taux de chirurgie ambulatoire sur le territoire : une étude britannique montrait qu'en dépit de la mise en place de règles tarifaires incitatives homogènes sur le territoire, les taux de chirurgie ambulatoire restaient très hétérogènes d'une région à l'autre. Les auteurs suggéraient que le choix du type d'intervention dépendait de l'existence ou non d'un consensus professionnel sur le type de prise en charge le plus approprié.

3.4 Les centres indépendants de chirurgie ambulatoire et leurs modalités tarifaires

Pour accélérer le développement de la chirurgie ambulatoire, certains pays (États-Unis et Royaume-Uni notamment) ont choisi de favoriser l'implantation de « centres indépendants » de chirurgie ambulatoire. Ils sont le plus souvent distincts géographiquement et administrativement des établissements hospitaliers environnants. Il en existe également en Allemagne.

► Centres indépendants aux États-Unis

Aux États-Unis, la chirurgie ambulatoire est réalisée dans trois types de structures : les hôpitaux, les centres de chirurgie ambulatoire indépendants – ou *Ambulatory Surgery Centers (ASC)* – et les officines de praticiens. Encouragés par Medicare afin de favoriser l'accès des patients à la chirurgie ambulatoire et de limiter les listes d'attente, le nombre d'ASC a rapidement crû depuis 1980. Il y en avait 5 316 en 2010, représentant 37 % de l'activité de chirurgie ambulatoire. Le coût total des ASC pour Medicare est ainsi passé de 1,2 milliard de \$ en 1999 à 3,4 milliards de \$ en 2010, soit une croissance de 183 % en 11 ans.

Tarification

Au début des années 2000, les tarifs de la chirurgie ambulatoire appliqués en ASC étaient plus élevés que ceux appliqués dans les établissements hospitaliers pour 8 des 10 codes de procédures alors utilisés. Ce système tarifaire aurait contribué à accélérer le développement des ASC. Il a donc été modifié en 2008 par Medicare, et les ASC ont eu 4 ans (2007-2011) pour s'y adapter. Deux types de tarification sont actuellement utilisés :

- pour les procédures pouvant également être réalisées en cabinet médical : le système tarifaire des ASC est calqué sur celui des cabinets médicaux (*i.e.* *Medicare Physician Fee Schedule* – MPFS). Toutefois, le coefficient d'intensité pour frais professionnels est plus faible que celui des cabinets médicaux et l'on rajoute un paiement pour les installations (*facility payment*) ;
- pour les procédures non susceptibles d'être réalisées en cabinet médical : chaque séjour est désormais classé dans la même grille de 201 codes APC (*Ambulatory Payment Classification*) que celle utilisée pour les hôpitaux. Le tarif de conversion monétaire des codes APC appliqué dans les ASC est plus faible que celui des hôpitaux (42,63 \$ US en ASC contre 70,12 \$ en établissement hospitalier en 2012).

Évaluation

Les études portent sur les caractéristiques des patients et la qualité de la prise en charge dans les ASC comparées aux cabinets de médecins et aux hôpitaux. Les travaux recensés montraient que :

- du fait de la multiplicité des paramètres pouvant entrer en jeu (types de procédures, caractéristiques sociodémographiques des patients) et de résultats parfois contradictoires, les données de la littérature ne permettaient pas d'établir qu'il existait des différences de qualité (mesurée par le taux d'événements indésirables) dans les interventions en chirurgie ambulatoire réalisées par les ASC, par rapport à celles pratiquées dans les hôpitaux ou dans les cabinets des médecins ;
- les patients opérés dans les ASC présentaient des caractéristiques différentes de ceux pris en charge dans les hôpitaux. Ils étaient moins âgés, plutôt couverts par une assurance privée, et avaient moins de comorbidités que les patients pris en charge par les hôpitaux. Ces constats ne valident pas pour autant l'hypothèse d'une sélection des cas, dans la mesure où les ASC se situent plus souvent dans les grandes métropoles urbaines qui ont des caractéristiques sociodémographiques proches de celles de la population recrutée, contrairement aux hôpitaux de communauté qui recrutent des patients sur des bassins de population plus diversifiés ;
- les données validant l'hypothèse d'un impact des ASC sur l'activité des hôpitaux généraux sont peu

robustes, notamment parce que les informations sur les tarifs et la population traitée dans les ASC ne sont pas librement accessibles, et que les estimations portent sur des données macroéconomiques générales. Elles ne documentent pas de manière précise les modifications dans les cas traités, ni la gravité des patients pris en charge dans chaque structure ;

- les données analysées n'avaient pas permis d'établir que les ASC produisaient des soins de manière plus efficiente que les hôpitaux. En revanche, la présence d'ASC sur le périmètre géographique des établissements hospitaliers permettait d'améliorer l'efficacité de ces derniers.

► Centres indépendants au Royaume-Uni

Au Royaume-Uni, la chirurgie ambulatoire s'est développée dans des centres de traitement indépendants dits ISTC (*Independent Sector Treatment Centres*) qui peuvent être de statut public ou privé. Les soins proposés par les différents ISTC couvrent plusieurs spécialités (principalement l'ophtalmologie et l'orthopédie). Ils concernent les consultations externes, les actes de diagnostic et la chirurgie ambulatoire. Au nombre d'une centaine environ, leur importance reste marginale dans la réalisation de la chirurgie ambulatoire au Royaume-Uni (seulement 4 % des opérations de la cataracte, 7 % des opérations de la hanche et 9 % des arthroscopies en 2007).

Tarification

- Le prix des interventions se fonde sur celui à l'activité des hôpitaux (groupes HRGs du *National Health Service* britannique), accompagné d'un supplément (de 11,2 % en moyenne) afin d'inciter les opérateurs à entrer sur ce marché et de leur permettre de couvrir leurs coûts d'installation.
- Le contrat de 5 ans avec le NHS prévoit également une garantie de couverture (système « *take or pay* ») des coûts fixes de la structure, quelle que soit son activité.

Évaluation

Les données d'évidence disponibles dans les trois études publiées montraient que les patients traités dans les hôpitaux du NHS étaient plus complexes que ceux traités dans les ISTC. Ces différences pouvaient justifier des différences de tarifs, mais dans le sens inverse de ce qui était retenu par le NHS, c'est-à-dire en octroyant un

tarif plus élevé pour les patients pris en charge dans les hôpitaux du NHS plutôt que pour ceux pris en charge dans les ISTC. Pour autant, le niveau du différentiel de tarif ne pouvait être déterminé, car la qualité des soins et la performance des ISTC n'étaient pas connues.

► Centres indépendants en Allemagne

En Allemagne, les établissements hospitaliers n'ont été autorisés à pratiquer la chirurgie ambulatoire qu'après 1993. Des centres indépendants ont été créés à l'initiative de spécialistes de ville puis se sont développés jusqu'à représenter près de 70 % des interventions ambulatoires pratiquées sur le territoire. Une grille tarifaire des actes ambulatoires est utilisée pour les interventions qui doivent être habituellement pratiquées en centre indépendant. Pour les interventions qui peuvent être pratiquées à la fois en centre indépendant et en établissement hospitalier, la tarification à l'activité (G-DRGs) est appliquée. Les caisses d'assurance maladie doivent appliquer pour la chirurgie ambulatoire un tarif compris entre 50 et 90 % de celui de l'hospitalisation classique.

Aucune étude évaluant le fonctionnement des centres indépendants en Allemagne n'a été retrouvée.

► Centres indépendants en France

Quelques centres indépendants ont été créés au début des années 80 en France. En 2012 il en existe cinq identifiés dans le fichier FINESS (qui disposent d'une seule autorisation de chirurgie, sous la forme de chirurgie ambulatoire).

En 2012, l'agence régionale de santé d'Ile-de-France a pris un arrêté permettant l'ouverture d'une fenêtre dérogatoire (à titre exceptionnel et dans l'intérêt de la santé publique) pour la création de centres indépendants de chirurgie ambulatoire, à hauteur de une ou deux implantations sur la région.

Les modalités tarifaires de ces centres sont identiques à celles pratiquées dans les autres établissements de santé (GHS et tarification en J).

Aucune étude évaluant le fonctionnement des centres indépendants en France et les caractéristiques des patients traités n'a pu être retrouvée dans la littérature publiée.

3.5 Les nouveaux principes tarifaires proposés à l'étranger

Pour dépasser les limites de la tarification à l'activité, certains pays ont recherché un modèle tarifaire permettant d'améliorer l'efficacité et la qualité de la prise en charge.

Pour ce faire, le modèle tarifaire retenu doit s'affranchir des tarifs fondés sur les coûts (*cost based pricing*) et utiliser des principes tarifaires adaptés à l'objectif poursuivi. On parle alors de tarification normative (*normative pricing*).

Deux types de tarification normative ont été développés très récemment et appliqués à la chirurgie ambulatoire. Il s'agit de la tarification à la meilleure pratique (*best practice tariff*), mise en place en Grande-Bretagne, et de la tarification à l'épisode de soins (*bundled payment*) utilisée aux États-Unis.

► Tarification à la meilleure pratique

Le principe du tarif à la meilleure pratique a été conçu en Grande-Bretagne pour inciter les offreurs à produire des soins de qualité et coût-efficaces. Ce système de paiement repose sur l'évaluation des coûts d'une pratique d'excellence ou, *a minima*, d'une bonne pratique.

Le *best practice tariff* (BPT) a été introduit en 2010 pour deux procédures de chirurgie ambulatoire avec extension à 12 procédures supplémentaires en 2011.

Principe

Pour la chirurgie ambulatoire, ce nouveau modèle tarifaire représente un véritable changement de paradigme par rapport au tarif identique au coût moyen pratiqué jusqu'alors en Grande-Bretagne. En effet :

- il rétablit deux tarifs distincts pour la chirurgie ambulatoire et la chirurgie conventionnelle ;
- il calcule le coût, non plus sur la base de la moyenne observée dans les établissements, mais sur la base de la pratique la plus efficiente (la chirurgie ambulatoire parfois combinée à une technique opératoire ou à un mode d'organisation de la prise en charge du patient) ;
- il fixe les tarifs pour la chirurgie ambulatoire à un niveau plus élevé que celui de la chirurgie classique, en tenant compte du taux d'atteinte de l'objectif cible (taux de chirurgie ambulatoire à atteindre sur le territoire).

Le BPT combine ainsi la recherche de l'efficacité avec la mise en place d'un processus d'incitation tarifaire visant à atteindre un taux cible de chirurgie ambulatoire.

Évaluation

L'évaluation de l'impact du BPT au Royaume-Uni n'a été réalisée que dans une étude. Elle montrait que le BPT avait eu un impact sur le taux de cholécystectomies pratiquées en ambulatoire, mais ces résultats restaient limités à une procédure et ont été analysés sur une période brève. Par ailleurs, certains effets négatifs liés à l'utilisation du BPT avaient été enregistrés, notamment concernant l'accroissement des délais d'attente et les modifications de codage des comorbidités. Enfin, l'augmentation du recours à la technique laparoscopique, qui était souhaitée, n'était pas toujours observée.

► Tarification à l'épisode de soins

Considérant que les tarifs à l'activité ou à l'acte utilisés aux États-Unis rémunéraient une prestation de service dont le périmètre est relativement étroit, sans approche coordonnée des soins, ce qui encourage la multiplication des actes, la Medpac (*Medicare Payment Advisory Commission*) a proposé d'expérimenter en 2008 un nouveau modèle tarifaire à l'épisode de soins (*bundled payment*).

Principe

Le principe est un paiement unique pour l'ensemble des soins dont le patient a besoin au cours d'un épisode morbide donné, plutôt que de rémunérer les offreurs pour chaque acte réalisé isolément.

- Ce paiement s'étend à plusieurs offreurs de soins qui doivent se coordonner entre eux et se partager une rémunération globale.
- La rémunération globale est inférieure à la somme des paiements isolés antérieurement perçus.
- Le tarif de l'épisode de soins prévoit généralement une rémunération pour couvrir les risques aléatoires mais les coûts des risques techniques (complications évitables) sont à la charge des producteurs de soins.

Les offreurs passent ensemble un contrat avec le payeur (i.e. Medicare, Medicaid ou une compagnie d'assurance privée) qui a préalablement évalué le coût global de l'épisode de soins à l'aide de ses bases de données.

Expérimentation

Ce système a été expérimenté et évalué dans trois

programmes : Medicare (dans les années 90 pour le pontage coronarien), le programme Prometheus en 2006 concernant différents plans de santé et 10 procédures de chirurgie, et Geisenger's ProvenCare à partir de 2006 dans le cadre d'un système de soins intégré pour le pontage coronarien.

Évaluation

Le dispositif de paiement à l'épisode de soins présente potentiellement des avantages en termes d'efficacité et a donné des résultats prometteurs dans les sites où il a été expérimenté, mais les données de preuve validant ces présupposés théoriques sont peu nombreuses, et portent sur les expérimentations les plus anciennes.

Des difficultés pratiques de mise en application ont en revanche été soulignées. Elles sont essentiellement d'ordre administratif (collecte des informations, coordination des offreurs, etc.). Pour les résoudre, il est nécessaire que la mise en place soit progressive, et s'accompagne d'une période d'expérimentation préalable.

Pour la chirurgie, ce système présente surtout un intérêt pour les interventions coûteuses ou mobilisant un nombre important de producteurs de soins qui doivent se coordonner (prise en charge autour du pontage coronarien par exemple). Il a toutefois été expérimenté pour quelques interventions en chirurgie ambulatoire, dans le cadre du programme Prometheus. L'intérêt du paiement à l'épisode de soins pour tarifier la chirurgie ambulatoire reposerait plus sur la capacité à définir l'intervention la plus appropriée, les étapes de la prise en charge et le chemin clinique du patient, pour ensuite en déterminer le coût. Le paiement à l'épisode de soins aurait par ailleurs l'avantage d'être incitatif pour l'amélioration de la qualité, s'il incluait par exemple les réadmissions à 30 jours.

3.6 Modèles tarifaires et efficacité

La tarification identique a été introduite afin de favoriser la substitution de la chirurgie classique par la chirurgie ambulatoire, et de dégager des gains d'efficacité allocative, puisque cette dernière est réputée moins coûteuse pour le financeur.

Pour autant, avec la tarification identique, les gains d'efficacité allocative deviennent plus limités que ceux initialement prévus, puisqu'ils ne peuvent se réaliser que

.....

lorsque le tarif pratiqué a convergé vers le coût de la chirurgie ambulatoire, suite au développement de cette activité.

De plus, parce qu'elle ne respecte pas la neutralité tarifaire et reste déterminée par rapport aux coûts moyens, la tarification identique ne permet pas de réaliser la totalité des gains d'efficacité productive potentiellement réalisables.

Les modèles de tarification utilisés à l'étranger (tarification à la meilleure pratique en Grande-Bretagne et tarification à l'épisode de soins aux États-Unis) ont été introduits dans des contextes spécifiques mais avaient également pour objectif d'augmenter l'efficacité :

- l'objectif du régulateur britannique était de privilégier l'augmentation de la quantité d'offre ambulatoire, tout en améliorant la qualité de la prise en charge (meilleure pratique) et la mise en place d'une forte incitation tarifaire pour encourager à la substitution d'une activité à l'autre. Toutefois, le modèle des tarifs à la meilleure pratique encourage l'amélioration de la qualité de la prise en charge, mais pas forcément la réalisation de gains d'efficacité car les coûts de la meilleure pratique peuvent s'avérer plus élevés. De plus l'incitation tarifaire à la substitution conduit à sur-tarifier la chirurgie ambulatoire par rapport à son coût réel pour l'établissement. Finalement, la règle tarifaire aura pour effet d'améliorer le taux de chirurgie ambulatoire, d'améliorer la qualité, mais sera globalement vraisemblablement plus coûteuse pour le système de santé britannique ;
- le modèle américain du paiement à l'épisode de soins se situe dans une perspective plus globale (prise en compte de l'ensemble des producteurs de soins). Il permet de combiner la recherche de gains d'efficacité, productive et allocative, mais ne comprend pas de composante incitative visant à substituer une activité par une autre.

L'analyse de la littérature a permis de montrer que différents éléments peuvent contribuer au renouvellement du modèle tarifaire français de la tarification identique. Le fait d'en privilégier certains dépend des objectifs et contraintes du régulateur.

- Si l'objectif est la recherche de l'efficacité productive de la chirurgie ambulatoire tout en maintenant la tarification identique, ce tarif devrait être fixé au niveau du coût constaté de la chirurgie ambulatoire.

- Si l'on souhaite favoriser la recherche de gains d'efficacité productive du côté des résultats de santé, le tarif devrait être calculé en référence au coût de production des bonnes pratiques en chirurgie ambulatoire.
- Si l'on privilégie le principe de neutralité tarifaire tout en reconnaissant les spécificités organisationnelles de la chirurgie ambulatoire, il conviendrait de renoncer à la tarification identique, et de fixer le tarif de chacune des prises en charge au niveau de son coût propre.
- Si l'on souhaite renoncer à la dimension « évaluation de la pratique de chirurgie classique » que joue implicitement la tarification identique, il conviendrait de recourir davantage aux mécanismes permettant d'évaluer la pertinence des pratiques de chirurgie classique (comme par exemple la mise sous accord préalable par l'Assurance maladie).
- Si l'on souhaite renforcer les incitations en mettant en place des dispositifs au niveau des établissements, le partage des gains d'efficacité allocative en fonction des niveaux d'effort de chaque établissement devrait être réalisé et des mesures d'accompagnement (contractualisation, politique d'investissement) pourraient être envisagées au niveau national ou local via les ARS.

Ces différentes propositions pourraient être combinées en fonction des objectifs poursuivis par les tutelles.

4. RECOMMANDATIONS

L'objectif du programme commun HAS-ANAP sur la chirurgie ambulatoire est de proposer différents leviers permettant d'atteindre un taux d'interventions chirurgicales pratiquées en ambulatoire de l'ordre de 50 % à l'horizon 2016.

Le rapport d'orientation s'inscrit dans l'axe 4 du programme intitulé « évaluation, outils et recommandations économiques ». Son objectif est de dresser un état des lieux des règles tarifaires applicables à la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger, puis de proposer des pistes d'amélioration permettant à la fois d'augmenter le taux de chirurgie ambulatoire en France et d'accroître l'efficacité de la chirurgie.

L'état des lieux proposé dans ce document a permis de montrer que plusieurs mesures d'incitation de nature tarifaire ont été mises en place depuis 2004, et renforcées sur la période récente (2012-2013). Ces mesures représentent un effort majeur du régulateur pour encourager ce type de pratique. Elles s'inscrivent par ailleurs dans la problématique plus large des incitations liées aux principes de la tarification à l'activité, et trouvent un écho au niveau international, plusieurs pays ayant mis en œuvre des dispositifs proches.

À l'issue de l'analyse de la situation de la tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger, et à partir des éléments fournis par la revue de la littérature, un ensemble de constats ont pu être effectués et plusieurs leviers d'action identifiés par la HAS. Ils ont permis de dégager 25 recommandations présentées ci-après.

Ces recommandations s'adressent au régulateur et, plus généralement, concernent l'ensemble des protagonistes impliqués dans la chirurgie ambulatoire. Elles doivent être resituées dans la perspective plus globale de la stratégie d'offre de soins sur le territoire dont la tarification ne saurait être le seul levier. Elles sont cohérentes avec les recommandations organisationnelles proposées dans le cadre de l'axe 3 du programme commun HAS-ANAP sur la chirurgie ambulatoire.

Place des incitations tarifaires dans la politique de développement de la chirurgie ambulatoire

Constat

Dans plusieurs pays, y compris la France, les incitations tarifaires liées à la tarification à l'activité ne sont pas la seule méthode incitative utilisée pour encourager le développement de la chirurgie ambulatoire. D'autres mesures incitatives ont été mises en place par les régulateurs.

Elles se situent au niveau des établissements de santé et portent sur l'admission par défaut de tout patient en chirurgie ambulatoire, le recrutement et la formation des personnels à la pratique spécifique de l'ambulatoire, la détermination des bonnes pratiques, la visite des équipes plus performantes, la mise en place de contrats avec les tutelles, etc.

Recommandations

1. Relativiser l'importance et l'impact de l'incitation tarifaire dans l'ensemble des mesures favorisant le développement de la chirurgie ambulatoire.
2. Accompagner les mesures tarifaires d'autres mesures financières et non financières hors T2A. Ces mesures, dont les modalités sont à définir, pourraient être mises en place au niveau des établissements par les agences régionales de santé (plan d'investissement, contractualisation avec l'établissement, plan de formation, etc.).
3. S'assurer que les différentes incitations sont compatibles et ne comportent pas des injonctions contradictoires, en particulier entre l'objectif national, les possibilités de chaque établissement, et les stratégies des ARS.

Tarification à l'activité, tarification identique

Constat

La tarification à l'activité favorise en principe la diminution de la durée de séjour et donc le développement de la prise en charge en chirurgie ambulatoire. Néanmoins, une décote tarifaire a initialement été appliquée aux séjours en chirurgie ambulatoire, par rapport aux séjours effectués en hospitalisation complète. Cela a pu contribuer en partie au retard dans le développement initial de cette activité dans plusieurs pays, y compris en France.

L'analyse de la littérature et l'enquête menée auprès de l'IAAS ont montré que la tarification identique entre la chirurgie classique et la chirurgie ambulatoire était le principal levier tarifaire utilisé dans les pays européens du début des années 2000 à 2013. Les données collectées n'ont toutefois pas permis d'établir un lien entre tarification identique et taux élevé de chirurgie ambulatoire dans les différents pays.

Le régulateur français a quant à lui utilisé tardivement (à partir de 2009) le levier de la tarification identique pour une liste déterminée de procédures (39 en 2012), cette liste ayant vocation à s'étendre. Par ailleurs, en France, certaines bornes basses de durée de séjour ont été supprimées pour certains GHS sans J, qui de ce fait bénéficient également d'une tarification identique.

La tarification identique devrait constituer un incitatif potentiellement puissant pour favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire. En effet, en rémunérant la chirurgie ambulatoire au-dessus de son coût de production mesuré dans l'échelle nationale de coûts commune, elle permet aux établissements souhaitant développer cette activité de bénéficier d'un effet d'aubaine, qui peut ainsi déclencher une dynamique de développement de cette activité.

Néanmoins, peu d'études se sont intéressées à l'impact de la tarification identique et plus généralement de la tarification à l'activité sur le développement de la chirurgie ambulatoire. Ces études sont hétérogènes dans leurs méthodes et leurs objectifs. Elles sont de faible niveau de preuve. Au total les acteurs hospitaliers font néanmoins état de la complexité du dispositif et de son manque de stabilité dans le temps, ce qui ne favorise pas sa lisibilité et de ce fait sa portée incitative.

Recommandations

4. Faire évoluer progressivement l'actuel principe de tarification identique en maîtrisant l'évolution des tarifs (évolution limitée à la modification des parts d'activité chirurgie classique/ambulatoire) et en assurant une meilleure lisibilité pour les acteurs souhaitant développer cette activité.
5. Réaliser une étude sur la période 2012-2016 permettant de connaître la part attribuable de la tarification identique dans le développement de la chirurgie ambulatoire pour les GHS concernés.
6. Pour favoriser le développement de nouvelles procédures de chirurgie ambulatoire ou la prise en charge de patients plus complexes (de niveau de sévérité 2, 3) en chirurgie ambulatoire, une enquête régulière sur l'état des pratiques de chirurgie ambulatoire en France devrait être réalisée. Après évaluation de leur pertinence et de leur sécurité, en encourageant les expérimentations, une tarification adaptée pourrait être mise en place pour les procédures concernées, par exemple en supprimant les bornes basses de durée de séjour.

Neutralité tarifaire

Constat

Actuellement, les tarifs fixés dans le cadre de la tarification identique ne respectent pas le principe de neutralité tarifaire qui fonde la tarification à l'activité. La neutralité tarifaire implique que les tarifs établis soient en relation étroite avec les coûts moyens constatés dans les établissements faisant partie de l'échelle nationale de coûts commune. Ce principe n'est actuellement plus respecté lorsque l'on considère la masse tarifaire des GHS à tarification identique (entre le niveau de sévérité 1 et le niveau J) et au niveau de chaque couple de GHS à tarification identique.

Il ne l'est a fortiori plus lorsque l'on considère les GHS en J et de niveau de sévérité 1 pris isolément du fait de la mise en place de la tarification identique ; mais, dans ce cas, la non-neutralité se justifie par la politique incitative mise en place en faveur de la chirurgie ambulatoire qui suppose que la chirurgie ambulatoire bénéficie d'un gain par rapport à son coût de l'ENCC.

Recommandations

7. Tant que les tarifs seront calculés sur les bases actuelles (méthode ENCC fondée sur les coûts moyens), s'assurer que le principe de la neutralité tarifaire est respecté :
 - pour la masse tarifaire de l'ensemble des GHS de chirurgie à tarification identique ;
 - pour la masse tarifaire de chaque couple de GHS à tarification identique considéré de manière agrégée (entre le niveau de sévérité 1 et la chirurgie ambulatoire).
8. Maintenir en revanche la non-neutralité tarifaire à visée incitative entre l'hospitalisation complète de niveau de sévérité 1 et la chirurgie ambulatoire pour les GHM à tarification identique.

Dynamique d'évolution

Constat

La règle de calcul du tarif identique repose sur la moyenne des coûts constatés pour la chirurgie classique et la chirurgie ambulatoire, pondérée par la part de chacune des activités. En dynamique, le tarif identique baissera donc mécaniquement vers un niveau de plus en plus proche du coût de la chirurgie ambulatoire à mesure que cette activité se développe. Cette règle de calcul conduit donc à ce que :

- *les rentes tarifaires initialement constatées sur la chirurgie ambulatoire ne soient que temporaires, et disparaissent progressivement lorsque le taux de chirurgie ambulatoire devient élevé, et donc que l'objectif est atteint ;*
- *symétriquement, à mesure que le tarif appliqué se rapproche du coût de la chirurgie ambulatoire, les activités de chirurgie classique de niveau de sévérité 1 en hospitalisation classique soient de moins en moins bien rémunérées.*

Recommandations

9. Analyser les conséquences de la dynamique d'évolution des règles tarifaires sur la configuration de l'activité de chirurgie souhaitée à moyen terme (*a minima* à l'horizon 2016 fixé par le régulateur). Les règles actuelles de fixation du tarif identique devraient inciter à l'abandon par les établissements de l'activité de chirurgie classique pour les séjours de niveau de sévérité 1 au profit de la chirurgie ambulatoire. Il convient de définir si cet objectif est bien celui que poursuit le régulateur pour tous les GHS à tarification identique (*cf.* question de la différenciation des taux cibles).

Taux cible

Constat

Un taux cible national de 50 % de procédures pratiquées en chirurgie ambulatoire a été fixé par le régulateur à l'horizon 2016. Le rapport HAS - ANAP « Socle de connaissances » avait mis en évidence la forte hétérogénéité dans les taux de chirurgie ambulatoire actuellement constatés en fonction des procédures. Le niveau « d'effort » à consentir pour parvenir à l'objectif est donc différent d'une procédure à l'autre et d'un établissement à l'autre.

A l'étranger, la mise en place du best practice tariff en Grande-Bretagne s'est accompagnée de la définition de taux cibles par procédure de la British Association for Day Surgery (BADs) et l'intensité de l'incitation tarifaire dépend en partie de l'écart avec la cible par procédure.

Recommandations

10. Décliner le taux cible national de chirurgie ambulatoire en taux par procédure ou par racine de GHM. À ce titre, l'expérience de la British Association for Ambulatory Surgery pourrait alimenter la réflexion au niveau français.
11. Étudier la pertinence d'une modulation de l'intensité des incitations tarifaires en considérant l'écart entre la pratique actuelle et le taux à atteindre par procédure au niveau national.

Tarification des centres indépendants de chirurgie ambulatoire

Constat

Plusieurs pays, dont la France, ont développé des centres indépendants de chirurgie ambulatoire. Aux États-Unis et en Grande-Bretagne, ces centres ont bénéficié dans un premier temps d'une tarification plus élevée de la chirurgie ambulatoire par rapport aux établissements hospitaliers, et au-dessus de leurs coûts de production, afin d'encourager leur lancement et leur développement.

Cette tarification attractive a eu pour effet un développement rapide de ces centres. Cela a amené les autorités à réviser dans un deuxième temps les grilles tarifaires des centres indépendants à la baisse (i.e. nettement en dessous des tarifs de chirurgie classique aux États-Unis), d'autant que les études montraient que la population prise en charge dans ces centres était moins âgée, plus souvent couverte par une assurance privée, et avait moins de comorbidités que les patients traités dans les hôpitaux.

Recommandations

12. Documenter, pour la France, les statuts, les modalités d'organisation, la patientèle, ainsi que l'impact sur les coûts de production, l'offre et la qualité des soins de structures sans hébergement de type « centres indépendants » de chirurgie ambulatoire existant sur le territoire. Cette analyse devrait être réalisée tant du point de vue de l'établissement que du point de vue de la société.
13. Si l'option d'un développement d'autres centres indépendants était retenue, une réflexion sur les modalités de tarification pertinentes applicables à ces centres devrait être engagée.

Tarification et efficence

Constat

La tarification identique a eu pour effet de positionner au même niveau le coût pour le financeur de la chirurgie classique et celui de la chirurgie ambulatoire, ce qui lui fait perdre dans un premier temps les gains d'efficence allocative qu'il pouvait attendre du développement de la chirurgie ambulatoire. Ces gains ne seront réalisés que dans un deuxième temps, lorsque la chirurgie ambulatoire sera suffisamment développée pour que le tarif devienne proche du coût de la chirurgie ambulatoire (du fait de la règle de calcul adoptée).

En raison du mode de tarification fondé sur le coût moyen de certains établissements, ni la tarification à l'activité ni la tarification identique ne garantissent que les coûts constatés correspondent à des pratiques efficaces (aussi bien au niveau des coûts que de l'organisation ou des techniques chirurgicales utilisées), pour la chirurgie classique comme pour la chirurgie ambulatoire.

Cette critique a fait l'objet d'études au niveau international et des propositions associant tarification et amélioration de l'efficence ont été mises en application au Royaume-Uni et aux États-Unis.

Recommandations

14. À terme, s'affranchir progressivement des tarifs fondés sur le coût moyen pour privilégier des tarifs fondés sur les pratiques les plus efficaces (en tenant compte de l'intégralité des dimensions de l'efficence).
15. La chirurgie ambulatoire, parce qu'elle répond à des protocoles standardisés, pourrait faire l'objet d'études permettant de définir les principes d'une tarification à la meilleure pratique (*best practice tariff*) telle que développée en Grande-Bretagne.
16. Afin d'inciter à la diminution des effets indésirables, le paiement à l'épisode de soins (*bundled payment*) mis en place aux États-Unis pourrait être expérimenté pour rémunérer l'ensemble de la prise en charge dans le cadre de la chirurgie ambulatoire, de la confirmation du diagnostic aux éventuelles réhospitalisations.
17. Approfondir les connaissances sur les modalités précises de calcul des tarifs incitatifs à l'étranger et leur appropriation par les intervenants.

Coûts pour l'hôpital de la chirurgie ambulatoire

Constat

Des études françaises ont montré que les établissements raisonnaient souvent encore du point de vue strict des « recettes » supplémentaires ou perdues dans le cadre du développement de la chirurgie ambulatoire ou de la substitution à la chirurgie classique. Cette approche favorise l'augmentation des volumes, au détriment d'une approche comparant l'évolution des recettes avec celle des coûts, dans le cadre de la substitution entre chirurgie classique et ambulatoire.

De plus, pour calculer le coût des séjours et déterminer leur tarification, la clé de répartition utilisée concernant les coûts de structure et de personnel reste la durée de séjour. Or, des études étrangères ont montré que les coûts de production de la chirurgie ambulatoire variaient essentiellement en fonction des durées d'intervention et des matériels ou techniques utilisés.

Recommandations

18. Considérer la prise en charge en chirurgie ambulatoire comme une activité spécifique, dont les modalités d'organisation et la durée de prise en charge ont des conséquences sur les méthodes de calcul des coûts. À ce titre, mener, par exemple à partir des coûts recensés dans l'échelle nationale de coûts commune, des études d'impact de différentes clés de ventilation des frais de structure ou de personnel en fonction par exemple des durées d'intervention chirurgicale ou des techniques utilisées, et ce pour certaines procédures réalisées en routine en chirurgie ambulatoire.
19. L'étude de microcosting prévue dans le programme HAS - ANAP devra permettre d'illustrer le différentiel entre le coût réel de l'activité de chirurgie ambulatoire et les recettes attendues ainsi que d'analyser les conséquences des choix d'activité des établissements.
20. Analyser l'impact de l'optimisation du processus de prise en charge des patients sur les coûts de production de la chirurgie ambulatoire.

Information et communication autour des règles tarifaires

Constat

Le niveau de connaissance et d'information des acteurs de terrain sur les modalités tarifaires applicables et les incitations associées reste encore insuffisant, ce qui peut générer des freins au développement de la chirurgie ambulatoire.

Recommandations

21. Renforcer les actions de communication et d'information régulières sur les règles tarifaires applicables. Ces actions seraient à mener en direction des professionnels (médicaux et non médicaux) de l'unité de chirurgie ambulatoire, ainsi qu'en direction des sociétés savantes et des personnels de direction des établissements.
22. S'assurer que les règles tarifaires appliquées sont faciles à comprendre et immédiatement interprétables en termes d'incitation.
23. Mettre en place des outils de communication permettant aux établissements de connaître à l'avance l'évolution prévisible des tarifs, sur un horizon pluriannuel, par exemple de 3 ans.

Part des financements autres que ceux couverts par la tarification

Constat

L'étude réalisée n'a porté que sur le financement de l'activité de chirurgie ambulatoire via la tarification. Les autres types de financement obtenus par les établissements pour financer l'activité de chirurgie ambulatoire n'entraient pas dans le champ de l'analyse. Ils peuvent néanmoins être importants (obtenus pour les investissements lourds par exemple) ou reposer sur une participation des patients ou des organismes d'assurance maladie complémentaire (forfait hospitalier, restes à charge, dépassements d'honoraires).

Recommandations

24. Réaliser un bilan global des dépenses consenties par les établissements et les tutelles pour convertir les activités de chirurgie classique en chirurgie ambulatoire.
25. Réaliser une étude sur les restes à charge moyens des patients en chirurgie ambulatoire comparés à ceux en hospitalisation classique.

ABRÉVIATIONS

En vue de faciliter la lecture du texte, les abréviations utilisées sont explicitées ci-dessous.

AHA	<i>American Hospital Association</i> (aux États-Unis)
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
APC	<i>Ambulatory Payment Classification</i> (aux États-Unis)
ARS	Agence régionale de santé
ASA	<i>American Society of Anesthesiologists</i>
ASC	<i>Ambulatory Surgery Centers</i>
ATIH	Agence technique de l'information hospitalière
BMF	Budget des moyens financiers (en Belgique)
BPT	<i>Best practice tariff</i>
CA	Chirurgie ambulatoire
CAH	Comptabilité analytique hospitalière
CAF	Capacité d'autofinancement
CEESP	Commission évaluation économique et de santé publique (de la HAS)
CHU	Centre hospitalier universitaire
CMD	Catégorie majeure de diagnostic
CME	Commission médicale d'établissement
CMS	<i>Centers for Medicare and Medicaid Services</i> (aux États-Unis)
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CSP	Code de la santé publique
CV	Coefficient de variation (statistiques)
DAGS	<i>Danish Ambulatory Grouping System</i> (au Danemark)
DEA	<i>Data Envelopment Analysis</i>
DGF	Dotation globale de fonctionnement
DGS	Direction générale de la santé
DID	<i>Difference in Difference</i> (statistiques)
DIM	Département d'information médicale
DMS	Durée moyenne de séjour
DPG	<i>Day Patient Grouper</i> (en Irlande)
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRG	<i>Diagnosis related groups</i>
ECR	<i>Evidence-informed case rate</i>
ENCC	Échelle nationale de coûts commune
ENEIS	Enquête nationale de mesure des événements indésirables graves
ESPIC	Établissement de santé privé d'intérêt collectif
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FMESPP	Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
FSO	Forfait salle d'opération



GAO	Government accounting office (aux États-Unis)
GAM	Groupe d'appui méthodologique
GHM	Groupe homogène de malades
GHS	Groupe homogène de séjours
G-DRG	<i>German diagnosis related groups</i>
HAS	Haute Autorité de Santé
HC	Hospitalisation classique
HCFA	<i>Health Care Financing Administration</i> (aux États-Unis)
HMO	<i>Health Maintenance Organizations</i> (aux États-Unis)
HRG	<i>Health Resource Groups</i> (au Royaume-Uni)
IC	Intervalle de confiance (statistiques)
IAAS	<i>International Association for Ambulatory Surgery</i>
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
ISTC	<i>Independant Sector Treatment Centres</i> (au Royaume-Uni)
MEAH	Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MECSS	Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale
MEDPAC	<i>Medicare Payment Advisory Commission</i>
MERRI	Mission d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation
MFF	<i>Market Force Factor</i> (au Royaume-Uni)
MIGAC	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MPFS	<i>Medical Physician Fee Schedule</i> (aux États-Unis)
NHS	<i>National Health Service</i> (au Royaume-Uni)
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurances maladie
OPPS	<i>Outpatient Prospective Payment System</i> (aux États-Unis)
OQN	Objectif quantifié national
OR	<i>Odds Ratio</i> (statistiques)
P4P	<i>Payment for Performance</i> (au Royaume-Uni)
PCT	<i>Primary Care Trusts</i> (au Royaume-Uni)
POS	<i>Patient Outcomes in Surgery</i> (au Royaume-Uni)
PROM	<i>Patient Reported Outcome Measures</i> (au Royaume-Uni)
RSS	Résumé de sortie standardisé
T2A	Tarification à l'activité
UCA	Unité de chirurgie ambulatoire
WMD	<i>Weighted Mean Difference</i> (statistiques)

PARTICIPANTS

L'équipe

L'analyse de la littérature et la rédaction de l'argumentaire scientifique ont été réalisées par Mme Isabelle HIRTZLIN, chef de projet au service évaluation économique et santé publique, sous la responsabilité de Mme Catherine RUMEAU-PICHON, adjoint au directeur de l'évaluation médicale, économique et de santé publique et du Dr. Olivier SCÉMAMA, adjoint au chef de service évaluation économique et santé publique.

La recherche documentaire a été effectuée par Mme Emmanuelle BLONDET, documentaliste, avec l'aide de Mme Yasmine LOMBRY, sous la responsabilité de Mme Christine DEVAUD, adjointe au chef de service, et de Mme Frédérique PAGES, chef de service.

L'organisation logistique et le travail de secrétariat ont été réalisés par Mme Sabrina MISSOUR.

Collèges, sociétés, associations et institutions sollicités

- Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA).
- Académie nationale de chirurgie.
- Collectif inter-associatif sur la santé (CISS).
- Collège des économistes de la santé (CES).
- Collège national de l'information médicale.
- Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR).
- Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP).
- Agence technique de l'information hospitalière (ATIH).

Groupe d'appui méthodologique

- M. Gilles BONTEMPS, directeur associé, ANAP, Paris.
- Mme Zeynep OR, économiste de la santé, IRDES, Paris.
- Mme Michèle BRAMI, chargée de mission ATIH, Paris.
- Mme Martine PERES-MORRIS, retraitée ex-DAF, clinique Lafourcade, Bayonne.
- M. François DEMESNAY, Directeur général délégué, Capio Santé, Villeurbanne.
- M. Jacques PORTIER, représentant de patients, Confédération française des retraités, Tours.
- Dr Andrien DOZOL, médecin de santé publique-

économie de la santé, CHU Lariboisière, Paris.

- Dr Stéphane QUESNOT, directeur adjoint DIM de la Générale de santé, Paris.
- Dr Véronique GILLERON, médecin de santé publique, DIM, CHU Bordeaux.
- Dr Alain ROUMAJON, médecin DIM, groupe Vitalia, Paris.
- Mme Anne HEGOBURU, directrice pôle finances, efficacité et recherche des hôpitaux universitaires de Paris-Ouest, Paris.
- Mme Adeline TOWNSEND, chargée de mission ATIH, Paris.

Groupe de lecture

Pour la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR)

- Pr M Baussier (président du comité ambulatoire), Dr MP Chariot, Dr L Delaunay, Dr F Marchand Maillet, Dr P Nicolai.
- Dr Marc Gentili, médecin anesthésiste-réanimateur, membre du conseil d'administration de la SFAR, CHP Saint-Grégoire, Saint-Grégoire.

Pour l'Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA).

- Pr Corinne Vons, professeur de chirurgie digestive, secrétaire générale de l'Association française de chirurgie ambulatoire.

Pour l'Académie nationale de chirurgie

- François Richard, président de l'Académie nationale de chirurgie.

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des personnes ayant participé au groupe d'appui méthodologique et de lecture ainsi que M. Benoît Dervaux, Philippe Mossé, Pierre Louis Rémy, Luc Vandromme, Richard Douard, membres de la commission évaluation économique et de santé publique de la HAS, pour leur relecture attentive de l'argumentaire et des recommandations.

En savoir plus

Consulter le rapport complet faisant l'objet de cette synthèse intitulée « *Tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger – État des lieux et perspectives* » consultable sur le site www.has-sante.fr.

FICHE DESCRIPTIVE

TITRE	Tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger – État des lieux et perspectives
Méthode de travail	Rapport d'orientation.
Date de mise en ligne	Septembre 2013.
Date d'édition	Uniquement disponible sous format électronique.
Objectif(s)	Dresser un bilan des modalités de tarification de la chirurgie ambulatoire utilisées en France et à l'étranger et proposer des solutions visant à renforcer les incitations tarifaires en faveur du développement de la chirurgie ambulatoire en France tout en
Professionnel(s) concerné(s)	Responsables gestionnaires, administratifs et financiers des établissements de santé, médecins DIM, chirurgiens, anesthésistes-réanimateurs.
Demandeur	Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS).
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), service évaluation économique et santé publique.
Pilotage du projet	Rédaction et coordination : Mme Isabelle Hirtzlin, chef de projet au service évaluation économique et santé publique (chef de service : Mme Catherine Rumeau-Pichon). Secrétariat : Mme Sabrina Missour. Recherche documentaire : Mme Emanuelle Blondet, avec l'aide de Mme Yasmine Lombry (chef du service documentation : Frédérique Pagès).
Participants	Sociétés savantes en chirurgie, institutions (ATIH et ANAP), médecins DIM, gestionnaires et économistes de la santé, cf. liste de participants. Les participants au groupe d'appui méthodologique ont communiqué leur déclaration d'intérêts à la HAS.
Recherche documentaire	Janvier 2000 à mars 2013 ; 652 articles identifiés, 146 retenus et analysés.
Auteur de l'argumentaire	Mme Isabelle Hirtzlin, économiste de la santé, chef de projet HAS, Saint-Denis La Plaine.
Validation	Avis de la Commission évaluation économique et santé publique du 14 mai 2013. Validation par le Collège de la HAS le 19 juin 2013.
Autres formats	Argumentaire scientifique et fiche de synthèse. Téléchargeables gratuitement sur www.has-sante.fr
Documents d'accompagnement	Aucun document d'accompagnement.



“ Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire ”

Juin 2013