

10-2

BILAN DES INCITATIONS AU DEVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

La chirurgie ambulatoire se définit comme l'ensemble des « actes chirurgicaux et/ou explorations, programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous anesthésie de mode variable, et suivis d'une surveillance postopératoire prolongée, permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son admission¹ ».

La chirurgie ambulatoire présente de nombreux avantages par rapport à la chirurgie traditionnelle : bénéfiques en termes de satisfaction des patients et de qualité des soins associés à des économies de temps et de ressources. Le développement de cette alternative à l'hospitalisation est soutenu par la mise en place de politiques incitatives visant à renforcer l'attractivité des prises en charge ambulatoires. Si le taux de pratique de la chirurgie ambulatoire s'est accru ces dernières années², il existe encore un potentiel important de développement en France.

Depuis 2004, les politiques incitatives ont renforcé l'attractivité relative de la chirurgie ambulatoire pour les établissements publics

L'introduction, en 2004, du financement à l'activité des établissements de santé (T2A) a permis la mise en place de mécanismes incitatifs au développement de la chirurgie ambulatoire, spécifiques aux établissements de santé publics³, fondés sur la relation entre les coûts hospitaliers et les tarifs des séjours, ou sur l'attractivité relative des prises en charge ambulatoires par rapport aux hospitalisations complètes.

Des incitations tarifaires continuellement renforcées depuis 2007...

Dans la dixième version de la classification des séjours hospitaliers (V10), en vigueur de 2006 à 2008, une seule catégorie tarifaire regroupait les séjours de durée inférieure à 48h, que les prises en charge soient réalisées en ambulatoire (0 nuit) ou non (1 nuit). Les prises en charge ambulatoires, qui mobilisent moins de ressources hospitalières que les séjours d'une nuit ou plus, étaient donc relativement favorisées.

Quinze de ces groupes de séjours de moins de 48h étaient considérés comme substituables à des groupes de séjours d'hospitalisation complète par la similitude de leur contenu médical et de leur durée moyenne. Leur attractivité relative a été renforcée en deux vagues successives par une réduction de 66%⁴ entre 2006 et 2008 de l'écart entre les tarifs des groupes de séjours de plus ou moins de 48h. Le passage, en 2009, à la onzième version de la classification des séjours (V11) qui dissocie les séjours ambulatoires des séjours d'une nuit ou plus, et la suppression en 2010 de la durée minimum conditionnant le tarif de certains séjours, ont porté à 32, puis à 40 le nombre de couples substituables. L'écart moyen entre les tarifs au sein des 32 « couples » répondant à ce critère de substituabilité en 2009 a été réduit de 18% en 2010 (cf. tableau 1).

¹ Définition retenue lors de la conférence de consensus de mars 1993, qui définit les conditions d'applicabilité des chirurgies ambulatoires en France.

² Programmes de qualité et d'efficacité (PQE) - Indicateur n° 4-8 : Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire sur cinq gestes chirurgicaux.

³ Le terme « établissements publics » désigne ici, par abus de langage, l'ensemble des établissements anciennement financés par dotation globale.

⁴ L'écart tarifaire a été réduit de 50% en 2007 pour ces 15 « couples » par une baisse des tarifs d'hospitalisation complète de 14% et une hausse des tarifs des séjours de moins de 48h de 11% en moyenne. Puis, en 2008, une nouvelle réduction des 15 tarifs d'hospitalisation complète (-12% en moyenne) les a encore rapprochés des tarifs des séjours de moins de 48h.

Tableau 1. Evolution 2006-2010 des tarifs des « couples substituables » et des écarts entre ces tarifs

	Période	Classification	nb couples	Moyenne	Min	Max	
Evolution des tarifs de l'hospitalisation complète	2006/2007	V10	15	-14%	-24%	-3%	
	2007/2008	HC		-12%	-33%	4%	
	2006/2008			-24%	-49%	-7%	
	2009/2010	V11.1	32	-4%	-31%	18%	
Evolution des tarifs de l'ambulatoire/ des séjours <48h	2006/2007	V10	15	11%	1%	26%	
	2007/2008	CM24		-4%	-1%	-4%	
	2006/2008			7%	-3%	21%	
	2009/2010	V11.J	32	3%	-31%	21%	
Ecart entre les tarifs HC et Amb. (€)	2006	V10	15	782	182	1590	
	2007		403	92	984		
	2008		265	33	947		
	2009	V11	32	426	0*	1324	
2010		40	479	0*	1711		
Evolution de l'écart entre les tarifs HC et Amb.	2006/2007	V10	15	-50%	-50%	-50%	
	2007/2008			-34%	-93%	21%	
	2006/2008				-66%	-96%	-39%
	2009/2010	V11	32	-18%	-100%	24%	

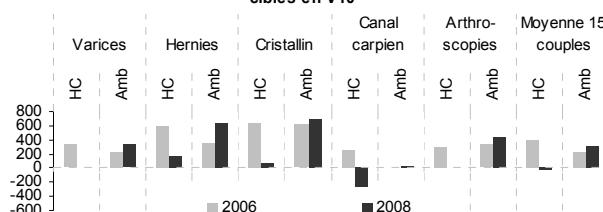
Note de lecture : L'évolution moyenne de l'écart entre les tarifs 2009 et les tarifs 2010 a été calculée sur les 32 couples substituables en V11 en 2009.

* Egalité des tarifs de l'hospitalisation complète et de l'ambulatoire (15 couples en 2009 et 16 en 2010)

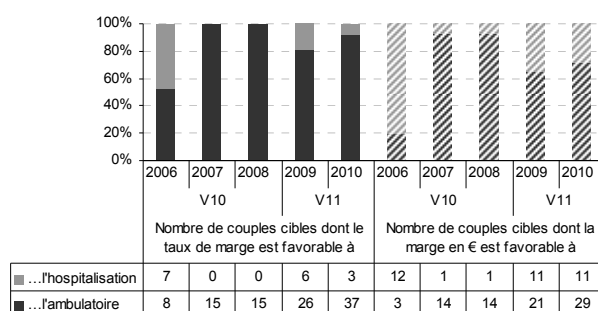
Source : DSS/6B, à partir des arrêtés tarifaires 2006 à 2010.

Encadré 1. Attractivité relative des séjours : analyse des marges et taux de marge

Graphique 1. Evolution des marges de 5 des 15 couples cibles en V10



Graphique 2. Evolution de l'attractivité des prises en charge ambulatoires



Une marge positive sur une activité donnée constitue une incitation pour les établissements à développer cette activité, d'autant plus forte que la marge est élevée, tandis qu'une marge négative constitue une incitation à réaliser des gains de productivité, ou à réorienter l'activité vers des séjours plus rentables. Si en 2006 la marge réalisée par les établissements publics était positive pour l'ensemble des séjours, son montant était cependant supérieur, dans 80% des cas (12 cas sur 15), pour l'hospitalisation complète, globalement plus attractive, avec une marge moyenne de 404€ contre 234€ pour les séjours de moins de 48h. Suite aux revalorisations tarifaires de 2007 et 2008, la marge moyenne sur les hospitalisations de moins de 48h s'élevait en 2008 à 317€ (+36%) contre -29€ pour les hospitalisations complètes (-107%) avec une marge négative sur 8 groupes de séjours.

Le taux de marge est d'autant plus élevé que les ressources hospitalières mobilisées sont faibles par rapport au tarif perçu par l'établissement. Le taux de marge de l'ensemble des séjours de moins de 48h s'est amélioré entre 2006 et 2008, tandis que celui des hospitalisations complètes s'est dégradé. Avec les tarifs 2006, le taux de marge était inférieur pour une hospitalisation de moins de 48h dans près de la moitié des cas (7 couples sur 15). Il est devenu favorable à l'hospitalisation partielle pour l'ensemble des couples cibles en 2008. Entre 2006 et 2008, l'écart entre les taux de marge moyens des hospitalisations complètes et des séjours de moins de 48h est passé de -0,6 à 32 points, l'attractivité relative des prises en charge de moins de 48h a ainsi été largement renforcée.

Source : DSS/6B sur données ENC 2006 et 2007 (ATIH) et arrêtés tarifaires 2006 à 2010.

...ont rendu les prises en charge ambulatoires relativement attractives

L'analyse des marges et taux de marge théoriques⁵ apporte un éclairage sur les mécanismes incitatifs en jeu (cf. encadré 1). Les revalorisations de 2007 et 2008 et les tarifs associés à la V11 se sont traduits par un renforcement de l'attractivité de l'ambulatoire et une dégradation des profits sur l'hospitalisation complète. La part des couples de séjours substituables dont la prise en charge ambulatoire est relativement plus attractive que l'hospitalisation a augmenté chaque année, en V10 comme en V11, mais il subsiste en 2010 plus d'un quart de couples dont la prise en charge est plus favorable à l'hospitalisation complète en marge (11 sur 40) et près de 8% de couples (3 sur 40) si l'on considère le taux de marge (cf. graphiques 1 et 2).

L'évolution contrastée des séjours selon le mode d'hospitalisation s'est accompagnée d'une déformation de la structure de l'offre

Sur les 15 couples ciblés par les incitations tarifaires en V10, le nombre de séjours de moins de 48 heures enregistrés dans les établissements publics a augmenté de 18% entre 2006 et 2008. Parallèlement, le nombre de séjours d'hospitalisation complète a diminué de 21% (cf. tableau 2).

Les établissements ont adapté leurs capacités à ce déport des séjours hospitaliers de chirurgie vers l'ambulatoire : des places de chirurgie ont été créées (augmentation de près de 20% par an en 2007 et 2008) et des lits d'hospitalisation fermés (-2% par an, cf. graphique 3).

Sur l'ensemble du secteur de la chirurgie, la pondération des séjours par une échelle tarifaire unique⁶ montre que le secteur privé enregistre encore la majorité des séjours (69% en 2009), mais que les établissements publics ont réalisé des gains de part de marché sur la chirurgie ambulatoire (3 points) comme sur l'hospitalisation complète (4 points, cf. graphique 4).

Les conséquences économiques observées

Les résultats des incitations tarifaires au développement de la chirurgie ambulatoire doivent être analysés avec précaution compte tenu, d'une part de l'étroitesse de la sélection des groupes de séjours ciblés (10% de la masse financière de la chirurgie hospitalière), et d'autre part du faible recul dont on dispose sur ces politiques, développées entre 2006 et 2008.

La réduction de l'écart entre le taux effectif de séjours de moins de 48h et les taux cibles à échéance 2010 fixés en 2007 sur les 15 couples cibles (cf. graphique 5) s'est traduite par des gains d'ores et déjà appréciables pour l'assurance maladie: la dépense moyenne sur ces séjours a diminué de 2%, par une baisse de 37% sur l'hospitalisation complète et une hausse de 30% sur les séjours de moins de 48h (cf. tableau 2). En revanche, le bilan agrégé pour les établissements reste pour l'heure défavorable, le résultat⁷ global dégagé sur l'activité de chirurgie ciblée par les incitations ayant baissé de 9%, les pertes sur les séjours d'hospitalisation complète n'ayant été que partiellement compensées par les gains sur les séjours de moins de 48h. Cette analyse devrait toutefois être menée au niveau de chaque établissement afin d'évaluer leur potentiel d'adaptation aux incitations microéconomiques.

En tout état de cause, le développement de la chirurgie ambulatoire vise à améliorer l'efficacité de la prise en charge sanitaire des patients, laquelle résulte d'un arbitrage entre qualité des soins et maîtrise des coûts. C'est pourquoi les incohérences résiduelles qui subsistent dans le modèle tarifaire, telles que des taux de marge négatifs pour les prises en charge ambulatoires ou des taux de marge plus favorables à l'hospitalisation complète qu'à la prise en charge ambulatoire, doivent être corrigées pour soutenir la dynamique de développement de l'ambulatoire dans le secteur hospitalier français.

⁵ La marge théorique est calculée comme l'écart entre le tarif d'un séjour et son coût moyen (issu de l'étude nationale des coûts 2006). Le taux de marge est calculé comme le rapport marge/tarif.

⁶ Les effectifs de séjours des deux secteurs ont été pondérés par les tarifs 2008 du secteur public.

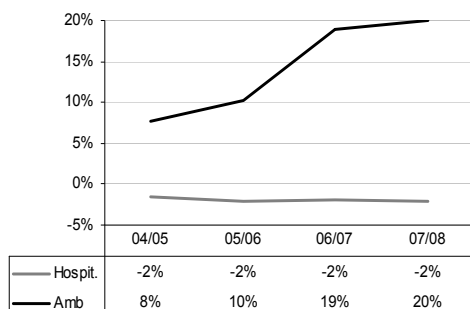
⁷ Le résultat est ici calculé comme le produit du nombre de séjours et de la marge théorique pour chaque groupe de séjour.

Tableau 2. Evolution du nombre de séjours et des séjours pondérés par les tarifs entre 2006 et 2009

		Evolution du nombre de séjours						Evolution des séjours valorisés				
		2006-2007	2007-2008	2006-2008	Taux de croissance annuel moyen 06-08	2008-2009	Evolution du nombre de séjours 2006-2009	Taux de croissance annuel moyen 06-09	Evolution séjours valorisés 2006/2007	Evolution séjours valorisés 2007/2008	Evolution séjours valorisés 2006-2008	Taux de croissance annuel moyen 06-08
Arthroscopies	HC	-3%	-10%	-12%	-6%	-5%	-17%	-6%	-13%	-13%	-25%	-13%
	Amb	5%	9%	15%	7%	9%	25%	8%	17%	5%	23%	11%
Canal carpien	HC	-8%	-9%	-16%	-8%	-11%	-25%	-9%	-29%	-39%	-57%	-34%
	Amb	0%	11%	11%	5%	5%	17%	5%	8%	7%	15%	7%
cristallin	HC	-22%	-34%	-49%	-28%	-20%	-59%	-26%	-29%	-46%	-62%	-38%
	Amb	18%	24%	46%	21%	24%	82%	22%	28%	20%	53%	24%
Hernies	HC	-1%	-4%	-4%	-2%	-10%	-14%	-5%	-8%	-15%	-22%	-11%
	Amb	10%	19%	32%	15%	23%	61%	17%	39%	15%	59%	26%
varices	HC	-15%	-28%	-39%	-22%	-29%	-56%	-24%	-19%	-38%	-50%	-29%
	Amb	23%	25%	54%	24%	23%	89%	24%	39%	21%	67%	29%
Hospit. complète	HC	-9%	-13%	-21%	-11%	-11%	-30%	-11%	-18%	-23%	-37%	-20%
	Ambulatoire	6%	11%	18%	9%	11%	31%	9%	19%	9%	30%	14%
Ensemble									2%	-4%	-2%	-1%

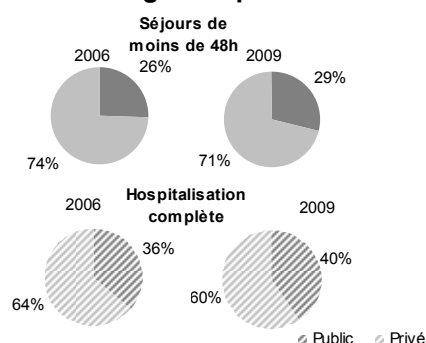
Source: DSS/6B sur données PMSI (ATIH) et arrêtés tarifaires.

Graphique 3. Evolution des capacités hospitalières 2004-2008



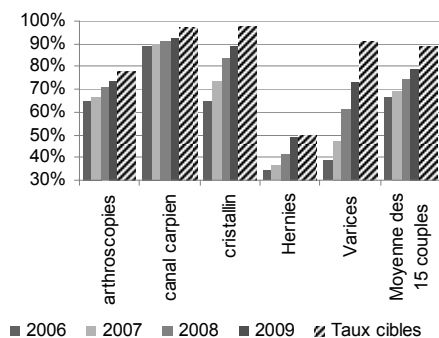
Source : calcul DSS/6B sur données SAE 2004 à 2008.

Graphique 4. Evolution des parts de marché sur le segment de la chirurgie hospitalière



Source : calculs DSS/6B sur données PMSI et ENC (ATIH) et arrêtés tarifaires.

Graphique 5. Evolution du taux de séjours d'hospitalisation partielle et comparaison au taux cible 2010 pour 5 des 15 couples cibles



Lecture : Le taux cible de pratique de l'arthroscopie du genou était fixé à 78% pour 2010, il est passé de 65% en 2006 à 73% en 2009, soit une réduction de 8 points de l'écart à l'objectif.

Source : DSS/6B sur données PMSI 2006 à 2009 (ATIH).