

Programme « maladie » - Partie II « Objectifs / Résultats »

Objectif n°4 : Renforcer l'efficacité du système de soins et développer la maîtrise médicalisée des dépenses

Indicateur n° 4-12 : Efficacité des blocs opératoires : nombre d'indice de coût relatif (ICR) réalisé par salle d'intervention chirurgicale

Finalité : les différents travaux de l'agence nationale de l'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux montrent que l'efficacité des établissements de santé peut en partie s'analyser au travers de l'efficacité de leurs blocs opératoires. Les blocs opératoires constituent en effet un élément essentiel du plateau technique, en termes de gestion des risques, de maîtrise financières (tant au niveau des dépenses que des recettes) et sur le plan organisationnel (haute technicité de l'activité pratiquée, nombre d'acteurs à coordonner, interfaces avec différents services, variété des actes pris en charge...).

L'objectif est d'évaluer, chaque année et pour chaque catégorie d'établissement, la productivité des blocs opératoires. L'indicateur présenté est le nombre de points d'ICR (indice de coût relatif) réalisés par salle de bloc. L'ICR est l'unité d'œuvre des actes médico-techniques, indiquant leur degré de mobilisation de ressources humaines et matérielles. Il est retenu comme indicateur de performance dans l'outil Hospidiag récemment élaboré à l'initiative de la DGOS par l'ANAP (Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux) et l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation). Il fait également partie des indicateurs contractualisés entre les agences régionales de santé (ARS) et le niveau national dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

Résultats : l'évolution du nombre d'indice du coût relatif (ICR) par salle d'intervention chirurgicale sur la période 2006-2009 est présentée dans le tableau suivant :

	Nombre d'établissements	Moyenne ICR/salle 2009	Evolution 2007/2006	Evolution 2008/2007	Evolution 2009/2008	Objectif
CH	337	168 223	-1,2%	2,1%	3,9%	Augmentation
CHR/U	30	246 199	6,7%	5,1%	4,0%	
CLCC	20	235 424	11,0%	1,5%	6,6%	
EBNL	56	215 229	-0,8%	-0,1%	0,5%	
Cliniques privées à but lucratif	507	268 999	10,3%	-2,1%	2,3%	
HIA	9	142 958	-	-	-	
ENSEMBLE	959	227 849	5,9%	-0,1%	2,5%	

Source : ATIH.

L'efficacité des blocs opératoires s'accroît globalement depuis 2006, avec un nombre moyen d'ICR par salles de blocs opératoires qui est ainsi passé d'environ 208 000 en 2006, à près de 228 000 en 2009 (soit une augmentation de 9,1 % entre 2006 et 2009).

Pour les centres hospitaliers régionaux (CHR), la progression du nombre moyen d'ICR est très importante et témoigne de leur marge de progression importante (+ 17 % entre 2006 et 2009, soit un ICR moyen de 246 199 en 2009), ce qui permet aux centres hospitaliers régionaux et universitaires (CHR/CHU) de réduire l'écart avec les cliniques en passant devant les établissements à but non lucratif. Cette évolution est le fruit de deux phénomènes :

- la fermeture entre 2006 et 2009 de 73 salles de blocs opératoires pour les CHR/CHU, soit près de 5 % du parc existant ;
- la poursuite de l'accroissement de l'activité des blocs (+ 12,1 % d'augmentation des ICR).

Avec les blocs les plus efficaces (ICR moyen le plus important par catégorie à hauteur de 270 000 ICR par salle), les cliniques ont elles aussi fortement augmenté l'efficacité de leurs blocs entre 2006 et 2009 (+ 11 %).

L'accroissement du volume d'ICR est très important (+ 17 % entre 2006 et 2009), cette activité supplémentaire s'installant dans un parc de salles de blocs en augmentation moindre (+ 5 %, soit 160 salles de bloc supplémentaires entre 2006 et 2009).

Les centres de lutte contre le cancer (CLCC) augmentent également très fortement l'efficacité de leurs blocs (+ 20 % en nombre moyen d'ICR par salles) en accroissant très fortement le nombre d'ICR (+ 20 % entre 2006 et 2009) sur un parc de 94 salles qui reste stable.

Après un recul entre 2006 et 2007 puis entre 2007 et 2008, les établissements privés à but non lucratif connaissent une augmentation du nombre d'ICR par salle de bloc en 2009, mais qui ne leur permet pas de rattraper le niveau de 2006 (diminution de 0,5 % du nombre d'ICR par salle entre 2006 et 2009). Leur ratio se situe à un niveau intermédiaire entre celui des CH et celui des établissements privés à but lucratif.

Même s'il augmente légèrement entre 2006 et 2009 (+ 5 %), les centres hospitaliers (CH) sont les établissements dont le ratio « nombre ICR par salle » reste le plus bas (168 223). Les centres hospitaliers qui présentent l'efficacité la plus faible font en moyenne fonctionner des blocs opératoires disposant de moins de salles (3,2 salles pour les 20 % des CH les moins performants, contre 7,9 pour les 20 % des CH les plus performants).

Construction des ratios : le champ des actes retenus pour l'appréciation de l'indicateur est défini par l'ensemble des actes opératoires classants, qui recouvrent les actes retenus pour l'affectation d'un séjour hospitalier à un groupe homogène de séjour chirurgical. Sont ainsi exclues les interventions chirurgicales mineures et l'activité interventionnelle.

Le nombre d'ICR par établissement est issu de la valorisation par leur ICR de l'ensemble des actes opératoires classants réalisés par l'établissement.

Le nombre d'ICR par salle de bloc est calculé comme le nombre total d'ICR rapporté au nombre de salles d'intervention chirurgicale issu de l'enquête SAE (Statistique annuelle des établissements de santé) de la DREES ; il est calculé pour chaque catégorie d'établissement.

Précisions méthodologiques : les résultats présentés ci-dessus sont ceux des établissements publics et privés ayant une activité de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) qui ont déclaré un bloc opératoire dans la SAE.

Afin d'obtenir des niveaux d'ICR comparables, le référentiel d'ICR par acte du secteur public a été utilisé pour l'ensemble des établissements publics et privés. La comparaison doit néanmoins être faite avec prudence, car les secteurs sont positionnés sur des activités chirurgicales différentes.