

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° 4-8 : Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire

Finalité : le développement de la chirurgie ambulatoire est une source d'amélioration des prises en charge des patients, de renforcement de l'activité de chirurgie et d'optimisation des ressources humaines et financières. C'est pourquoi le développement d'une chirurgie ambulatoire substitutive à la chirurgie à temps complet doit être une priorité pour les établissements de santé, comme il l'est pour le ministère de la santé et pour l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Des actions ont été menées entre 2006 et 2010 portant sur les domaines de la régulation, de la politique tarifaire, des organisations et sur la mise sous accord préalable des établissements de santé en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008. La chirurgie ambulatoire a été définie comme un des dix programmes prioritaires de la gestion du risque pour les années 2010 et suivantes, par le Ministère chargé de la santé et l'Assurance Maladie, et comme un enjeu majeur de l'évolution de l'offre de soins par le SROS-PRS (les schémas régionaux d'organisation des soins - projet régional de santé) pour les années 2011 à 2016.

Un objectif de développement de la chirurgie ambulatoire a été défini pour 2010 et 2011 reposant sur une liste limitative de gestes réalisables en ambulatoire chez un patient standard. Pour 2012, cet objectif est complété par un objectif correspondant à un changement de paradigme prenant en compte toute l'activité de chirurgie pour l'ensemble des patients (Instruction DGOS/SDR3 du 27 décembre 2010 relative à la chirurgie ambulatoire : perspectives de développement et démarche).

L'analyse de l'évolution de la pratique de la chirurgie ambulatoire est effectuée au travers de deux indicateurs retenus dans le cadre du suivi de la chirurgie ambulatoire :

- 1) une analyse de l'activité de chirurgie ambulatoire réalisée à partir de l'étude d'une sélection de gestes marqueurs retenus pour les actions de mise sous accord préalable (indicateur 1 - taux plancher).
- 2) une analyse de l'activité de chirurgie ambulatoire réalisée en prenant en compte l'ensemble de l'activité de chirurgie (indicateur 2 - taux cible).

Résultats : l'indicateur présente le taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (en pourcentage), par secteur d'hospitalisation :

En %

Année	2008				2009				2010				Objec- tif
	public	privé à but non lucratif	privé à but lucratif	total	public	privé à but non lucratif	privé à but lucratif	total	public	privé à but non lucratif	privé à but lucratif	total	
Ensemble des 17 gestes	62,7	66,9	67,8	65,2	69,4	74,2	76,8%	74,6	72,8	79,2	80,6	78,3	85%
Taux global de chirurgie ambulatoire	22,9	29,5	41	33,6	25	32,9	44,1%	36,%	26,3	34,6	46	37,7	

Source: CNAMTS, PMSI-MCO, 2008, 2009, 2010. Champ : France métropolitaine.

Ces données montrent que la réalisation en chirurgie ambulatoire des actes relevant de la mise sous accord préalable connaît une forte progression globale entre 2008 et 2010 sur l'ensemble des 17 gestes, mais également sur la quasi-totalité des gestes marqueurs présentés. La pratique de la chirurgie ambulatoire progresse également parmi les pratiques chirurgicales dans leur ensemble mais dans une moindre proportion montrant des marges de progression dans les années à venir. Les établissements privés gardent un taux de pratique de la chirurgie ambulatoire plus élevé que les établissements publics même si le secteur public progresse.

L'objectif est que toutes les catégories d'établissements atteignent en 2010 un taux de pratique plancher de la chirurgie ambulatoire de 85 % sur l'ensemble des 17 gestes marqueurs. Le taux cible 2016 de chirurgie ambulatoire sur l'ensemble de l'activité de chirurgie est à définir.

Construction des indicateurs : l'analyse de l'évolution de la pratique de la chirurgie ambulatoire est effectuée au travers de deux indicateurs retenus dans le cadre du suivi de la chirurgie ambulatoire :

- 1) Une analyse de l'activité de chirurgie ambulatoire réalisée à partir de l'étude de gestes marqueurs pour des actes réalisables chez un patient standard (indicateur 1). Une liste de 17 gestes a été élaborée, validée avec les sociétés savantes, puis actualisée en 2010 dans le cadre du déploiement de la mise sous accord préalable des prestations portant sur la chirurgie ambulatoire des établissements de santé. Cette liste est appelée à être de nouveau réactualisée en lien avec l'évolution des techniques et les travaux avec les sociétés savantes.
- 2) Une analyse de l'activité de chirurgie ambulatoire réalisée en prenant en compte l'ensemble de l'activité de chirurgie pour tous les patients (indicateur 2). Cette analyse prend en compte l'activité chirurgicale ambulatoire dans toutes les spécialités incluant les prises en charge innovantes.

Précisions méthodologiques sur les indicateurs retenus : les 17 gestes marqueurs sont les suivants : chirurgie tumeur anale, chirurgie de la cataracte, amygdalectomie, dénoïdectomie, arthroscopie du genou, chirurgie des varices, cure de hernie chez l'adulte, décompression du canal carpien, drain transtympanique (pose), chirurgie du sein, chirurgie anale, cure de phimosis, chirurgie nasale, cure de hernie sous coelioscopie, cure de hernie chez l'enfant, maladie de Dupuytren, chirurgie du strabisme, chirurgie testiculaire.

- 1) Le taux de chirurgie ambulatoire de l'indicateur 1 est déterminé à partir de l'analyse des bases PMSI :
 - en sélectionnant les séjours chirurgicaux au cours desquels ont été pratiqués un des actes de la classification commune des actes médicaux (CCAM) correspondant à l'un des 17 gestes ;
 - en rapportant le nombre de séjours réalisés en ambulatoire à l'ensemble des séjours de un jour et plus.

Cette méthodologie permet de ne cibler que les actes qui sont réalisables en ambulatoire selon les sociétés savantes.

- 2.) Le taux de chirurgie ambulatoire de l'indicateur 2 est déterminé à partir de l'analyse des bases PMSI au travers du ratio : nombre de séjours des groupes homogènes de malades (GHM) en C avec une durée de 0 jour rapporté à l'ensemble des séjours des groupes homogènes de malades (GHM) en C (GHM V11 B - hors CMD 14 et 15).