

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 et d'optimisation des ressources humaines et financières. C'est pourquoi le développement d'une chirurgie ambulatoire substitutive à la chirurgie à temps complet est une priorité pour les établissements de santé, comme il l'est pour le ministère de la santé et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Des actions ont été menées entre 2006 et 2012 portant sur les domaines de la régulation, de la politique tarifaire, des organisations dont la mise sous accord préalable des établissements de santé en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008. Les résultats sont encourageants mais encore insuffisants et présentent des inégalités sectorielles et territoriales importantes. Par conséquent, le gouvernement poursuit une politique volontariste de développement de la chirurgie ambulatoire au travers de leviers pluriels.

La chirurgie ambulatoire a été définie comme un des 10 programmes prioritaires de la gestion du risque pour les années 2010 et suivantes (partagés Ministère de la santé et Assurance maladie) et comme un enjeu majeur de l'évolution de l'offre de soins par le SROS-PRS pour les années 2012 à 2016. Les incitations tarifaires ont été amplifiées. En 2013, 47 séjours chirurgicaux sont à tarif identique entre la chirurgie ambulatoire et l'hospitalisation complète de 1^{er} niveau de sévérité. Le programme d'actions pluriannuel commun entre la Haute Autorité de Santé et l'Agence Nationale d'Appui à la Performance se développe avec la publication à l'attention des établissements de santé d'outils diagnostic interne et externe, de recommandations organisationnelles (gestion des flux, gestion des risques), l'outil OPEERA d'évaluation économique relatif à l'ambulatoire, l'accompagnement personnalisé d'établissements de santé et d'ARS. Des travaux sont menés par le ministère sur des indicateurs de qualité et de sécurité des soins spécifiques. Des plans d'actions régionaux, élaborés en 2012, sont en cours de mise en œuvre. Ils comportent notamment la contractualisation avec les établissements de santé par les ARS sur des objectifs de développement, d'organisation et de qualité des prises en charge. La mise sous accord préalable des établissements de santé étendue à 38 gestes marqueurs a concerné 196 établissements en 2012. Depuis août 2013, une action expérimentale est lancée sur 6 territoires régionaux par la Mutualité sociale agricole avec la DGOS afin d'améliorer le recours à la chirurgie ambulatoire de populations rurales.

L'analyse de l'évolution de la pratique de la chirurgie ambulatoire est effectuée avec 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 : 17 gestes étendus à 38 en 2012.

2/ Une analyse de l'activité de chirurgie ambulatoire réalisée en prenant en compte l'ensemble de l'activité de chirurgie.

Résultats : l'indicateur réalise un suivi de la pratique de la chirurgie ambulatoire, par secteur d'hospitalisation (en %) :

Année	2009				2010				2011				2012				Objectif
	public	lucratif	privé à but non lucratif	privé à but lucratif	Ensemble	public	lucratif	privé à but non lucratif	privé à but lucratif	Ensemble	public	lucratif	privé à but non lucratif	privé à but lucratif	Ensemble		
Ensemble des 17 gestes	69,4	74,2	76,8	74,6	72,8	79,2	80,6	78,3	75,4	82,4	83,2	81	77	84	85	83	85% en 2013
Ensemble des 38 gestes	-	-	-	-	62,9	69,2	73,9	70,3	65	71,8	76,3	72,6	67	74	76,3	78	-
Taux global de chirurgie ambulatoire	24	31	44,1	36,2	25,2	33	46	37,8	26,8	35,1	47,8	39,5	28,5	35,2	49,1	40,8	50% en 2016

Source : CNAMTS, ATIH, PMSI-MCO, 2008-2012. Champ : France métropolitaine

Ces données montrent que la réalisation en chirurgie ambulatoire sur les actes relevant de la mise sous accord préalable connaît une forte progression entre 2009 et 2012 sur l'ensemble des 17 gestes, mais également sur la quasi-totalité des gestes marqueurs présentés. L'objectif est que chaque région atteigne en 2013 un taux de pratique de la chirurgie ambulatoire de 85% pour l'ensemble des 17 gestes marqueurs.

La pratique de la chirurgie ambulatoire progresse également dans l'ensemble de la pratique chirurgicale mais dans une moindre proportion montrant des marges de progression dans les années à venir. Le taux cible 2016 de chirurgie ambulatoire sur l'ensemble de l'activité de chirurgie a été concerté avec l'ensemble des acteurs au niveau national en novembre 2011 : la perspective d'une chirurgie ambulatoire majoritaire à l'horizon de fin 2016 a été jugée à la fois possible et raisonnable.

Ces objectifs font l'objet d'une contractualisation entre l'État et les agences régionales de santé et entre ces dernières et les établissements de santé.

Construction des indicateurs : l'analyse de l'évolution de la pratique de la chirurgie ambulatoire est effectuée au travers de deux indicateurs.

1/ Une liste de 17 puis de 38 gestes a été élaborée, validée avec les sociétés savantes dans le cadre du déploiement de la mise sous accord préalable des prestations portant sur la chirurgie ambulatoire des établissements de santé (indicateur 1). Cette liste est actualisée en lien avec l'évolution des techniques et les travaux avec les sociétés savantes.

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 CCAM correspondant à l'un des 17/38 gestes
- en rapportant le nombre de séjours réalisés en ambulatoire à l'ensemble des séjours.

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

2/Une analyse de l'activité de chirurgie ambulatoire réalisée en prenant en compte l'ensemble de l'activité de chirurgie (indicateur 2), recouvrant toutes les spécialités ainsi que les prises en charge innovantes.

Le taux de chirurgie ambulatoire de cet indicateur est déterminé à partir de l'analyse des bases PMSI au travers du ratio : nombre de GHM en C sans nuitée rapporté à l'ensemble des GHM en C (GHM V11 B - hors CMD 14 et 15 recouvrant les activités d'obstétrique et de néonatalogie).