

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Organisation

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction de la régulation
de l'offre de soins

Bureau des plateaux techniques et des prises
en charge hospitalières aiguës (R3)

Instruction DGOS/R3 n° 2015-296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020

NOR : AFSH1522968J

Validée par le CNP le 25 septembre 2015. – Visa CNP 2015-153.

Date d'application : immédiate.

Catégorie : directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : la présente instruction précise les objectifs et orientations du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour les années 2015-2020 et les attendus en région.

Mots clés : chirurgie ambulatoire – programme national – actions régionales – établissements de santé.

Références : articles R. 6121-4 et D. 6124-301 à D. 6124-305 du code de la santé publique.

Annexes :

- Annexe 1. – Évolution du périmètre du taux global de chirurgie ambulatoire.
- Annexe 2. – Méthodologie de transférabilité des séjours de chirurgie réalisés en hospitalisation complète vers l'ambulatoire et rythme de progression au niveau national.
- Annexe 3. – Cibles nationales et régionales de développement de la chirurgie ambulatoire pour les années 2015-2020.
- Annexe 4. – Maquette d'indicateurs d'activité par spécialité chirurgicale.
- Annexe 5. – Cartographie des établissements de santé et propositions d'accompagnement.
- Annexe 6. – Accompagnement des opérations de modernisation des établissements de santé *via* le FMESPP.
- Annexe 7. – Fiche relative au décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation.
- Annexe 8. – Politique d'incitation au développement de la chirurgie ambulatoire dans le cadre des campagnes tarifaires des établissements de santé.

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour attribution).

Le développement de la chirurgie ambulatoire (CA) s'inscrit dans le cadre plus global du « virage ambulatoire », axe fort de la Stratégie nationale de santé et du projet de loi de modernisation de notre système de santé. Sur la base des préconisations du rapport élaboré par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection générale des finances (IGF) relatif aux « perspectives du

développement de la chirurgie ambulatoire en France», rendu public en janvier 2015, le ministère a défini les orientations stratégiques du programme national de chirurgie ambulatoire pour les années 2015-2020.

Un programme national de développement de la CA concerté avec l'ensemble des acteurs lors des comités de pilotage réunis les 29 janvier et 18 mai 2015 a été défini pour les années 2015-2020.

La présente instruction a pour objet de préciser :

- les objectifs de développement de la CA en substitution de l'hospitalisation complète (HC);
- les orientations stratégiques nationales et les actions à déployer en région.

I. – LES OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DE LA CA À HORIZON 2020 ET LES ÉCONOMIES ASSOCIÉES

L'objectif est d'atteindre un taux global national de CA de 66,2 % (nouveau périmètre) à horizon 2020. Cet objectif, fondé sur une méthode unique de transférabilité des séjours d'HC, est déterminé à partir des potentiels « personnalisés » de l'ensemble des établissements de santé (ES).

1. L'évolution du périmètre du taux global de CA

Dès 2015, le périmètre du taux global de CA évolue pour refléter davantage l'activité réalisée au bloc opératoire par les chirurgiens et se rapprocher le plus possible des comparaisons internationales (cf. annexe 1).

Ce changement de périmètre a une incidence sur le taux global de CA. Ainsi, l'objectif national, fixé sur l'ancien périmètre, d'atteindre un taux de CA de 50 % en 2016 correspond désormais, sur le nouveau périmètre, à un taux de CA de 54,7 % en 2016.

Si le taux global de CA défini sur le nouveau périmètre constitue, dès 2015, l'outil de la contractualisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) État/ARS et ARS/ES, vous continuerez à disposer, à titre de repère, des taux de CA définis aux niveaux national, régional, par catégorie d'établissement et par Établissement de santé, sur l'ancien périmètre¹.

2. La détermination du potentiel national de CA modulé dans le temps

Le potentiel national de CA retenu dans le cadre du programme national de développement de la CA correspond à celui du scénario « fort » privilégié par la mission IGAS/IGF, fixé à 62,2 % sur l'ancien périmètre, correspondant ainsi à un taux de CA national de 66,2 % sur le nouveau périmètre. Il se fonde sur une méthodologie unique de détermination des potentiels de substitution des séjours d'HC vers la CA à partir de taux de transférabilité variables en fonction des durées moyennes de séjours (DMS) et des niveaux de sévérité des séjours. Cette approche permet d'envisager des potentiels de développement par ES et par région (correspondant à la synthèse de l'ensemble des potentiels des établissements de santé d'une même région). Une maquette d'indicateurs d'activité par spécialité chirurgicale permettant d'analyser plus finement les potentiels de développement par racine de GHM est mise à disposition² (cf. annexe 4), ceci afin de faciliter notamment une approche *via* le case-mix de chaque ES.

La cible nationale de CA de 66,2 %, fixée à horizon 2020³, est modulée dans le temps pour permettre l'adaptation des organisations. Le rythme de progression, envisagé en 2 temps, tient compte des avis des sociétés savantes qui ont déterminé, avec la DGOS, des fourchettes de développement dans chacune de leur spécialité à l'horizon de 2016⁴.

¹ Ces données sont disponibles pour la période 2010-2014 depuis les onglets « Applications »/« Analyse d'activités spécifiques »/« Programme national de CA »/« Indicateurs globaux GDR » sur le site de l'ATIH : <http://www.scansante.fr>. Pour toute question, vous pouvez vous adresser à l'ATIH à l'adresse suivante : analyse_activite@atih.sante.fr.

² Ces données sont disponibles sur le site Scansanté de l'ATIH. Les sept spécialités chirurgicales sont les suivantes : chirurgie gynécologique, ophtalmologique, ORL, orthopédique, stomatologique, urologique, viscérale et digestive. Les maquettes seront actualisées sur les données 2014 en septembre 2015.

³ L'horizon temporel est fixé à 2020 et non à horizon 2018 comme proposé par la mission IGAS/IGF.

⁴ L'agrégation des taux par spécialité rejoint l'objectif national d'atteindre un taux de CA de 50% en 2016 (ancien périmètre). Les travaux avec les sociétés savantes seront poursuivis afin de déterminer de nouvelles fourchettes de développement à l'horizon 2018. Toutefois, ces éléments, s'ils constituent des éléments d'appréciation de la faisabilité médicale en CA au niveau national ne peuvent s'appliquer à l'échelon d'un établissement, celui pouvant avoir un degré de « maturité » variable en termes de pratique de CA et d'organisation.

Ainsi, le rythme de progression de la CA est le suivant :

- les années 2015 et 2016 correspondent à une phase de transition et d'adaptation des organisations, soit environ + 2.2 points de progression par an au niveau national. L'objectif national concerté avec les acteurs en 2011 d'un taux de CA de 50 % à horizon 2016, sur l'ancien périmètre (soit 54,7 % sur le nouveau périmètre) est conservé et constitue un point d'étape ;
- les années 2017 à 2020 correspondent à une phase de progression plus soutenue, soit environ + 2.9 points de progression par an au niveau national (*cf.* annexes 2 et 3).

3. Les économies associées au développement de la CA

Le développement de la CA doit permettre aux ES de réaliser des économies de fonctionnement au fur et à mesure que la pratique ambulatoire se généralise en substitution des prises en charge d'HC et que les organisations sont restructurées en conséquence.

Le plan national de développement de la CA participe ainsi à l'objectif d'économies du plan triennal 2015-2017 en contribuant à la réduction des capacités d'HC en chirurgie couplée, le cas échéant, aux actions générales de meilleure organisation des séjours et des plateaux techniques.

Parallèlement, la procédure de MSAP, initiée par la CNAMTS en 2008, va se poursuivre avec un élargissement du nombre de gestes concernés (de 43 gestes en 2013-14 à 55 gestes en 2015) pour cibler environ 200 ES sur la base du décret en cours d'examen au Conseil d'État qui sera publié mi-novembre. La CNAMTS poursuit également en lien avec l'ARS son action d'accompagnement des ES (MMH MCO) avec mise à disposition du taux de chirurgie ambulatoire des 55 gestes marqueurs (taux de l'établissement, régionaux et nationaux).

L'estimation cible des économies de fonctionnement, évaluées par l'IGF et l'IGAS à environ 600 millions d'euros au total, est retenue par le ministère. Elle est cependant modulée dans le temps, à un horizon 2020, afin de tenir compte :

- du temps nécessaire pour d'une part, la diffusion des pratiques et d'autre part, l'élaboration et la mise en œuvre effective des organisations de CA notamment pour les ES en phase de « démarrage » ;
- de la soutenabilité des efforts d'économies demandés aux ES, ceux-ci devant se réorganiser avant de pouvoir dégager des marges d'efficience ;
- de la mise en œuvre des restructurations, notamment des fermetures de services ayant une faible activité de chirurgie.

Dans ce cadre, le ministère a ainsi retenu un montant d'économies de fonctionnement à répercuter sur la masse tarifaire nationale des séjours de chirurgie (*cf.* annexe 8) qui s'établit à 400 M€ à horizon 2017, décliné de la façon suivante : 80 M€ en 2015, 160 M€ en 2016 et 160 M€ en 2017.

Il s'appuie en particulier sur l'arrêt des incitations tarifaires pour les racines en tarif unique dès que le taux de CA de la racine atteint au niveau national 80 %, objectif de maturité proposé par les inspections générales (*cf.* annexe 8).

II. – LES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES NATIONALES ET LES ACTIONS À DÉPLOYER EN RÉGION

1. Améliorer l'organisation des structures pratiquant la CA sur la base d'objectifs de progression

L'enjeu est de parvenir, sur la base d'objectifs personnalisés par ES, à améliorer l'efficience des organisations pour développer la CA en substitution de l'HC.

Pour parvenir à cet objectif, vous disposez des taux de CA cibles annualisés par ES calculés selon la méthode définie au point I-2, à partir du case mix de l'établissement constaté en 2013⁵. Communiqués à titre indicatif pour servir de base aux dialogues CPOM ARS/ES, ces taux sont, en outre, à croiser avec les autorisations à l'activité de chirurgie. Pour la fixation des cibles annualisées, il conviendra de prendre en compte d'une part, les spécificités de l'établissement ainsi que son environnement externe et d'autre part, les caractéristiques de l'activité de chirurgie (domaine, volume, progression observée en CA) et le degré de maturité des organisations (blocs, UCA).). Ce

⁵ Données transmises par l'intermédiaire du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales.

niveau de maturité organisationnelle peut être évalué *via* l'outil de diagnostic ANAP/HAS « Interdiag chir ambu »⁶ et l'indicateur de performance chirurgie ambulatoire ANAP/ATIH (volume, indice d'organisation, case-mix, innovation)⁷.

Il est important de rappeler que le développement de la CA doit s'appuyer sur une masse critique d'activité. Il ne doit être en aucun cas le palliatif à une activité de chirurgie défaillante et qui fait l'objet d'une restructuration⁸. À titre indicatif, un outil de cartographie des ES est disponible en annexe n° 5 visant à mieux cibler les actions à envisager.

Le rythme de progression de l'établissement vers l'objectif de 2020 est à intégrer dans la détermination des cibles contactualisées dans le cadre des CPOM ARS/ES (2012-2017).

Pour atteindre ces objectifs, il conviendra d'envisager avec l'établissement concerné les actions à conduire pouvant éventuellement faire l'objet d'une contractualisation. L'accompagnement que vous mettrez en œuvre est à déterminer en fonction des potentialités de développement propres à l'établissement considéré (*cf.* annexe 5).

Des outils complémentaires⁹ de nature organisationnelle ou d'ordre médico-économique sont mis à disposition :

- l'outil documentaire en ligne « Itinéraire chir ambu »¹⁰ recommandé dans le rapport IGAS/IGF, permettant une meilleure appropriation des recommandations organisationnelles ANAP/HAS et les éléments du benchmark des bonnes pratiques cliniques ;
- l'outil prospectif d'évaluation économique relatif à l'ambulatoire développé par l'ANAP¹¹, accessible sur son site (OPEERA) qui permet notamment à un ES de mesurer l'impact économique et capacitaire du transfert d'activité de chirurgie conventionnelle vers l'ambulatoire, utilisable par les ARS et les ES ;
- le logiciel de microcosting de la HAS¹² qui permet aux ES de calculer le coût réel de réalisation d'un geste chirurgical donné en CA, de le comparer aux recettes perçues et de simuler la variation du coût dudit geste en fonction du volume des patients ou de nouvelles modalités d'organisation (ex : extension d'horaire de l'UCA).

Un accompagnement par l'ANAP de 250 établissements ex-DG est prévu pour la mise en œuvre du virage ambulatoire dans le cadre du programme d'économies ONDAM. Cet accompagnement repose sur des formations présentielles¹³ et un mentorat jusqu'en 2017. Il a pour finalité de permettre une maîtrise des fondamentaux, de comprendre les enjeux, d'identifier les freins et les leviers en vue de la mise en œuvre de leur propre modèle organisationnel, notamment celui de la CA, en particulier à partir des outils pré-cités.

À noter que les prestations d'hébergement temporaire non médicalisé, en amont ou en aval de l'hospitalisation, dont l'expérimentation est prévue par l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015¹⁴, n'ont pas pour objectif premier le développement de l'activité de CA, même si elles peuvent y contribuer dans certaines situations.

2. Encourager l'innovation et maintenir un haut niveau de qualité et de sécurité des soins

L'enjeu est d'étendre la CA à des gestes/actes plus complexes, des pathologies plus lourdes, des populations plus diverses (comorbidités, patients âgés, etc.) et d'encourager l'inscription de la séquence chirurgicale réalisée en ambulatoire dans la mise en œuvre de parcours plus « complexes » (exemple : cancérologie) en maintenant un haut niveau de qualité et de sécurité des soins.

⁶ <http://www.anap.fr/l-anap/programme-de-travail/promouvoir-la-performance-interne-des-organisations-des-es-et-esms/itineraire-chir-ambu/> ou <http://www.anap.fr/l-anap/programme-de-travail/detail/actualites/pour-evaluer-et-mettre-en-oeuvre/>

⁷ Bientôt disponibles.

⁸ Cet objectif était déjà affirmé dans le guide méthodologique SROS-PRS diffusé aux ARS en décembre 2010.

⁹ Développés par la HAS et l'ANAP dans le cadre de leur programme de travail pluriannuel 2012-2016 « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire ».

¹⁰ <http://www.anap.fr/l-anap/programme-de-travail/promouvoir-la-performance-interne-des-organisations-des-es-et-esms/itineraire-chir-ambu/>

¹¹ <http://www.anap.fr/publications-et-outils/outils/detail/actualites/outil-prospectif-devaluation-economique-relatif-a-lambulatoire-opeera/>

¹² Le logiciel de microcosting peut être obtenu sur demande écrite auprès de la HAS via un formulaire à l'adresse suivante : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2019007/fr/outil-logiciel-permettant-l-analyse-de-l-adequation-des-tarifs-aux-couts-de-production-de-la-chirurgie-ambulatoire-par-methode-de-microcosting

¹³ La 1^{re} séquence de formation à la chirurgie ambulatoire s'étend d'octobre 2015 à janvier 2016. Inscription en ligne : <http://formations-plan-triennal.anap.fr/module/index>

¹⁴ Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015.

Pour parvenir à cet objectif, il convient :

- d’encourager la diffusion des bonnes pratiques entre les professionnels et les ES ;
- de soutenir et d’accompagner les projets d’équipes qui souhaitent développer des pratiques innovantes (médicales ou organisationnelles) et/ou toute opération concourant à la modernisation des ES *via* le lancement d’appels à projets :
 - soit, initiés et financés en région ;
 - soit, à partir de crédits alloués *via* le Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP¹⁵) selon des objectifs et une procédure décrits en annexe 6 ;
- de participer à la mise en œuvre de l’appel à projets lancé par la DGOS, en lien avec l’INCa, visant à soutenir et à accompagner sur une période de deux ans des équipes chirurgicales autorisées à la chirurgie du cancer pour élaborer, mettre en œuvre et évaluer des projets organisationnels innovants permettant le développement de la CA en cancérologie¹⁶.

Dans un contexte d’extension de la pratique, vous veillerez à la qualité et la sécurité des prises en charge, corollaires indispensables du développement de la CA. Des outils complémentaires, d’amélioration interne des pratiques de CA, sont mis à disposition des ES lors de la démarche de certification. Il s’agit notamment de :

- la méthode d’audit de processus de l’activité de CA mise en œuvre lors de l’audit de processus du bloc ;
- la méthode du patient-traceur en CA¹⁷.

Les indicateurs de processus et de résultats spécifiques à la CA, en cours d’élaboration par la HAS, seront expérimentés auprès d’ES volontaires fin 2015 - début 2016 et les résultats sont attendus en 2016. Les indicateurs de processus validés feront l’objet d’une 1^{re} campagne nationale de recueil en 2017 (sans diffusion publique) pour une généralisation prévue en 2018.

3. Renforcer la coordination des acteurs dans une logique de parcours

L’enjeu est d’inscrire la séquence chirurgicale dans le parcours de soins du patient pour éviter que son hospitalisation soit un moment de rupture.

Pour parvenir à cet objectif, il convient de favoriser le partage d’informations en amont et en aval du séjour hospitalier entre les professionnels de ville/médico-social et les professionnels hospitaliers, *via* la mise en place d’interfaces entre l’UCA et les professionnels de ville, notamment le médecin traitant (ex : lettre de sortie, messagerie sécurisée). Ces échanges, qui permettent au patient de disposer de l’information nécessaire au bon déroulement de son parcours, contribuent à la qualité des prises en charge et à une meilleure coordination des soins entre les différents acteurs, notamment le médecin traitant qui pourra reprendre la prise en charge usuelle du patient (gestion des comorbidités, etc). Le lien avec la ville est d’autant plus important quand il s’agit de parcours plus complexes (exemple : CA en cancérologie, personnes âgées...).

Par ailleurs, les ARS sont invitées à rappeler aux ES, publics et privés, que les structures pratiquant la CA sont tenues d’organiser la continuité des soins en dehors des heures d’ouverture y compris le dimanche et les jours fériés, soit directement soit par convention avec un établissement tiers¹⁸. Ainsi, le développement de la CA ne saurait se traduire par un déport sur la ville au motif d’un désengagement des équipes pratiquant la CA dans la gestion de la continuité des soins (cf. annexe 7).

Vous accorderez une vigilance particulière à l’hospitalisation à domicile (HAD). En effet, l’HAD est un mode d’hospitalisation complète à part entière. C’est pourquoi, une CA suivie d’une HAD n’est pas une prise en charge ambulatoire et est à proscrire.

4. Développer la formation des acteurs

L’enjeu est d’accompagner la formation¹⁹ d’équipes (médicale, paramédicale et administrative) aux multiples enjeux du développement de la CA : organisationnels, médico-économiques, de qualité et de sécurité des soins, de la coordination ville-hôpital et d’optimisation des capacités qui en découlent.

¹⁵ Cf. décret n° 2013-1217 du 23 décembre 2013 relatif au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés.

¹⁶ Cf. instruction DGOS/R3 n° 2015-222 du 1^{er} juillet 2015 relative à l’appel à projets auprès des ARS pour l’accompagnement de projets pilotes permettant de prendre en charge en chirurgie ambulatoire des patients atteints de cancer.

¹⁷ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2020011/fr/prise-en-charge-en-chirurgie-ambulatoire

¹⁸ Conformément à l’article D.6124-304 du code de la santé publique.

¹⁹ L’article D.6124-301-1 du code de la santé publique rend obligatoire la formation de l’équipe médicale et paramédicale à la spécificité de la prise en charge des patients CA.

Pour parvenir à cet objectif, vous encouragerez le personnel soignant et non soignant à participer aux formations continues organisées en région. En effet, il convient de rappeler aux ES que la formation à la prise en charge des patients en CA est désormais obligatoire conformément à l'article D.6124-301-1 du code de la santé publique.

Pour les établissements publics de santé, la formation qualifiante organisée par l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) est actualisée dès 2015 pour davantage prendre en compte les divers enjeux du développement de la CA²⁰. Il conviendra d'en assurer une large diffusion et d'encourager la participation des équipes médicales et non médicales à cette formation au sein de ces ES.

Vous pouvez également, dans le cadre de la formation initiale des internes, développer l'agrément de nouveaux lieux de stage où se pratique la CA, après avoir recueilli l'avis du doyen et des coordonnateurs de stage de la spécialité concernée.

5. Assurer une large communication portant sur les bénéfices de la CA

L'enjeu est de lever les freins psychologiques au développement de la CA

Pour parvenir à cet objectif, un plan national de communication portant sur les avantages de la CA à destination des patients, des médecins traitants, des chefs d'établissements et des présidents des Commissions médicales d'établissements (CME) sera déployé prochainement.

Vous veillerez, au niveau régional, à sensibiliser l'ensemble des parties prenantes de la CA par divers moyens en vous rapprochant éventuellement des acteurs locaux (ex : caisses d'assurances maladie, la mutualité sociale agricole, etc).

Des informations complémentaires peuvent être recueillies, sous le présent timbre, auprès de la direction générale de l'offre de soins.

Pour la ministre et par délégation :

*Le directeur général
de l'offre de soins,*
J. DEBEAUPUIS

*Le secrétaire général
des ministères chargés des affaires sociales,*
P. RICORDEAU

²⁰ Cf. annexe 16 de l'instruction DGOS/RH4/DGCS/4B n° 2015-247 du 27 juillet 2015 relative aux orientations en matière de développement des compétences de personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

ANNEXE 1

ÉVOLUTION DU PÉRIMÈTRE DU TAUX GLOBAL DE CHIRURGIE AMBULATOIRE

Dès 2015, en plus des GHM chirurgicaux en C (hors CMD 14 et 15), entrent dans le périmètre du taux global de CA les racines suivantes :

4 racines de GHM en K, qui relèvent de pratiques chirurgicales nécessitant le passage au bloc opératoire :

03K02: affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires ;

05K14: mise en place de certains accès vasculaires pour des affections de la CMD 05, séjours de moins de 2 jours ;

11K07: séjours de la CMD 11 comprenant la mise en place d'accès vasculaires en ambulatoire ;

12K06: séjours comprenant une biopsie prostatique en ambulatoire.

3 racines de GHM en Z, présentent dans la liste des 37 procédures de l'association internationale de chirurgie ambulatoire (IAAS¹) :

09Z02: chirurgie esthétique ;

14Z08: interruptions volontaires de grossesse, séjours de moins de 3 jours ;

23Z03: interruptions de confort et autres interventions non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Tableau de correspondance des taux réalisés et des taux cibles de CA, ancien et nouveau périmètre, au niveau national

Années	TAUX RÉALISÉS				TAUX CIBLES						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Ancien périmètre	37,8 %	39,5 %	40,8 %	42,7 %	45,1 %	47,5 %	49,9 %	53,0 %	56,1 %	59,2 %	62,3 %
Nouveau périmètre	43,3 %	44,9 %	46,1 %	48,0 %	50,2 %	52,5 %	54,7 %	57,6 %	60,5 %	63,4 %	66,2 %

¹ International Association for Ambulatory Surgery.

ANNEXE 2

MÉTHODOLOGIE DE TRANSFÉRABILITÉ DES SÉJOURS DE CHIRURGIE RÉALISÉS EN HOSPITALISATION COMPLÈTE VERS L'AMBULATOIRE ET RYTHME DE PROGRESSION AU NIVEAU NATIONAL

La détermination des cibles de CA repose sur deux étapes.

Étape n° 1: détermination des potentiels de transférabilité des séjours d'HC vers la CA calculés en fonction du niveau de sévérité et de la durée des séjours:

À chaque couple « niveau de sévérité/durée de séjour » est appliqué un taux de transférabilité (en %) tenant compte des contraintes liées aux admissions par le service des urgences et des critères socio-économiques des patients. Les niveaux de sévérité 3 et 4 des séjours sont exclus de l'analyse des potentiels. Ces taux de transférabilité par couple sont reproduits dans le tableau ci-dessous:

Niveau de sévérité	1	1	1	1	1	2	2	2
Durée de séjour	1	2	3	4	> 4	3	4	> 4
Taux de transférabilité	08 %	70%	20 %	10 %	10 %	10 %	5 %	5 %

L'application de ces taux figurant dans le tableau ci-dessus permet la détermination d'une cible de CA à atteindre à horizon 2020 par ES, au niveau régional et au niveau national.

À noter que pour:

- les racines comportant un T, les taux de transférabilité des séjours en T1 et en T2 sont respectivement ceux du niveau 1 et 2 du tableau ci-dessus;
- les racines, ajoutées au périmètre du taux global de CA, qui n'ont pas de niveau de sévérité, les taux de transférabilité appliqués sont ceux définis pour le niveau 1. Cela concerne les racines suivantes: 05K14, 11K07, 12K06, 14Z08, 23Z03;
- la racine 03K02, également ajoutée au périmètre du taux global de CA, les taux de transférabilité sont ceux du tableau ci-dessus avec exclusion des niveaux 3 et 4 de sévérité;
- la racine 09Z02, également ajoutée au périmètre du taux global de CA, les taux de transférabilité des séjours du niveau A correspondent à ceux du niveau 1 et les taux de transférabilité des séjours de niveau B correspondent à ceux du niveau 2 du tableau ci-dessus.

Étape n° 2: détermination du rythme de progression du développement de la CA au niveau national (en points):

La pente de progression sur la période 2014-2016 tient compte de l'avis des sociétés savantes de chirurgie consultées et de la faisabilité médicale des racines de GHM à horizon 2016. Pour les racines de GHM n'ayant pas fait l'objet d'une analyse de leur faisabilité médicale en CA avec les sociétés savantes de chirurgie, le point d'étape 2016 est issu de la tendance linéaire 2013/2020 conduisant à la cible 2020.

À partir de 2017 (2017 inclus), la progression vise à atteindre la cible 2020 obtenue à partir des potentiels obtenus lors de l'étape n° 1 figurant ci-dessus, soit une accélération de la progression par rapport à la période de transition 2014-2016.

Le rythme de progression du développement de la CA au niveau national est le suivant:

Années	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Taux global de CA	50,2 %	52,5 %	54,7 %	57,6 %	60,5 %	63,4 %	66,2 %
Points de progression	2,2	2,3	2,2	2,9	2,9	2,9	2,8

ANNEXE 3

CIBLES NATIONALES ET RÉGIONALES DE DÉVELOPPEMENT DE LA CA POUR LES ANNÉES 2015-2020

Région	Taux historiques						Taux linéaires par droite entre 2013 et 2020			Point d'étape	Taux linéaires par droite entre 2016 et 2020			Taux cible		
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		2019	2020	2016	2017	2018	2019
	Alsace	41,3%	42,8%	44,0%	45,5%	47,6%	49,7%	51,8%	54,5%	57,2%	59,9%	62,6%	51,8%	54,5%	57,2%	59,9%
Aquitaine	43,1%	44,4%	45,6%	47,7%	50,1%	52,5%	54,9%	57,8%	60,8%	63,8%	66,8%	54,9%	57,8%	60,8%	63,8%	66,8%
Auvergne	40,8%	42,1%	43,4%	45,2%	47,5%	48,4%	50,9%	53,4%	56,4%	60,0%	64,0%	50,9%	53,4%	56,4%	60,0%	64,0%
Bourgogne	42,1%	43,5%	44,9%	46,2%	48,2%	50,2%	52,2%	55,0%	57,7%	60,4%	63,1%	52,2%	55,0%	57,7%	60,4%	63,1%
Bretagne	40,6%	42,2%	44,3%	46,6%	49,2%	51,8%	54,4%	57,5%	60,5%	63,5%	66,6%	54,4%	57,5%	60,5%	63,5%	66,6%
Centre	42,5%	44,5%	45,7%	47,4%	49,7%	52,0%	54,3%	57,3%	60,2%	63,2%	66,2%	54,3%	57,3%	60,2%	63,2%	66,2%
Champagne-Ardenne	41,8%	43,4%	45,0%	46,6%	48,6%	50,6%	52,5%	55,4%	58,3%	61,2%	64,1%	52,5%	55,4%	58,3%	61,2%	64,1%
Corse	47,5%	48,5%	51,2%	53,3%	55,0%	56,7%	58,4%	61,1%	63,8%	66,5%	69,2%	58,4%	61,1%	63,8%	66,5%	69,2%
Franche-Comté	37,6%	39,8%	40,9%	42,6%	44,9%	47,2%	49,5%	52,8%	56,1%	59,4%	62,8%	49,5%	52,8%	56,1%	59,4%	62,8%
Ile-de-France	45,8%	47,2%	48,5%	50,6%	52,8%	55,0%	57,2%	59,9%	62,5%	65,2%	67,8%	57,2%	59,9%	62,5%	65,2%	67,8%
Languedoc-Roussillon	44,7%	46,1%	46,8%	48,0%	50,1%	52,1%	54,2%	57,0%	59,9%	62,7%	65,5%	54,2%	57,0%	59,9%	62,7%	65,5%
Limousin	39,1%	41,5%	42,7%	44,7%	46,7%	48,7%	50,7%	53,5%	56,3%	59,1%	61,9%	50,7%	53,5%	56,3%	59,1%	61,9%
Lorraine	42,1%	43,1%	44,4%	45,4%	47,5%	49,6%	51,8%	54,5%	57,3%	60,0%	62,8%	51,8%	54,5%	57,3%	60,0%	62,8%
Midi-Pyrénées	38,9%	41,8%	42,9%	45,0%	47,5%	50,0%	52,5%	55,6%	58,7%	61,8%	64,9%	52,5%	55,6%	58,7%	61,8%	64,9%
Nord-Pas-de-Calais	45,7%	47,0%	47,9%	49,6%	51,8%	54,1%	56,3%	59,0%	61,7%	64,4%	67,1%	56,3%	59,0%	61,7%	64,4%	67,1%
Normandie-Basse	40,1%	42,8%	44,1%	45,9%	48,2%	50,6%	53,0%	56,0%	59,1%	62,2%	65,3%	53,0%	56,0%	59,1%	62,2%	65,3%
Normandie-Haute	42,6%	43,6%	45,4%	46,6%	49,1%	51,6%	54,1%	57,2%	60,3%	63,3%	66,4%	54,1%	57,2%	60,3%	63,3%	66,4%
Pays de la Loire	42,9%	45,4%	46,4%	48,7%	51,3%	54,0%	56,6%	59,7%	62,9%	66,0%	69,1%	56,6%	59,7%	62,9%	66,0%	69,1%
Picardie	44,3%	45,7%	46,1%	47,4%	49,5%	51,7%	53,8%	56,9%	60,0%	63,1%	66,2%	53,8%	56,9%	60,0%	63,1%	66,2%
Poitou-Charentes	44,8%	45,9%	47,1%	49,2%	51,4%	53,5%	55,7%	58,8%	61,9%	65,1%	68,2%	55,7%	58,8%	61,9%	65,1%	68,2%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	47,4%	48,3%	49,4%	50,7%	52,9%	55,0%	57,1%	59,8%	62,4%	65,1%	67,7%	57,1%	59,8%	62,4%	65,1%	67,7%
Rhône-Alpes	41,3%	43,0%	44,4%	46,8%	49,1%	51,4%	53,7%	56,6%	59,5%	62,5%	65,4%	53,7%	56,6%	59,5%	62,5%	65,4%
SSA	23,5%	25,8%	28,4%	33,0%	35,4%	37,8%	40,3%	43,7%	47,1%	50,5%	54,0%	40,3%	43,7%	47,1%	50,5%	54,0%
ZZ-Guadeloupe	48,1%	49,0%	48,2%	51,2%	53,1%	54,9%	56,8%	59,7%	62,6%	65,5%	68,4%	56,8%	59,7%	62,6%	65,5%	68,4%
ZZ-Guyane	20,2%	28,2%	26,6%	30,6%	32,7%	34,7%	36,7%	41,9%	47,2%	52,4%	57,6%	36,7%	41,9%	47,2%	52,4%	57,6%
ZZ-Martinique	44,5%	45,4%	47,1%	48,9%	50,5%	52,1%	53,8%	56,2%	58,7%	61,1%	63,6%	53,8%	56,2%	58,7%	61,1%	63,6%
ZZ-Réunion	49,5%	52,2%	52,1%	52,6%	54,4%	56,1%	57,8%	60,7%	63,6%	66,5%	69,3%	57,8%	60,7%	63,6%	66,5%	69,3%
	43,3%	44,9%	46,1%	48,0%	50,2%	52,5%	54,7%	57,6%	60,5%	63,4%	66,2%	54,7%	57,6%	60,5%	63,4%	66,2%

ANNEXE 4

MAQUETTE D'INDICATEURS D'ACTIVITÉ PAR SPÉCIALITÉ CHIRURGICALE

(données accessibles sur Scan-santé à l'adresse suivante:
www.scansante.fr/actualiteq/indicateurs-par-sp%CA%A9cialit%C3%A9)

DÉVELOPPEMENT DE L'ACTIVITÉ DE CHIRURGIE AMBULATOIRE PAR SPÉCIALITÉ

MÉTHODOLOGIE

1. Champ des établissements

S'agissant des établissements, pour le secteur anciennement sous dotation globale, seuls les établissements soumis à la tarification à l'activité sont pris en compte.

2. Champs des séjours

S'agissant du champ des séjours, sous les séjours MCO transmis sont pris en compte (y compris séjours en attente de valorisation et non pris en charge).

3. Classification des GHM

Les séjours sont analysés selon un codage en version 11^e de la classification des GHM.

4. Périmètre de la spécialité

Liste des racines prises en compte.

Résultats pour la spécialité

Onglet recours chirurgie: taux de recours en chirurgie par région (pour 1 000 habitants) pour la spécialité.

Onglet recours CA: taux de recours en chirurgie ambulatoire par région (pour 1 000 habitants) pour la spécialité.

Onglet séjours chirurgie: volume d'activité de chirurgie en nombre de séjours en C pour la spécialité.

Onglet séjours CA: volume d'activité de chirurgie en nombre de séjours en C en distinguant sans nuitée/avec nuitée(s) pour la spécialité.

Onglet taux CA: taux global de chirurgie ambulatoire (sans nuitée) sur le total de la chirurgie pour la spécialité.

Onglet taux CA racine: évolution du taux de chirurgie ambulatoire par racine.

Onglet analyse racine: caractérisation des séjours de la racine.

Onglet top des actes: caractérisation des 25 principaux actes de la spécialité.

Onglet acte et racine: caractérisation des 25 principaux actes d'une racine.

Définition des taux de recours

Les taux de recours sont exprimés en nombre de séjours pour 1 000 habitants et concernent les séjours consommés par les habitants d'une zone géographique quel que soit le lieu de l'hospitalisation.

Taux de recours brut: il correspond au nombre de séjours de patients résidant dans la zone rapporté à la population résidant dans la zone* 1000.

Taux de recours standardisé: les taux de recours sont standardisés par sexe et par tranche d'âge (de 5 ans). Il s'agit d'appliquer le taux brut de chaque classe d'âge et sexe du territoire à la population de la même classe d'âge du niveau national afin d'obtenir un nombre de séjours attendu pour la classe d'âge et sexe. La somme des séjours attendus pour l'ensemble des classes d'âge et des 2 sexes est ensuite divisée par la population totale nationale pour obtenir le taux standardisé du territoire.

ANNEXE 5

CARTOGRAPHIE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ
ET PROPOSITIONS D'ACCOMPAGNEMENT

La méthode proposée ci-dessous permet de dresser une cartographie des établissements de santé afin de cibler les actions à mettre en place. Cette méthodologie résulte d'un croisement entre d'une part, les volumes de séjours et d'autre part, les taux de CA réalisés et de la cible à atteindre.

1. Matrice de cartographie des établissements

	VOLUME DE SÉJOURS important (1)	VOLUME DE SÉJOURS MOYEN (2)	VOLUME DE SÉJOURS FAIBLE (3)
$\sigma_2 > \sigma_1$	Fort potentiel Démarrage à consolider Accompagnement renforcé	Potentiel important Démarrage à consolider Accompagnement renforcé	Faible potentiel Offre à faire évoluer
$\sigma_2 = \sigma_1$	Fort potentiel Démarrage débuté Accompagnement simple	Potentiel important Démarrage débuté Accompagnement simple	Faible potentiel Offre à faire évoluer
$\sigma_2 < \sigma_1$	Maturité Gisements possibles à explorer (innovations) Suivi	Maturité Gisements possibles à explorer (innovations) Suivi	Faible potentiel Offre à faire évoluer

σ_1 = Taux de CA 2014 de l'ES – Taux de CA de 2007 de l'ES (période de 6 ans).
 σ_2 = Taux cible de CA 2020 de CA de l'ES – taux observé de CA 2014 de l'ES (période de 6 ans).

Les volumes figurant ci-dessous sont donnés à titre indicatif. Ils n'ont pas vocation à être interprétés comme des seuils. Ils reprennent ceux retenus par l'IGAS et l'IGF dans leur rapport sur les perspectives du développement de la CA en France (cf. rapport, annexe III, page 41, tableau 38)

QUARTILES	1 ^{ER} QUARTILE	2 ^E QUARTILE	3 ^E QUARTILE	4 ^E QUARTILE
Volume de séjours en C	< 2 101	< 3 900	< 6 701	< 171 353
	Faible volume (3)	Volume moyen (2)	Volume fort (2)	Volume important (1)

2. Les actions d'accompagnement possibles

Accompagnement renforcé :

Autodiagnostic (ex : outil Interdiag, ANAP/HAS).

Choix du case mix et simulation capacitaire (ex : outils OPEERA et/ou AELIPCE de ANAP).

Mise en place de la démarche (ex : guide ANAP, « CA, mode d'emploi »).

Élaboration d'un plan d'actions avec indicateurs de pilotage de l'activité et de suivi par l'ES.

Accompagnement simple :

Identification des actions correctrices ou supplémentaires à mettre en œuvre (qualité, élargissement du case-mix, aménagement organisationnel, analyse des coûts de production, utilisation du logiciel de microcosting de la HAS, etc).

Suivi :

Identification d'actions supplémentaires à mettre en œuvre (organisation de prises en charge innovantes, utilisation du logiciel de microcosting de la HAS permettant d'optimiser la prise en charge du patient et les modalités d'organisation).

Offre à faire évoluer :

Travaux à engager sur une éventuelle restructuration de l'offre de chirurgie : état des lieux de l'activité de l'ES, offre existante dans l'environnement, analyse des besoins de santé non couverts, démographie des professionnels, etc).

À titre indicatif: tableau de répartition prévisionnelle des financements par région

RÉGION	NOMBRE DE SÉJOURS de chirurgie - 2014	PART des séjours de chirurgie	FINANCEMENT PRÉVISIONNEL FMESPP (en €)
Alsace	178 264	2,9 %	372 481
Aquitaine	361 459	5,9 %	755 265
Auvergne	127 571	2,1 %	266 558
Bourgogne	157 959	2,6 %	330 054
Bretagne	288 091	4,7 %	601 963
Centre	206 268	3,3 %	430 995
Champagne-Ardenne	124 868	2,0 %	260 910
Corse	29 133	0,5 %	60 873
Franche-Comté	98 212	1,6 %	205 213
Ile-de-France	1 048 291	17,0 %	2 190 393
Languedoc-Roussillon	285 747	4,6 %	597 065
Limousin	78 649	1,3 %	164 336
Lorraine	219 333	3,6 %	458 294
Midi-Pyrénées	287 520	4,7 %	600 770
Nord-Pas-de-Calais	401 782	6,5 %	839 519
Normandie-Basse	133 631	2,2 %	279 221
Normandie-Haute	156 322	2,5 %	326 633
Pays-de-la-Loire	377 686	6,1 %	789 171
Picardie	142 304	2,3 %	297 343
Poitou-Charentes	164 232	2,7 %	343 161
Provence-Alpes-Côte d'Azur	562 564	9,1 %	1 175 472
Rhône-Alpes	624 609	10,1 %	1 305 114
Guadeloupe	29 032	0,5 %	60 662
Guyane	9 762	0,2 %	20 398
Martinique	26 296	0,4 %	54 945
Réunion	56 086	0,9 %	117 191
Total France	6 175 671	100 %	12 904 000

Source: ATIH - PMSI 2014

ANNEXE 6

ACCOMPAGNEMENT DES OPÉRATIONS DE MODERNISATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ VIA LE FMESPP

Pour améliorer les organisations et aider les ES à réaliser les modernisations et restructurations nécessaires au développement de la CA en substitution à la chirurgie réalisée en HC, des crédits FMESPP peuvent être alloués aux ES.

1. Les objectifs

Cet accompagnement exceptionnel vise à soutenir des projets d'investissement visant :

Le développement de l'innovation en CA :

- innovations organisationnelles permettant de fluidifier les flux et les parcours (ex : outils de gestion des flux, dossier communicant, interfaces ville-hôpital, etc) ;
- équipements de haute technicité ou techniques innovantes (anesthésiques, chirurgicales, de réhabilitation rapide).

La modernisation des structures et l'adaptation des organisations :

- soutien aux opérations d'investissement immobilier ou mobilier pour réorganiser et restructurer l'offre (ex : aménagements des locaux, travaux, etc.).

2. Les modalités d'accompagnement des projets

a) La sélection des projets

Dans le cadre des dispositions du décret n° 2013-1217 du 23 décembre 2013 relatif au FMESPP et afin de mettre en œuvre les objectifs précités, chaque ARS lance un appel à projets auprès de l'ensemble des ES de la région. Il conviendra que la sélection des projets :

- prenne en compte les potentialités de développement de CA de l'ES ;
- réponde au moins à l'un des objectifs précités pour des opérations prévues par les dispositions du décret n° 2013-1217¹ ;
- présente une garantie d'achèvement de l'objectif en 2017 au plus tard.

Elles devront s'assurer que les établissements sélectionnés ne bénéficient pas par ailleurs d'un autre accompagnement financier du même type pour leur projet.

b) Le financement des projets pilotes sélectionnés

Un financement national global de 12,9 millions d'euros est prévu. Ces crédits vous seront délégués en fin d'année 2015, *via* la circulaire FMESPP *ad hoc*, selon une clé de répartition prenant en compte le nombre de séjours de chirurgie réalisés en 2014 dans les régions (*cf. ableau infra*).

Il convient de noter que ce financement, ponctuel et exceptionnel, ne sera pas reconduit.

Les ARS communiqueront à la DGOS (DGOS-R3@sante.gouv.fr) après sélection des projets, les éléments suivants :

- noms et coordonnées des établissements de santé sélectionnés ;
- présentation brève des projets retenus, de leurs objectifs et de leurs enjeux (maximum une page) ;
- montant alloué à chaque Établissement de santé pour son projet.

¹ Cf. Article 7 du décret n° 2013-1217 du 23 décembre 2013 relatif au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés :

« [...] peuvent bénéficier d'un financement par le fonds les dépenses d'investissement des établissements de santé ou des groupements de coopération sanitaire relatives :

1° Aux opérations d'investissements immobiliers ou mobiliers concourant à l'amélioration et à la modernisation des établissements de santé ou des groupements de coopération sanitaire ;

2° Aux acquisitions d'équipements matériels lourds ;

3° Aux opérations concourant au développement des systèmes d'information ;

4° Aux opérations concourant à la réorganisation de l'offre de soins ».

ANNEXE 7

FICHE RELATIVE AU DÉCRET N° 2012-969 DU 20 AOÛT 2012 MODIFIANT CERTAINES CONDITIONS TECHNIQUES DE FONCTIONNEMENT DES STRUCTURES ALTERNATIVES À L'HOSPITALISATION

Les dispositions du décret n° 2012-969 du 20 août 2012 visent à accompagner le développement de la CA dans les établissements de santé.

La durée de prise en charge en CA remplace désormais la durée d'ouverture

Aux termes de l'article D.6124-301-1 du code de la santé publique, la durée de prise en charge des patients en CA est inférieure ou égale à douze heures. La durée d'ouverture de l'UCA, à distinguer de la durée de prise en charge, peut donc être supérieure à une durée de 12 heures.

La CA repose sur une organisation spécifique

L'organisation des soins est désormais décrite au sein de la charte de fonctionnement, celle-ci étant actualisée en fonction de l'évolution de la maturité des organisations et des prises en charge réalisées dans structure pratiquant la CA et évaluée en termes d'activité et de qualité des prises en charge, conformément aux dispositions de l'article D.6124-305 du même code.

Une équipe médicale et paramédicale affectée et formée à la prise en charge des patients en CA

Les dispositions maintiennent l'obligation d'une équipe médicale et paramédicale affectée à la seule structure pratiquant la CA durant la durée de la prise en charge. La seule mutualisation possible en CA concerne les personnels de bloc opératoire. Ainsi, seuls les personnels intervenant à titre principal au secteur opératoire (IBODE, IADE, chirurgiens et anesthésistes) n'ont pas l'obligation d'être rattachés exclusivement à l'UCA ou à l'unité d'anesthésie ambulatoire.

Ces dispositions répondent à un impératif de qualité et sécurité des prises en charge. Elle s'accompagne en outre d'une exigence de formation adaptée des personnels du processus de la chirurgie ambulatoire.

La suppression des normes de personnels

Le décret n° 2012-969 a privilégié une approche qualitative et adaptative des organisations et des prises en charge en supprimant toute référence à des normes quantitatives (suppression du ratio d'un infirmier pour cinq patients présents dans l'unité). Ainsi, la taille et la composition de l'équipe de personnels sont adaptés en nombre et en qualifications aux besoins de santé des patients, à la nature et au volume d'activité effectués et aux caractéristiques techniques des soins dispensés ordinairement tout en maintenant l'obligation d'une présence minimale requise.

Les structures de CA disposent de locaux et matériels dédiés

Les dispositions du 3^e alinéa de l'article D.6124-301-1 maintiennent l'obligation pour les structures pratiquant la CA de disposer de locaux et matériels dédiés. Ces dispositions ne concernent pas les blocs opératoires. En effet, l'article D.6124-302 ne porte pas d'obligation de secteur opératoire dédié aux pratiques de la CA.

Les exigences de qualité et de sécurité des prises en charge

Le décret du 20 août 2012 tend à promouvoir la qualité et la sécurité des prises en charge des patients au travers :

- d'une meilleure prise en compte de la gestion de la douleur dans le cadre de protocoles au sein des UCA et lors de la sortie du patient ;
- d'une meilleure information du patient au moment de sa sortie ;
- d'une continuité des soins renforcée : l'article D.6124-304 prévoit que dans le cas où la structure ne serait pas en mesure d'assurer elle-même la continuité des soins en dehors de ses heures d'ouverture, elle est tenue de conclure une convention avec un autre établissement de santé accueillant à temps complet des patients relevant des disciplines pratiquées par la structure. En tout état de cause, il revient à l'équipe de remettre au patient un bulletin de sortie comportant notamment les consignes de surveillance ainsi que les coordonnées des professionnels à appeler et l'ES de repli en cas de besoin. Cette continuité des soins est placée sous la responsabilité de l'UCA de l'établissement ;

d'une organisation et d'un management de la qualité formalisés, actualisés et évalués ainsi que de la formation des personnels à la prise en charge en CA.

ANNEXE 8

POLITIQUE D'INCITATION AU DÉVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE DANS LE CADRE DES CAMPAGNES TARIFAIRES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Depuis plusieurs années, le ministère accompagne sa politique nationale de développement de la CA de mesures incitatives mises en œuvre au niveau du financement de l'activité chirurgicale des ES. Ainsi, dans le cadre des campagnes tarifaires annuelles des ES, une politique tarifaire toujours plus volontariste est déployée, visant à inciter au développement des prises en charge en CA, en substitution de l'HC.

Mise en place de « tarifs uniques » (TU) et suppression de freins tarifaires à la CA

La principale mesure de cette politique tarifaire incitative a consisté en la mise en place, à partir de 2009, d'un « tarif unique », c'est-à-dire identique entre le séjour en ambulatoire (niveau J) et le premier niveau de sévérité en hospitalisation complète (niveau 1), pour des racines de GHM de chirurgie pour lesquels on observait un contenu médical similaire entre ces niveaux et une prise en charge réalisable en ambulatoire.

Cette politique de TU pour les GHM présentant un potentiel de substitution vers l'ambulatoire n'a cessé de s'étendre à une part toujours plus importante de l'activité de chirurgie :

- 18 GHM en 2009 ;
- 39 GHM en 2012 ;
- 47 GHM en 2013 ;
- 111 GHM pour la campagne tarifaire 2014.

Ainsi, l'année 2014 a marqué la généralisation du TU à tous les GHM de CA¹.

Par ailleurs, la méthodologie de fixation des TU retenue depuis la campagne 2014 répond à une logique d'incitation forte à l'ambulatoire combinée à une désincitation plus ou moins importante à l'HC, en tenant compte, par GHM, du taux d'ambulatoire observé et du potentiel de développement.

De plus, la campagne 2014 a également acté la suppression des bornes basses de tous les GHM de chirurgie de niveau 1 de sévérité en HC, répondant ainsi à la forte demande des professionnels de santé et de l'Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA). Cette mesure vise à favoriser le développement des prises en charge innovantes en ambulatoire ainsi qu'à éviter les incitations à la prolongation médicalement injustifiée des séjours de chirurgie.

Cette politique d'extension progressive du TU, largement concertée et explicitée dans le cadre de chaque campagne tarifaire, tout comme la suppression des bornes basses, constituent un levier efficace d'incitation au développement des prises en charges de 0 jour et un « signal-prix » fort et lisible pour les acteurs.

Évolutions tarifaires en cohérence avec l'objectif de « neutralité tarifaire »

Les évolutions tarifaires mises en œuvre lors des récentes campagnes sur l'activité de chirurgie s'inscrivent dans le cadre plus global de l'objectif de « neutralité tarifaire »². Cette doctrine nationale adoptée dans le cadre du Comité de réforme de la tarification hospitalière (CORETAH) constitue une cible tarifaire à atteindre progressivement. Elle concerne l'ensemble des séjours de chirurgie, qu'il s'agisse des GHM en tarif unique ou de l'activité de chirurgie en HC.

Évolution de la classification des séjours de chirurgie

En outre, la politique incitative à la CA sur le volet tarifaire s'accompagne d'ajustements de la classification des séjours de chirurgie afin d'adapter cette dernière à la problématique de l'ambulatoire et au développement de cette pratique, ainsi que de pérenniser le modèle incitatif en l'inscrivant en amont de la tarification.

Des mises à jour classificatoires sont ainsi régulièrement réalisées dans cette optique.

Une action d'amélioration d'homogénéité du contenu des racines de chirurgie comportant de l'ambulatoire a notamment été mise en œuvre en concertation avec les fédérations hospitalières et les sociétés savantes de chirurgie.

¹ Racines de chirurgie comportant un « J » dans la classification : activité ambulatoire identifiée dans la classification.

² Pour un même GHM, neutralité entre le tarif GHS et le tarif issu des couts (cf.étude adéquation : site de l'ATIH : /www.scansante.fr/enc-mco).