

Les politiques de développement de la chirurgie ambulatoire

11 Janvier 2018

I - Les politiques successives

II – Le positionnement de la FEHAP



I - Les politiques successives

Reconnaissance en octobre 1992 (2 décrets) :

- Actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant anesthésie ou recours au secteur opératoire.
- Se substituant à l'hospitalisation complète
- Sortie à domicile (et non vers un autre mode d'hospitalisation).
- Durée journalière d'ouverture inférieure ou égale à douze heures.
- Unités de soins individualisées et disposant en propre de moyens en locaux, en matériel et en personnel ; 1 IDE/5 patients.
- Permanence et continuité des soins assurées.
- Bulletin de sortie.
- Carte sanitaire : conversion de 2 lits en 1 place
- Démarrage dans le secteur privé, pas ou très peu dans le secteur public



I - Les politiques successives

- Constats 2003, suite enquête CNAMTS 2001
 - Important retard de la France (dernier pays de l'OCDE en 2003)
 - Très fortes disparités :
 - d'un geste à l'autre ;
 - d'un éts à l'autre pour un même geste;
 - Peu de prises en charge innovantes
 - Sensibilisation faible des PS et du public
 - Peu de prise en compte dans les programmes de formation des professionnels
 - Définitions variables d'un pays à l'autre, dont durée de présence :
 - France: < 12h
 - SA: entrée et sortie le même jour

- SROS III (2006-2011): quelles orientations?
 - Demande de développer la chirurgie ambulatoire.
 - Suppression des ratios de conversion.
 - En pratique :
 - Sensibilisation
 - Equipes innovantes
 - Communications lors de Congrès

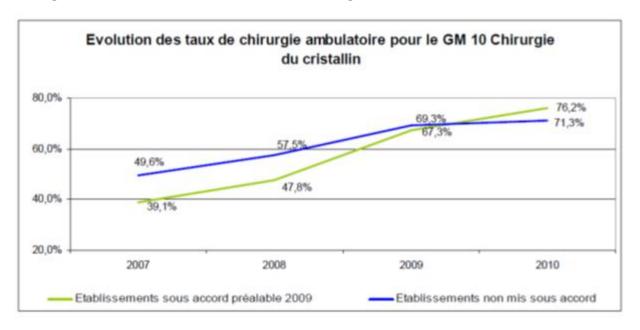


- Procédure de mise sous accord préalable (MSAP) (Loi 2004)
 - Principe :
 - prise en charge de l'HC subordonnée à accord de l'AM
 - pour établissements et actes pour lesquels taux de pratique ambul faible
 - En pratique:
 - Démarrage en 2008, augmentation du nb d'actes et d'éts MSAP ensuite.
 - Résultats :
 - globalement favorables à court terme
 - non exclusivement liés à MSAP (amorcé antérieurement).
 - plus mitigés à moyen terme
 - % de réhospitalisations + élevé (équipes non prêtes)
 - pas de répercussion sur l'ensemble de l'activité de l'établ.
 - pas toujours durable dans le temps
 - => permet rattrapage de retard.



MSAP (suite)

Exemple de la chirurgie de la cataracte en Bretagne :

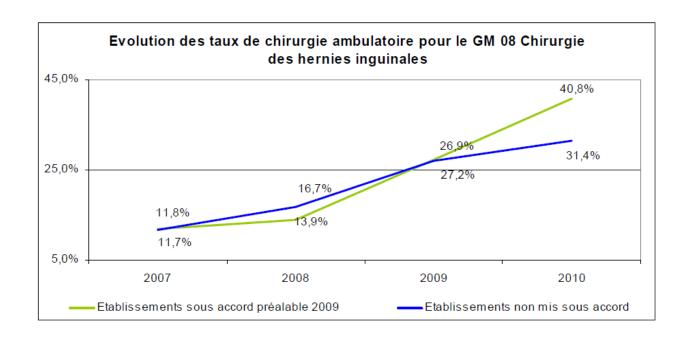


- Ets MSAP = +37 points en 3 ans
- Ets non MSAP = +21 points



MSAP (suite)

Ex des cures de hernie inguinale en Bretagne :



-En 2010, éts MSAP = + 9,4 pts / éts non MSAP.



Incitations tarifaires

- Initiées en 2004 avec la T2A :
 - liens entre tarifs des séjours et coûts (pour ex-DG)
- **2006-2008** :
 - Tarifs uniques pour séjours de 0 nuit ou 1 nuit, pour 15 groupes de séjours considérés comme substituables
 - Puis réduction de l'écart des tarifs de séjours de < 48h et > 48h de 66% (avec baisse des tarifs d'HC et augmentation des tarifs d'HDJ).



Incitations tarifaires (suite)

- 2009-2010:
 - suppression de la durée minimale de certains séjours (bornes basses) => 40 couples substituables;
 - et réduction des écarts entre HdJ et HC (-18%).
- renforcées en 2012-2013 :
 - = création de tarifs pour les séjours d'ambulatoire
 - tarifs identiques pour les séjours ambul et ceux de niveau de sévérité 1.
 - → renforcement de l'attractivité de l'ambulatoire.



- 2010 : ARS
 - CPOM ARS-Etat (2010) :
 - l'un des objectifs donnés aux DG ARS ;
 - objectif national = 50% en 2016, avec adaptations régionales
 - SROS IV (2011-2016) :
 - L'une des priorités nationales = développement de la chirurgie ambulatoire
 - Instruction du 27 décembre 2010/Programme GDR
 - Réalisation d'un bilan quantitatif et qualitatif.
 - Elaboration d'un plan de développement régional 2011-2016 Ex de la Bretagne :
 - 4 axes
 - Un dispositif d'intéressement financier
 - Un taux-cible par établissement



ARS:

Exemples d'actions réalisées :

- Accompagnement financier sous forme d'appels à projets en 2011, 2012, 2013, 2015, dont
 - soutien aux pratiques innovantes,
 - centre de formation au processus ambulatoire,
 - prise en charge spécifique des personnes âgées,
 - recrutement de professionnels pour accompagnement des éts,
 - programmes de RRAC,
 - aide à l'investissement ...
- Actions de promotion vers le grand public (presse écrite, radio), et vers les directions des établissements et les équipes chirurgicales
- Journées régionales d'information
- Site internet spécifique ARS
- CPOM : une annexe spécifique à la chirurgie ambulatoire (objectifs chiffrés en fonction du case-mix de l'établissement et objectifs qualité)
- Elaboration d'outils : passeport ambulatoire, indicateurs de tableau de bord, questionnaire de satisfaction,...



- Décret du 20 goût 2012 :
 - Prise en charge de durée < ou = à 12h (et non horaires d'ouverture).</p>
 - En unité dédiée, avec organisation spécifique et personnel dédié.
 - Obligation de formation du personnel à cette prise en charge.
 - Charte de fonctionnement de l'UCA.
 - Pas de ratios de personnels IDE.
- En pratique, chirurgie ambulatoire = prise en charge chirurgicale avec acte opératoire :
 - séjour avec acte classant chirurgical ;
 - + 7 GHM depuis 2015;
 - à différencier :
 - des séjours chirurgicaux sans acte classant (ex : traumatisme crânien);
 - des séjours ambulatoires sans acte classant chirurgical (endosc. digestives, activités interventionnelles, séjours ambulatoires médicaux type bilans)



Plan ONDAM triennal 2014-2017

- Objectif: contenir l'augmentation des dépenses de santé à 10 milliards d'euros au lieu de 20 milliards si progression linéaire, d'ici 2017.
- 12 volets:
 - 4/ARS;
 - 4 / AM;
 - 4 / mixtes ARS-AM, dont le développement de la chirurgie ambulatoire.



- Instruction du 28 septembre 2015 = plan de développement national
 - Suite à rapport IGAS.
 - Modification du périmètre : + 7 GHM
 - Objectif national = 66,2% en 2020, basé sur :
 - une méthode de transférabilité des séjours d'HC;
 - une évolution du périmètre de la chirurgie ambulatoire ;
 - amélioration de l'organisation des UCA et obj chiffrés par établissement;
 - soutien à l'innovation en maintenant un haut niveau de qualité et sécurité des soins;
 - renforcement du lien avec la médecine de ville ;
 - développement de la formation des acteurs ;
 - large communication sur les bénéfices de la CA.



- Instruction du 28 septembre 2015 (suite)
 - Méthode de calcul de « transférabilité » des séjours d'HC en HDJ, par région et par établissement, en fonction des :
 - niveaux de sévérité
 - DMS

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	80%	70%	20%	10%	10%	10%	5%	5%



- PRS II (2017-2022)
 - GHT
 - Virage ambulatoire



En parallèle, recos SFAR et ANAP

SFAR

- Age supérieur à 3 mois
- Pas de limite d'âge, et même à privilégier chez les PA.
- Assouplissement des conditions (accompagnement la nuit, distance du domicile)

ANAP

- Socle de connaissances avril 2012
- Benchmark
- Accompagnement des établissements
- Nombreux outils dont recommandations organisationnelles :
 - chemin clinique ;
 - place de la gouvernance.
 - **...**



La FEHAP

- 4 500 établissements
- Transversalité sanitaire, médico-sociale, domicile +++ (MCO, SSR, santé mentale, HAD, MRC, SSIAD, centres de santé, EHPAD, structures pour PH)
- MCO: 2 types d'établissements: ex-DG et ex-OQN
- Particularités :
 - pas de secteur libéral,
 - pas de dépassements d'honoraires



Taux de chirurgie ambulatoire

- En 2016,
 - 57 établissements ayant une activité de chirurgie,
 - % de CA = 54,3% (moyenne nationale = 56,8% fin 2017),
 - + 4,2 points en 2 ans
 - Pour les éts ex-OQN, % de CA + élevés (travaillent avec des libéraux)
- Potentiel de substitution
 - selon la méthode IGAS,
 - pour les éts FEHAP = objectif 66,6% en 2020
 - sur la base d'une progression id. à celle constatée entre 2014 et 2016,
 - ightharpoonup prévision 2020 pour les éts FEHAP = 63,8%
 - Nouvel objectif national = 70% en 2022
 - 2 constats:
 - éts FEHAP ayant la plus grosse activité chirurgicale = ceux pour lesquels le différenciel est le plus important par rapport à la cible
 - évolutions constatées dans les 13 éts réalisant plus de 10 000 séjours annuels = 10 ont une progression de + 3 à + 12,2 points
 - →Interroge la méthode de calcul de transférabilité

Ets FEHAP porteurs de nombreuses initiatives

Organisationnelles

- démarches de benchmark avant les productions ANAP (Fondation Rotschild, ...)
- accompagnement ANAP pour la mise en œuvre (ST-Luc à Lyon, ...)
- organisation des UCA, élargissement des horaires d'ouverture
- révision de la chaîne d'accueil du patient (St-Joseph Paris)
- réflexion sur la révision des circuits patients en HC et HDJ
- réingéniering des blocs opératoires,
- IDE de coordination ou « IDE bulle » (clinique Mutualiste Lorient)
 temps de coordination et de formation patients
- formation des professionnels



- Ets FEHAP porteurs de nombreuses initiatives
 - Pratiques professionnelles
 - développement ancien de la CA dans certains d'entre eux (clinique Jules Verne, Bagatelle, Arnaud Tzanck...)
 - nombreuses initiatives innovantes
 - Pose de stents ambulatoires
 - RR après Chirurgie
 - Réhabilitation rapide avant chirurgie en particulier carcinologique (Foch : renutrition, remusculation, ...)
 - Protocoles de pec de la douleur à domicile
 - PTG, PTH
 - Réponse à appels d'offre ARS sur pratiques innovantes,
 - lien ville-hôpital, services intervenant à domicile, plateformes téléphoniques 24/24...
 - Cf site NOV'AP



Avis FEHAP

- FEHAP très favorable au virage ambulatoire, s'inscrivant dans la Stratégie Nationale de Santé et le parcours patient
- Réserves sur
 - La méthode de calcul de transférabilité, qui
 - a privilégié les éts n'ayant pas fait d'efforts préalablement
 - ne tient pas compte du case-mix
 - Les objectifs quantitatifs ne doivent pas être déconnectés d'objectifs qualitatifs
- Nécessité de vision prospective et de politique volontariste sur
 - Seuils minimaux d'activité chirurgicale
 - Politique tarifaire
- Questionnements sur
 - Développement de centres de chirurgie ambulatoire indépendants



Politique budgétaire

- Equilibre économique = dimension vitale pour le secteur PNL (à la différence du secteur public)
- Activité libérale à l'hôpital public = double paiement de la prestation médicale par l'assurance-maladie, non possible dans les PNL
- Nécessité de lisibilité de la construction de la campagne budgétaire et tarifaire, de cohérence et de stabilité
- Efforts d'économies à répartir équitablement entre tous les secteurs (y compris sur enveloppe de ville)
- Proposition FEHAP d'un mécanisme de « partage de gains » entre l'Assurance Maladie et éts de santé afin de financer les investissements organisationnels et informatiques nécessaires (cf. mécanisme déjà existant de gestion du risque)
- Prise en compte de l'innovation



Politique tarifaire

- mesures prudentielles et régulation prix-volume sur les tarifs = inquiétantes pour les gestionnaires et inéquitables puisque équilibre médico-économique des éts PNL seulement grâce à dynamisme et augmentation d'attractivité
- bornes basses des séjours doivent être en rapport avec la stratégie nationale de développement de l'ambulatoire
- nécessité d'une amélioration de la classification des GHM ambulatoires pour prendre en compte dans les tarifs
 - les comorbidités
 - des actes avec ICR très différents dans un même GHM
 - les modifications organisationnelles indispensables au développement de la CA
 - l'innovation
 - l'utilisation non uniforme dans un GHM de matériels et molécules coûteux mais qui ne sont pas intégrés dans la liste en sus (ni dans les innovations)



Audition de la FEHAP par la Cour des Comptes 2018

Virage ambulatoire en chirurgie, médecine, SSR :

3 freins

- Tarifs
- Prise en charge des transports
- Contrôles T2A

Au total

 Le développement de l'ambulatoire n'est pas seulement une question de tarifs mais aussi de gouvernance et d'organisation

