Mise sous accord Préalable

Dr Virginie Luce – Garnier
CHU Robert Debré – DOMU

Docteur Luce et Madame Garnier

PH anesthésie pédiatrique

- Mi-temps anesthésie pédiatrique Robert Debré

Siège AP-HP

- Direction de l'Organisation Médicale et des Universités
- Référente thématique chirurgie

Modèle économique T2A

Production de soin

- Coûts directs
  - **Personnel**
  - Matériel
  - Hôtellerie
  - …
- Coûts indirects
  - Architecture
  - Administration
  - …

Facturation

- Par l'établissement de soin
- Facturation à l'activité
  - Indépendante des coûts
  - Maximiser le codage
  - Logique inflationniste

Paiement

- Par l'assurance maladie
- Payeur « aveugle »
  - Pas de mesure de qualité
  - Développement de mesures essentiellement statistiques
    - MSAP
    - Examens pré interventionnels systématiques
  - Quelques contrats :
    - Contrat du bon usage des médicaments

Hébergement Ambulatoire

Coût

- Permet de ne pas rémunérer du personnel de nuit
- L'économie est effective si les lits d'hospitalisation complète sont fermés

Cadre réglementaire

- Structure
- Horaires
- conditions

Recette pour l'établissement

- Incitation tarifaire
- patients comorbides ?

Incitations à l'ambulatoire

- Depuis 2012 : Alignement progressif des tarifs des séjours en hospitalisation complète de niveau 1 avec les tarifs des séjours ambulatoires comparables
- Depuis 2014 alignement effectif pour les 111 couples HC niveau1 – Ambulatoire
- 2014 : Suppression des bornes basses pour l'ensemble des GHM de chirurgie de niveau 1 et diminution majeure pour les autres

Mise sous accord préalable en chirurgie ambulatoire : principes

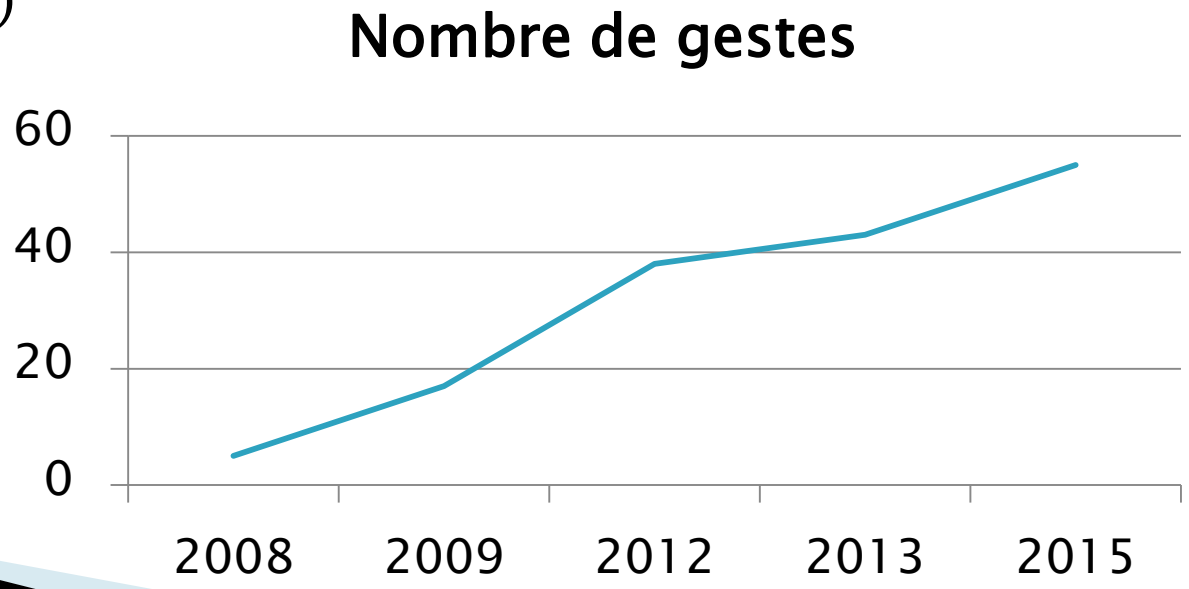
- Prévue dans la loi de financement de la sécurité sociale depuis 2008
- Repose sur l'identification de gestes marqueurs
- L'Assurance Maladie calcule les taux d'ambulatoire par geste marqueur et par établissement, et les compare à la moyenne régionale

$$\frac{\textbf{Nb séjours 0 nuit}}{\textbf{Nb séjours sévérité 1}}$$

- Limites
  - Repose sur l'année N-2
  - Fondé exclusivement sur des statistiques réalisées, ne tient pas compte de la patientèle des établissements
  - Un taux bas peut révéler un codage insuffisant

Identification des gestes marqueurs

- Liste établie en 2001 dans une enquête CNAMTS en partenariat avec l'Association Française de Chirurgie ambulatoire
- Validée par les sociétés savantes de chirurgie
- Concerne toutes les spécialités à l'exception de la neurochirurgie, la chirurgie cardiaque et thoracique
- En augmentation depuis la mise en place la procédure (55 en 2015)



Liste des 55 gestes marqueurs

Orthopédie

- Arthroscopies de cheville
- Arthroscopies de genou hors ligamentoplasties
- Chirurgie de la main
- Chirurgie de la main pour Dupuytren
- Chirurgie de la main pour réparation de ligaments et tendons
- Chirurgie de l'avant pied
- Chirurgie de l'épaule
- Canal carpien et autres libérations nerveuses (MS)
- Chirurgie du pied
- Chirurgie du poignet
- Kystes synoviaux

Vasculaire

- Angioplasties du MS
- Angioplasties périph
- Chirurgie des varices
- **Abord vasculaire**
  - Accès vasculaire
  - FAV

Digestif

- Chirurgie anale
- Chirurgie des hernies de l'enfant
- Chirurgie des hernies abdominales
- Chirurgie des hernies inguinales
- Cholécystectomie

Urologie

- Chirurgie des bourses
- Chirurgie des bourses de l'enfant
- Cure de paraphimosis
- Geste sur la vessie
- Geste sur l'uretère
- Geste sur l'urètre
- LEC

ORL

- Adénoïdectomies
- Chirurgie des sinus
- Chirurgie du nez
- Chirurgie du tympan

Ophtalmologie

- Chirurgie de la conjonctive (ptérygion)
- Chirurgie du cristallin
- Chirurgie du glaucome
- Chirurgie du trou maculaire
- Chirurgie pour strabisme
- Vitrectomie avec pelage de membrane
- Vitrectomie postérieure isolée

Stomatologie

- Avulsion dentaire
- Chirurgie des maxillaires
- Exérèse de lésions de la bouche
- Fermeture de fistule buccale
- Geste sur les glandes salivaires
- Plastie de lèvres

Gynécologie/sein

- Chirurgie de l'utérus
- Chirurgie du col utérin, vulve, vagin
- Interruption tubaire
- Prélèvement d'ovocyte
- Chirurgie du sein/tumorectomie

Peau et lambeaux

- Exérèse de lésions cutanées
- Exérèse de lésions sous-cutanées
- Geste secondaire sur lambeau
- Réparation de perte de substance de l'extrémité céphalique
- Réparation de perte de substance en dehors de l'extrémité céphalique

Taux d'ambulatoire nationaux sur les gestes marqueurs (17)

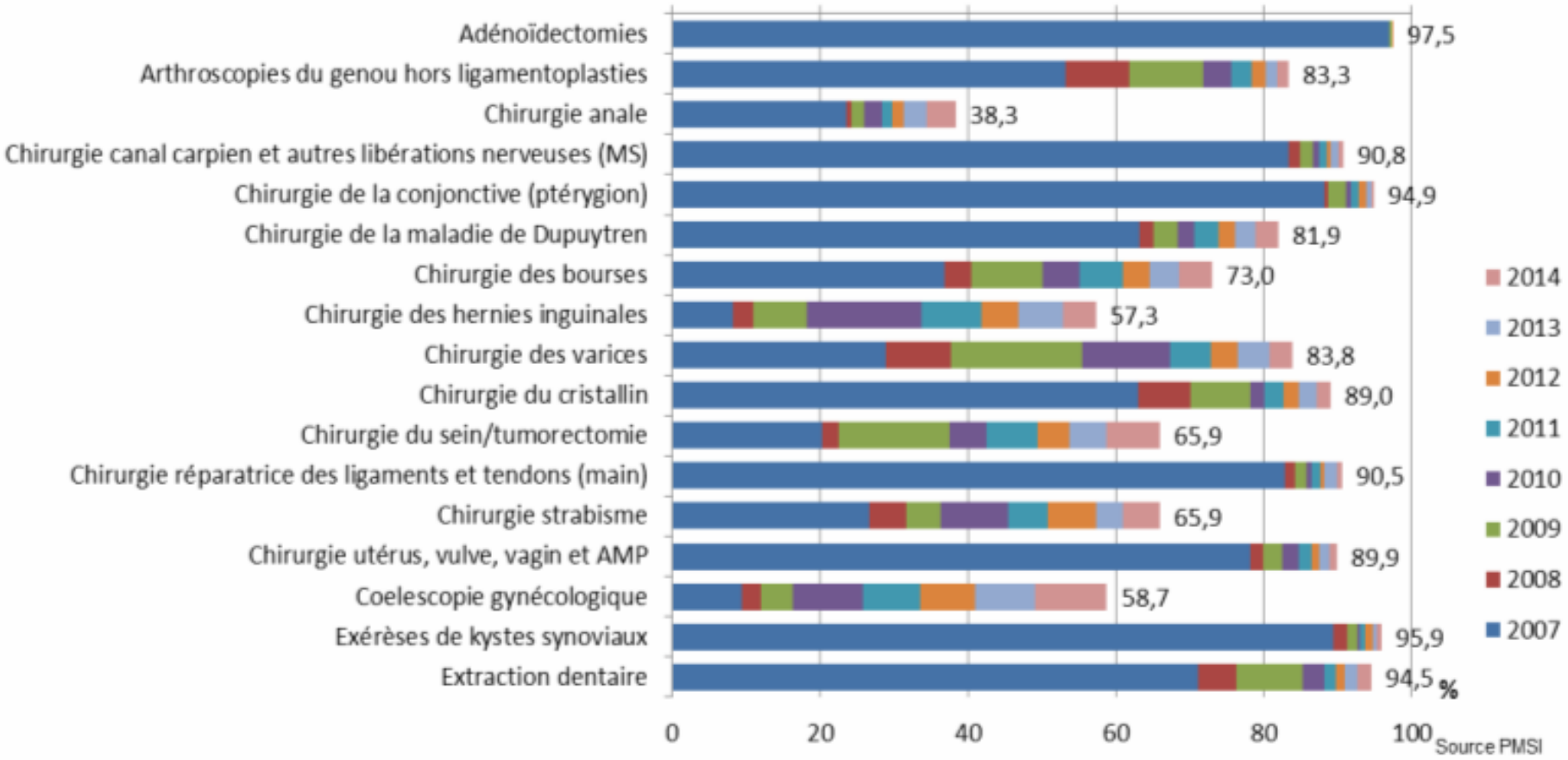


Tableau issu de documents Assurance Maladie

Ciblage des établissements

- Fonction des écarts à la moyenne régionale
  - Etablissements ayant un geste < 1er quartile régional (25% les plus faibles)
  - Et gain potentiel (selon méthode IGAS) d'au moins 30 séjours
  - Puis pour ces établissements ciblés :
    - Extension aux autres gestes dont le taux est < Médiane régionale
    - Et ayant un potentiel de gain d'au moins 30 séjours
- Procédure initiée par l'ARS sur proposition de l'assurance maladie
- Droit de réponse de l'établissement : Si les écarts sont correctement expliqués, la procédure peut être annulée
- L'ARS envoie une notification à l'établissement

MSAP : procédure

- Durée 6 mois
- L'établissement doit demander systématiquement l'accord de l'assurance maladie pour la prise en charge en hospitalisation complète du ou des actes concernés
- Renseignement d'un questionnaire médico-social
- Demande par téléphone auprès de la CPAM du patient
- Réponse le plus souvent immédiate ou dans un délais de 48h
- Confirmation par courrier et courriel à l'établissement et au patient, en recommandé si défavorable
- Dérogations :
  - Urgences
  - Enfant de moins de 1 an
  - Conversion (prévenir l'AM le jour même ou le lendemain)
  - Patients programmés avant le début de la procédure (transmettre la liste à l'AM en amont)
- Taux de refus : < 1 %

Eligibilité à l'hospitalisation complète

- un score ASA > 3
- pas d'accès à un téléphone en post-opératoire
- pas de présence d'un accompagnant adulte, valide et responsable à la sortie et au domicile en post-opératoire
- des difficultés de compréhension du patient lors de la consultation préopératoire à propos de l'acte, des complications et des consignes post-opératoires

Contrôle Assurance Maladie

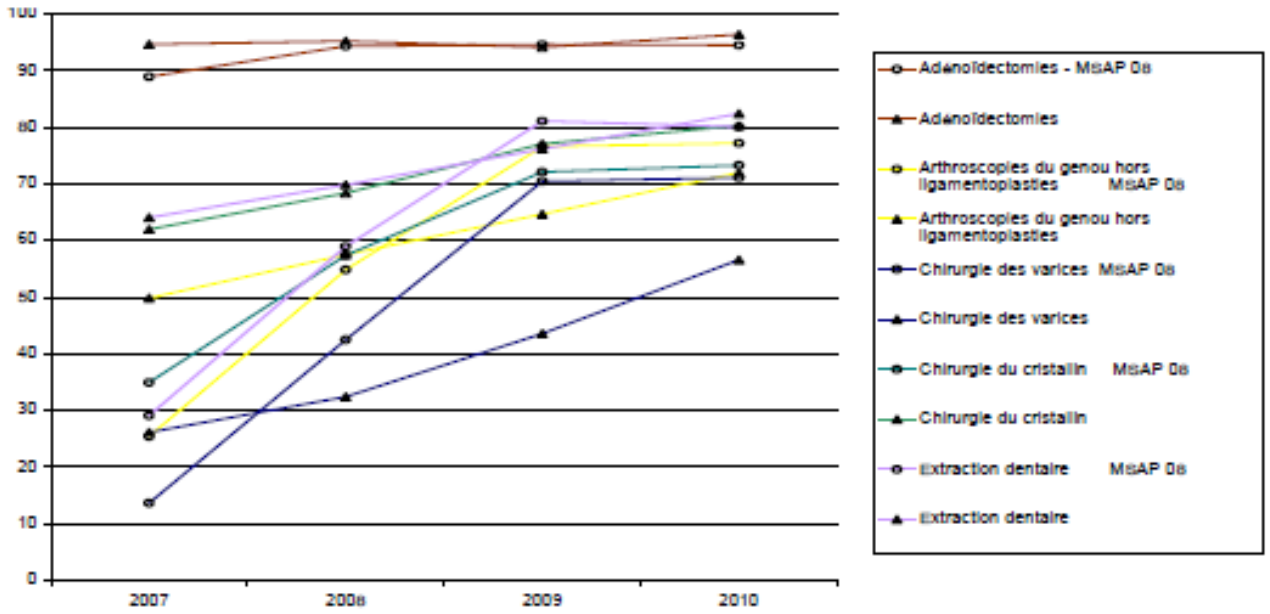
- L'assurance maladie réalise un point intermédiaire avec l'établissement après 3 mois
  - Nombre de demandes reçues
  - Nombre d'accords et de refus
- Fin de la procédure au bout de 6 mois
  - Nombre de demandes reçues
  - Nombre d'accords et de refus
  - Taux d'ambulatoire pour le geste concerné

En cas de non respect, l'assurance-maladie est en droit d'appliquer des sanctions financières

MSAP résultats

- Environ 200 établissements MSAP par an

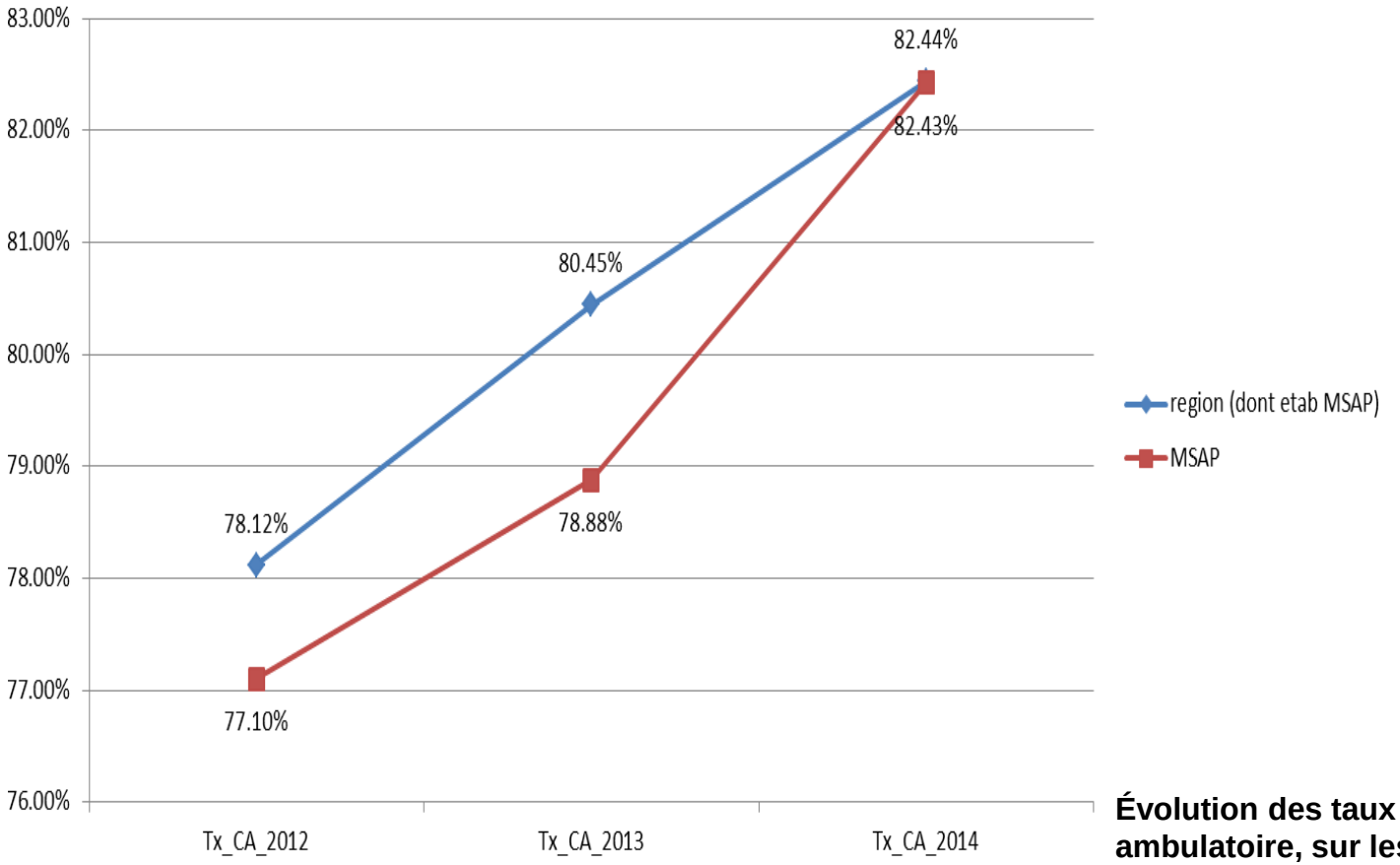
Graphique 3 : Taux de chirurgie ambulatoire de 2007 à 2010 pour les établissements avec et sans MSAP en 2008



Source : CNAMTS.

Rapport IGAS-IGF 2014

Exemple de l'Ile de France



Évolution des taux de chirurgie ambulatoire, sur les 38 GM de 2012

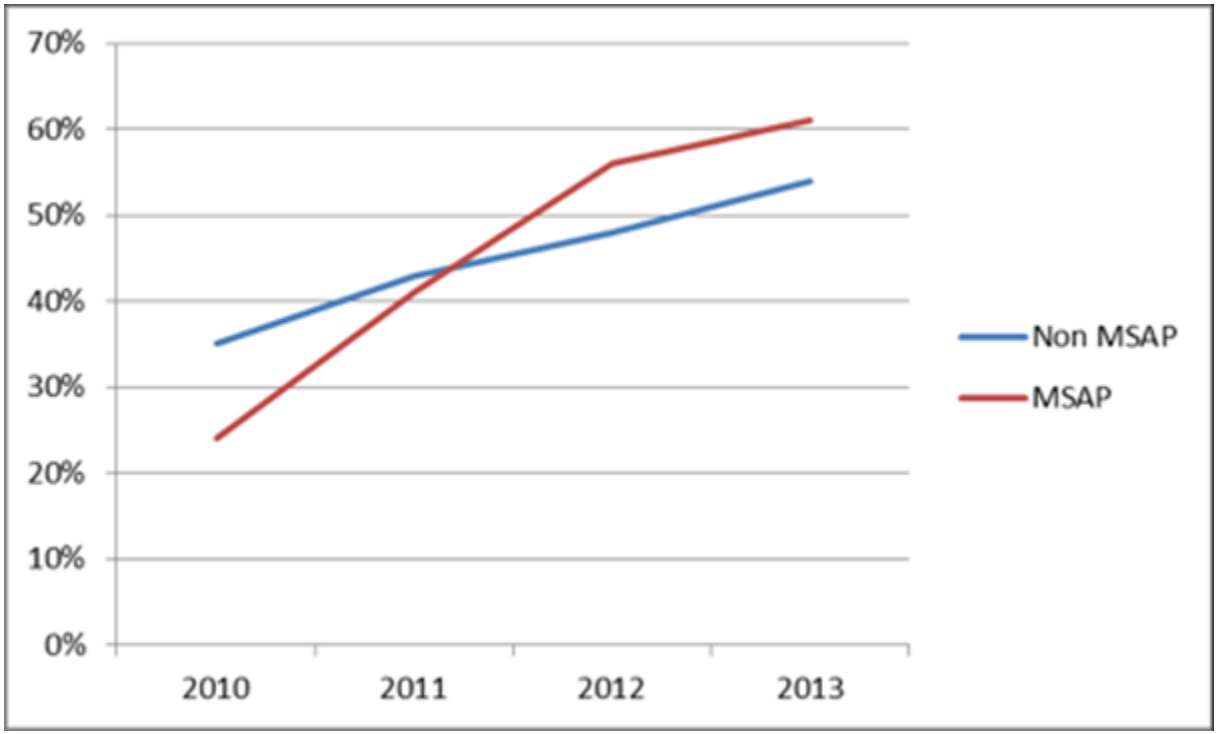
1) pour l'ensemble des ES d'IdF,
2) pour les établissements MSAP V8

(période sur 2013/2014)

graphique issu de documents Assurance Maladie

Exemple hernie inguinale

Taux de réalisation de cure de hernie inguinale en ambulatoire de 2010 à 2013 dans 12 établissements de soins mis sous MSAP (taux variant de 24 à 61 %) et non mis sous MSAP (taux variant de 35 à 53 %). (D'après D Ruchard CNAM 2015)



Rapport IGAS-IGF 2014

Conclusions

- La mise sous accord préalable est une procédure associant ARS et CPAM
- Elle concerne des gestes marqueurs validés par les sociétés savantes de chirurgie concernées
- Elle présente quelques limites liées à son caractère statistique
- Elle est relativement simple à appliquer
- Elle a montré son efficacité tant pour le développement de la chirurgie ambulatoire que pour la pérennité des résultats observés

Merci pour votre attention