



Tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger : État des lieux et perspectives

Isabelle Hirtzlin

► To cite this version:

Isabelle Hirtzlin. Tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger : État des lieux et perspectives . [Rapport de recherche] Haute autorité de santé 2013. hal-01402255

HAL Id: hal-01402255

<https://hal.science/hal-01402255>

Submitted on 29 Nov 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

“ Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire ”

**Rapport
d'orientation**

**Tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger
État des lieux et perspectives**

Le document source est téléchargeable sur
www.has-sante.fr et sur www.anap.fr

Haute Autorité de Santé

2, avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

**Agence Nationale d'appui à la performance
des établissements de santé et médico-sociaux**

23 avenue d'Italie – 75013 Paris

Tél. : +33 (0)1 57 27 12 00 – Fax : +33 (0)1 57 27 12 12

SOMMAIRE

Introduction générale	5
1. Contexte et saisine	
1.1 Objectif et enjeux.....	9
1.2 Origine et historique.....	9
1.3 Objectif du présent rapport et modalités de réalisation	11
2. Argumentaire	
2.1 Introduction	15
2.2 L'évolution du mode de financement des établissements de santé	15
2.3 La tarification de la chirurgie ambulatoire dans le cadre du paiement à l'activité	24
2.4 Impact de la tarification à l'activité pour la chirurgie ambulatoire	40
2.5 Les centres indépendants de chirurgie ambulatoire	51
2.6 Les nouveaux principes tarifaires proposés à l'étranger	72
2.7 Relation entre les modèles tarifaires et l'efficacité	89
3. Constats et recommandations.....	98
4. Méthode de recherche documentaire	109
Listes des tableaux, graphiques, organigrammes et schémas.....	113
Abréviations.....	114
Bibliographie.....	116
Annexe 1. Comparaison des taux de chirurgie ambulatoire dans les statistiques de l'IAAS	124
Annexe 2. Listes des GHM à tarification identique introduite à partir de 2012.....	126
Annexe 3. Comparaison entre la procédure actuelle et la procédure recommandée pour la cholécystectomie en Grande-Bretagne	128
Participants.....	130
Fiche descriptive.....	131

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Décrite pour la première fois en Écosse en 1909 (1), la chirurgie ambulatoire a connu depuis un développement considérable aux États-Unis. Dans les années 1960, deux programmes officiels avaient été mis en place dans les centres hospitaliers de Californie et de Washington (2). Cette alternative à l'hospitalisation complète connaît ensuite un essor rapide avec l'ouverture de plusieurs centres dans tout le pays. La chirurgie ambulatoire a également connu un développement au Canada et dans plusieurs pays européens, dont la Grande-Bretagne, pionnier européen, à partir des années 1970, pour connaître une croissance rapide à partir de 1980 (2).

Même si le taux de chirurgie ambulatoire a sensiblement progressé entre 2007 à 2011 (passant de 32,7 % à 39,5 %) d'après l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)¹ (4-6), la France est considérée comme l'un des pays ayant le moins développé la chirurgie ambulatoire. Elle accuse un retard certain dans le domaine (3). Pourtant, cette pratique associe qualité, sécurité, réduction des délais et optimisation de l'organisation des soins, mais aussi réduction du taux des infections nosocomiales et amélioration de la satisfaction des patients (3).

Les comparaisons internationales sur le taux de chirurgie ambulatoire sont néanmoins difficiles à effectuer en la matière du fait de différences dans la terminologie utilisée, mais également d'une forte hétérogénéité des modèles d'organisation des systèmes de santé. L'*International Association for Ambulatory Surgery* (IAAS) a néanmoins unifié, en 2003, la définition de la chirurgie ambulatoire, ainsi que la terminologie utilisée (7).

► Terminologie internationale

La terminologie internationale de « *day surgery* » a été retenue et les synonymes de « *ambulatory surgery* », « *same-day surgery* » et « *day-only* » ont été validés.

La notion de « *day* » s'entend comme un « *working day* » au sens de la durée du travail (jour ouvrable), avec « *no overnight stay* », sans nuit d'hébergement (7, 8).

La chirurgie ambulatoire se différencie donc des chirurgies dites :

- « *extended recovery* », également appelées « 23 h », « *overnight stay* », « *single night* », soit de 23 heures, ou séjour d'une nuit ;
- « *short stay* », soit chirurgie avec une hospitalisation de 24 à 72 heures.

► Définition

La définition internationale de la chirurgie ambulatoire a été adoptée par le Comité exécutif de l'IAAS en 2003 (7), puis a été confirmée dans le *Policy Brief* publié par l'OMS, la *Pan American Health Organization* et l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé en 2007 (9) :

« Un patient pris en charge en chirurgie ambulatoire est admis pour une intervention qui est planifiée ne nécessitant pas un séjour hospitalier mais néanmoins des installations permettant la récupération. L'ensemble de la procédure ne devrait pas nécessiter de nuit d'hospitalisation ».

Au-delà de la stricte définition, la chirurgie ambulatoire est un concept d'organisation : « L'organisation est au centre du concept, le patient est au centre de l'organisation » (7, 10)².

Pour la France, la définition de la chirurgie ambulatoire a été donnée dans le cadre de la conférence de consensus de mars 1993 :

« La chirurgie ambulatoire est définie comme des actes chirurgicaux [...] programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la **sécurité d'un bloc opératoire**, sous une **anesthésie de mode variable** et suivie d'une **surveillance postopératoire** permettant, sans risque majoré, la **sortie du patient le jour même de son intervention** » (12).

La chirurgie ambulatoire est donc, en principe, une chirurgie programmée³. Elle ne concerne donc pas les actes chirurgicaux réalisés en urgence. Elle correspond

1. Pour une présentation détaillée de cette progression, on consultera le rapport socle de connaissances publié par la HAS et l'ANAP (3).

2. La chirurgie ambulatoire ne doit être confondue avec la chirurgie qualifiée de « foraine », où l'unité ambulatoire n'est pas différenciée du reste du secteur chirurgical d'hospitalisation. Selon la SFAR, « en forain, les structures d'accueil et de secrétariat, les unités d'hospitalisation et les blocs opératoires sont communs à l'activité ambulatoire et traditionnelle. Ce type de prise en charge va à l'encontre des exigences liées au concept ambulatoire. Le patient n'est plus au centre de l'organisation, ce qui génère des dysfonctionnements (annulations et reports) et réduit la qualité et la sécurité de la prestation » (11).

3. La définition réglementaire des UCA n'exclut toutefois pas les urgences.

à une hospitalisation (dont la date d'entrée est la même que la date de sortie). Elle se distingue par là des actes pratiqués « en ambulatoire », c'est-à-dire sans hospitalisation. L'intervention est réalisée dans un bloc opératoire, sous anesthésie.

► Réglementation

Le décret n° 92-1101 et n° 92-1102 du 2 octobre 1992 a fondé les bases réglementaires des structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire en les qualifiant de structures de soins alternatives à l'hospitalisation⁴. Ce décret de 1992, en partie abrogé par le décret du 6 mai 2005 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaire, a été codifié dans le Code de la santé publique (CSP).

La chirurgie ambulatoire est une alternative à l'hospitalisation de l'activité de soins de chirurgie autorisée. Il s'agit d'une activité qualifiée et substitutive. La chirurgie ambulatoire, définie à l'article R. 612-4 du Code de la santé publique, doit répondre à des conditions techniques de fonctionnement définies par les articles D. 6124-301 à 305 du CSP, portant sur les structures de soins alternatives à l'hospitalisation. Ces dispositions s'appliquent « **aux structures autorisées sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation complète** prévues à l'article L. 6122-1 » (article D. 6124-301 du CSP). Les établissements de santé sont donc autorisés à l'activité de soins de chirurgie sous la forme de chirurgie ambulatoire.

L'article D. 6124-301-1 du CSP précise que « Les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit et les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires dispensent les prises en charge prévues à l'article R. 6121-4, **d'une durée inférieure ou égale à douze heures, ne comprenant pas d'hébergement**, au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge »⁵.

« Les prestations délivrées **équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles**

requièrent à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet ».

L'instruction destinée aux directeurs généraux des ARS du 27 décembre 2010 (instruction DGOS/R3 n° 2010-457), dans ses éléments de doctrine présentés par la DGOS (cf. [Annexe 5](#)), reprend cette qualification de chirurgie « qualifiée et substitutive » à la chirurgie à temps complet et précise :

« Il s'agit de changer de paradigme :

- ne plus seulement considérer des gestes ciblés potentiellement réalisables en chirurgie ambulatoire et inscrits dans des listes fermées, souvent contestées et toujours en retard sur la pratique des professionnels ;
- mais étendre ce mode de prise en charge à l'ensemble des patients éligibles à la chirurgie ambulatoire et à l'ensemble de l'activité de chirurgie, la chirurgie ambulatoire devenant la référence ».

« Ces structures doivent être **aisément identifiables par leurs usagers et font l'objet d'une organisation spécifique**. Elles sont organisées en une ou plusieurs unités de soins individualisées et disposent de moyens dédiés en locaux et en matériel.

Elles disposent également d'une équipe médicale et paramédicale dont les fonctions et les tâches sont définies par la charte de fonctionnement prévue à l'article D. 6124-305 et dont tous les membres sont formés à la prise en charge à temps partiel ou à celle d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires ».

Cette définition indique qu'en France :

- la chirurgie ambulatoire impose une hospitalisation, car le patient est admis, séjourne dans l'établissement hospitalier et passe par le bloc opératoire ;
- la durée de séjour du patient est limitée à 12 heures maximum ;
- les prestations de chirurgie ambulatoire sont équivalentes à celles délivrées habituellement à temps complet ;

4. Le décret n° 92-1101 du 2 octobre 1992, relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation, définissait précisément ces structures et introduisait les notions simples d'organisation et d'architecture. Les moyens propres que nécessitent ces structures, en termes de locaux, de matériels et de personnels étaient également introduits.

5. Le texte offre désormais la possibilité pour les structures d'étendre leur durée d'ouverture, mais la durée de séjour des patients reste limitée à 12 heures maximum. L'article qui précisait que les structures dispensaient des prestations sur une durée journalière d'ouverture inférieure ou égale à 12 heures, a été modifié par le décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation et indique désormais que la prise en charge doit être inférieure ou égale à cette durée.

6. Le décret précise que pour la prise en charge en anesthésie et chirurgie ambulatoires, les membres de l'équipe sont dédiés à l'unité de chirurgie ambulatoire, exception faite des personnels intervenant principalement au bloc opératoire.

- la chirurgie ambulatoire relève d'une organisation spécifique, d'installation, de matériel et de personnels dédiés⁶ ;
- le nombre de gestes s'étend progressivement et n'est pas figé.

Le constat du retard français dans le développement de la chirurgie ambulatoire.

Le taux de chirurgie ambulatoire des États-Unis est souvent considéré comme la cible à atteindre par les différents pays. Plusieurs statistiques sont disponibles pour ce pays :

- selon l'enquête nationale sur la chirurgie ambulatoire de 2006⁷ (13), qui présente les informations issues des bases nationales américaines (*National Health Care Surveys*) conçues pour être représentatives de l'activité des établissements⁸, 53,3 millions de procédures chirurgicales et non chirurgicales ont été enregistrées en 2006 dans le cadre de 34,7 millions de venues. Cela représentait 61,6% du total des séjours hospitaliers en spécialité chirurgie avec ou sans procédures chirurgicales. Dans cette enquête, sont incluses les procédures chirurgicales ou non chirurgicales pratiquées dans un établissement hospitalier ou un centre indépendant et d'autres structures spécialisées comme des unités d'endoscopies ou unités de cathétérisation cardiaque. Ces données n'incluent pas les procédures chirurgicales pratiquées en cabinet, fréquentes aux États Unis (cf. partie 2.5.1) ;
- l'*American Hospital Association* rapportait quant à elle pour 2010 un taux de chirurgie ambulatoire égal à 63,5 % du total des interventions chirurgicales pratiqués dans les hôpitaux de communauté uniquement en 2010¹⁰ (14) ;
- pour les 37 procédures sélectionnées par l'IAAS (cf. liste en Annexe 1), le taux de chirurgie ambulatoire américain était plus élevé, soit 83,5 % en 2004 (15).

Au niveau international, en l'absence de données comparables fiables dans les bases de données sur les systèmes de santé du fait de définitions souvent hétérogènes, l'*International Association for Ambulatory Surgery* (IAAS) avait mené quatre enquêtes spécifiques sur le taux de chirurgie ambulatoire dans 29 pays de l'OCDE (cf. Tableau 12, en Annexe 1) :

- la première s'est déroulée en 1995-1996 (10) pour 18 procédures en se basant sur la classification internationale des maladies version 9 et sur les systèmes d'information utilisés dans les différents pays¹¹ ;
- l'enquête initiale sur 18 procédures a été réitérée en 1996-1997 (16) ;
- en 2004, l'étude a été élargie (15) à 37 procédures chirurgicales¹² de référence (classées en fonction de la CIM-9), pratiquées aussi bien en chirurgie classique qu'en chirurgie ambulatoire ;
- l'enquête de 2009 s'est également basée sur cette liste d'interventions (17).

Pour ces interventions, il existait une très forte hétérogénéité entre les pays, les États-Unis apparaissant largement en tête avec 94,2 % d'actes en chirurgie ambulatoire en 1996 (sur 18 procédures seulement) et 83,5 % en 2004 (extension à 37 procédures).

Les pays qui avaient le plus développé la chirurgie ambulatoire par rapport à la chirurgie classique étaient la Norvège (88 % en 2009), le Danemark (86 % en 2009), la Suède (73 % en 2009) et les Pays-Bas (68 % en 2009). La France pratiquait quant à elle 30,4 % de chirurgie ambulatoire dans les procédures listées de référence en 1996 et 45 % en 2009.

Si l'on considère l'ensemble des procédures de chirurgie, la chirurgie ambulatoire représentait seulement 36 % de l'activité en 2009. Ces taux étaient inférieurs à tous les pays européens de l'enquête de l'IAAS, à l'exception des pays du Sud (i.e. : Portugal 35 %, Espagne 33 %, Italie 32 %).

7. La *National Survey of Ambulatory Surgery* est la seule enquête nationale qui rapporte l'activité de chirurgie ambulatoire pratiquée à la fois dans les hôpitaux et les centres indépendants (*Ambulatory Surgery Centers*). L'enquête avait été menée en 1994 et 1996, puis interrompue jusqu'en 2006. Les données sont collectées par les Centers for Disease Control (CDC) et Prevention's National Center for Health Statistics (NCHS).

8. Les informations sont issues des bases nationales américaines (*National Health Care Surveys*) conçues pour être représentatives de l'activité des établissements. Cent quarante-deux établissements et 295 ASCs avaient répondu, soit un taux d'environ 75 % de la population des établissements concernés par la chirurgie. Les données collectées excluaient une grande partie de l'activité de gynécologie et de l'activité en dentaire. Le dénominateur est le nombre de sorties avec ou sans procédure chirurgicale.

9. Il s'agit de tous les hôpitaux non fédéraux, de court séjour, qu'ils soient généraux ou spécialisés.

10. Selon le *TrendWatch Chartbook 2012 (supplementary data tables, utilization and volume)*, il existait 17,36 millions d'interventions chirurgicales en ambulatoire pour seulement 9,95 millions d'interventions en hospitalisation complète avec une durée moyenne de séjour de 5,4 jours : www.aha.org/research/reports/tw/chartbook/index.shtml

11. Principalement les Diagnosis Related Groups, équivalent des groupes homogènes de malades en France.

12. Toutes n'ont pas été renseignées par les différents pays : cf. liste des 37 procédures en annexe 1.



Ces données doivent être interprétées avec une très grande prudence, compte tenu des difficultés méthodologiques afférentes à leur collecte, notamment concernant les bases de données et les définitions utilisées, ainsi que les difficultés de comparabilité des procédures médicales entre elles. Par ailleurs, il existait une forte hétérogénéité entre des pratiques à l'intérieur d'un même pays, aussi bien entre les hôpitaux ou en fonction des régions.

Le constat de retard concernant la France a motivé la saisine de la HAS par la DGOS. Cette dernière a par ailleurs fixé un taux cible de chirurgie ambulatoire supérieur à 50 % à échéance 2016 pour l'ensemble du territoire. Les éléments de la saisine DGOS et les modalités de réponse sont explicités ci-après.

1. CONTEXTE ET SAISINE

1.1 Objectif et enjeux

Partant du constat du retard français dans le taux global d'interventions pratiquées en chirurgie ambulatoire par rapport aux données internationales, la DGOS a saisi la HAS afin qu'elle produise des éléments de référence susceptibles de guider les travaux à conduire au sein des établissements de santé et auprès des professionnels de santé pour augmenter la part de l'activité chirurgicale réalisée dans un mode de prise en charge ambulatoire, tous actes confondus. De façon concomitante, l'ANAP a inscrit en décembre 2009 dans son programme de travail 2010 la thématique chirurgie ambulatoire.

Par ailleurs, le développement de la chirurgie ambulatoire a constitué l'un des dix programmes prioritaires de la gestion des risques des agences régionales de santé pour les années 2010-2012¹³.

1.2 Origine et historique

Initialement présentée comme une saisine « pertinence des actes et des séjours » par la DGOS pour le programme de travail 2010 de la HAS, le cabinet de la ministre de la Santé avait proposé de la scinder en une thématique globale « chirurgie ambulatoire » et une thématique « pertinence des actes » qui relevait pour la DGOS d'une analyse d'actes médicalement « injustifiés ».

Dans le même temps, trois réunions coorganisées par la HAS et l'ANAP, en partenariat avec l'AFCA (décembre 2009, octobre et novembre 2010), avaient pour but de sensibiliser les différents partenaires institutionnels à la nécessité de développer la chirurgie ambulatoire.

L'expression des besoins a été reformulée, conjointement par la HAS et l'ANAP fin 2010, pour le programme de travail 2011 en proposant un partenariat des deux institutions avec pour objectif de livrer un certain nombre d'outils et de recommandations de bonnes pratiques organisationnelles et professionnelles sous un double label.

Les travaux HAS-ANAP visent à accompagner trois acteurs clés : les professionnels de santé, les gestionnaires des établissements de santé et les régulateurs (ARS). Des actions et/ou informations spécifiques des patients et des usagers sont également envisagées.

1.2.1 Le partenariat ANAP-HAS

Le partenariat ANAP-HAS sur la chirurgie ambulatoire représente un axe transversal et prioritaire pour le programme de travail des deux institutions et s'inscrit dans la continuité et le renforcement de la collaboration ANAP-HAS établie depuis 2009. Les cœurs de métiers de chaque institution sont complémentaires et comprennent : pour la HAS, la production d'analyses et de synthèse approfondies de données de la littérature afin de mettre en lumière les données d'évidence, de référentiels de recommandations professionnelles, d'indicateurs, de référentiels de certification ; pour l'ANAP, l'analyse des processus sur site, l'accompagnement des établissements de santé, la production des outils et de recommandations. L'objectif est donc la potentialisation et la valorisation des productions conjointes ou en partenariat.

Afin de coordonner et de structurer l'élaboration des outils adaptés aux besoins des professionnels, des établissements de santé et des ARS, les deux institutions ont défini un programme d'actions communes et une gouvernance conjointe des travaux constituée :

- d'un comité de pilotage (COPIL), composé de représentants du Collège de la HAS et du Conseil scientifique et d'orientation de l'ANAP et de représentants des directions afin d'assurer le pilotage stratégique ;
- d'un comité opérationnel (COMOP), composé des « directeurs métiers » et représentants des services, afin d'assurer la mise en œuvre et la cohérence des orientations stratégiques et la production des livrables.

1.2.2 Programme d'actions communes

Six axes de travail donnant lieu à des productions séquentielles et complémentaires ont été définis avec une planification pluriannuelle (2012-2015). Une note d'orientation présentant ces axes a été publiée conjointement. Ils sont présentés ci-après :

■ Axe 1 : Socle de connaissances

L'état des connaissances médicales, réglementaires et économiques, réalisé à partir des données publiées

13. Instruction DGOS/R3 n° 2010-457 destinée aux directeurs généraux des ARS du 27 décembre 2010.

françaises et internationales, sur la chirurgie ambulatoire a fait l'objet d'un rapport détaillé intitulé « Socle de connaissances ». Il a été publié conjointement par la HAS et l'ANAP le 20 avril 2012 (3). Ce document constituait le premier livrable d'un programme pluriannuel engageant ces deux institutions et comprenant six axes, conformément à une note d'orientation publiée en décembre 2011¹⁴.

Cette synthèse des données avait pour objectifs, d'une part, de mettre à disposition des différents acteurs, professionnels de santé notamment, un outil pédagogique « Socle de connaissances » et, d'autre part, de servir de base d'informations sur laquelle se fondera l'ensemble des travaux ANAP-HAS.

■ Axe 2 : Critères de sélection/éligibilité des patients à la chirurgie ambulatoire

La sélection des patients repose sur des critères médicaux et psychosociaux. Il s'agit d'une étape essentielle dans la décision de ce mode de prise en charge. L'objectif de ce travail est de reconsidérer ces critères qui ont déjà fait l'objet d'une actualisation en 2009 par la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR), à la lumière des pratiques actuelles et de la gestion des risques.

Cette approche, déconnectée de l'acte, permettra de distinguer le besoin de soins du besoin d'hébergement (« hôtellerie »).

■ Axe 3 : Dimension organisationnelle : modèles et outils de mise en œuvre

La chirurgie ambulatoire est un concept organisationnel centré sur le patient, qui repose sur un processus de coordination des acteurs hospitaliers et de ville, de gestion des flux et d'harmonisation des pratiques.

Plusieurs travaux vont permettre d'explorer le champ organisationnel en associant plusieurs démarches :

- analytique :
 - analyse du risque organisationnel sur la base de méthodes éprouvées à partir d'un échantillon de cinq établissements de santé,
 - benchmark ciblé sur 15 établissements pionniers en chirurgie ambulatoire,

- d'accompagnement :
 - accompagnement opérationnel de 20 établissements de santé volontaires pour faire progresser leurs taux de chirurgie ambulatoire,
 - accompagnement ciblé de trois ou quatre ARS pilotes ayant un faible taux de chirurgie ambulatoire,
- de production :
 - avec pour but de mettre à disposition des produits (outils, guides, recommandations, etc.) aboutissant à des modèles génériques de schémas organisationnels, de chemins cliniques et des « *check lists* » adaptés.

■ Axe 4 : Évaluation, outils et recommandations économiques

La réalisation en séquence de différents travaux est prévue. L'ensemble des acteurs a exprimé le besoin de disposer d'outils permettant d'objectiver les conditions d'un équilibre économique de la chirurgie ambulatoire par une approche prospective recettes/coûts de production.

Les deux institutions partenaires ont retenu trois approches complémentaires :

- l'ANAP a choisi de développer un outil logiciel élaboré à partir des données directement disponibles dans la comptabilité analytique hospitalière. Cet outil a pour but d'étudier les conditions d'équilibre charges-produits, lorsque l'établissement hospitalier prend la décision de substituer à la prise en charge en hospitalisation conventionnelle une prise en charge en chirurgie ambulatoire. Un premier prototype de l'outil logiciel a été réalisé en avril 2012 à partir d'un premier échantillon de cinq établissements de santé, avec collecte et analyse des informations nécessaires à la construction d'un modèle reproductible. L'outil ainsi construit doit ensuite être fiabilisé sur un échantillon plus important de 20 établissements de santé, dans le cadre d'un autre projet lancé par l'ANAP intitulé « Accompagnement de vingt établissements de santé », cet outil devant ensuite faire l'objet d'un déploiement auprès des ARS et/ou établissements volontaires ;
- la HAS doit réaliser une étude par technique de microcosting visant à apprécier le coût réel de la

14. L'intégralité des documents publiés dans le cadre de ce programme est accessible à l'adresse suivante : www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241930/ensemble-pour-le-developpement-de-la-chirurgie-ambulatoire.

prise en charge en chirurgie ambulatoire à partir de l'observation du chemin clinique des patients

dans quelques unités de chirurgie ambulatoire (UCA) pour quelques procédures préalablement identifiées. Cette étude permettra de calculer le coût par séjour ainsi que ses variations en fonction des volumes de production puis de le comparer aux financements perçus par celui-ci, principalement *via* la tarification à l'activité (T2A). La méthode utilisée devra être reproductible et aboutira à la production d'un second outil logiciel qui pourra être déployé dans les établissements volontaires souhaitant réaliser leur propre étude de microcosting ;

- **une analyse de la littérature internationale publiée sur les modèles tarifaires existant à l'étranger doit également être réalisée et est l'objet du présent rapport. L'objectif final étant de proposer des recommandations pour l'évolution tarifaire en France, à destination de la DGOS.**

■ Axe 5 : Indicateurs, suivi et évaluation

Les travaux déjà réalisés par la HAS et les indicateurs déjà développés par l'ANAP seront mis à profit pour développer un socle commun et limité d'indicateurs pour chacun des « clients cibles ».

■ Axe 6 : Certification/accréditation

Une évolution des référentiels de certification est envisagée sur les quatre à cinq ans avec la perspective d'une « certification des équipes » et la mise en œuvre par ces équipes d'engagements d'excellence (développement de programmes d'identification d'équipes entraînées). L'actualisation du guide de certification permettra ainsi d'appuyer de façon cohérente la déclinaison de l'ensemble des actions menées en amont.

Ces six axes ont vocation à être intégrés dans une démarche cohérente globale permettant d'appréhender l'ensemble des questions relatives à la chirurgie ambulatoire soulevées dans le cadre du socle des connaissances (*cf.* axe 1). Les travaux menés pour la révision des critères de sélection et d'éligibilité des patients à la chirurgie ambulatoire (*cf.* axe 2) et les résultats des études d'exploration du champ organisationnel (*cf.* axe 3) contribueront à l'élaboration de chemins cliniques et à

la mise en place d'indicateurs de suivi et d'évaluation (*cf.* axe 5). Les recommandations à vocation économique (*cf.* axe 4) s'appuieront sur un socle d'indicateurs solides permettant de renseigner le niveau de déploiement des mesures incitatives et d'évaluer ses résultats. Enfin, les différentes perspectives (niveau de l'établissement, niveau régional des ARS et niveau du régulateur national) devront être analysées conjointement, de manière à assurer une cohérence globale des recommandations, pouvant s'intégrer dans les référentiels de certification (*cf.* axe 6).

1.3 Objectif du présent rapport et modalités de réalisation

Le présent document s'inscrit dans l'axe 4 « Évaluation, outils et recommandations économiques » du programme commun ANAP-HAS réalisé par la HAS. Il traite l'analyse de la littérature internationale publiée sur les modèles tarifaires existant à l'étranger. Il s'agit d'un rapport d'orientation destiné :

- à présenter les conséquences théoriques et pratiques des principes tarifaires utilisés actuellement pour la chirurgie ambulatoire ;
- puis à étudier les modalités tarifaires innovantes, mises en place à l'étranger, pour dégager des pistes d'amélioration et formuler des propositions, applicables dans le contexte français, et susceptibles d'accélérer le développement de la chirurgie ambulatoire.

1.3.1 Méthode de travail

► Cadrage du sujet

Une note de cadrage sur le sujet a été rédigée concernant l'ensemble de l'axe 4 « Évaluation, outils et recommandations économiques » par un chef de projet du Service évaluation économique et santé publique de la HAS, afin d'évaluer l'intérêt de la question posée et d'apprécier la disponibilité de la littérature, de définir le périmètre de l'étude et le calendrier envisagé et de proposer les axes de réponse aux objectifs poursuivis¹⁵. Elle a précisé, en

15. Elle est disponible sur le site de la HAS à l'adresse suivante : www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1242336/chirurgie-ambulatoire-axe-relatif-aux-outils-et-recommandations-economiques-note-de-cadrage.

outre, les Collèges et sociétés professionnels, associations et partenaires institutionnels à solliciter, ainsi que les professionnels concernés en vue de la constitution d'un groupe d'appui méthodologique.

La note de cadrage a été présentée et validée par la Commission évaluation économique et de santé publique (CEESP) de la HAS le 14 février 2012, puis par le Collège de la HAS le 28 mars 2012 qui a notamment retenu le principe de la réalisation d'un rapport d'orientation étudiant les modalités tarifaires au niveau international.

► Argumentaire scientifique

La première version de l'argumentaire scientifique s'est fondée sur une revue systématique de la littérature publiée sur le thème proposé réalisée par un chef de projet de la HAS, ainsi que sur une consultation des sites d'assurance maladie des pays identifiés comme ayant mis en place des modalités tarifaires spécifiques.

L'argumentaire scientifique précise également les méthodes de travail mises en œuvre : recherche documentaire approfondie effectuée par interrogation systématique des banques de données bibliographiques médicales, économiques et scientifiques.

Il comprend les éléments de réponse à la question posée et identifie les besoins majeurs et axes de travail complémentaires qui devront être pris en compte afin d'améliorer les modalités d'incitation tarifaires en France. L'argumentaire scientifique, dans sa version intermédiaire, a évolué entre chacune des réunions d'un groupe d'appui méthodologique, en fonction des suggestions proposées et modifications demandées par les experts.

► Groupe d'appui méthodologique

Pour réaliser ce travail, la HAS a bénéficié de l'aide d'experts rassemblés dans un groupe d'appui méthodologique (GAM) pluridisciplinaire. Ce groupe est le garant scientifique de l'argumentaire et de sa cohérence avec la pratique.

Le groupe d'appui méthodologique a été composé à partir :

- des propositions de noms d'experts des Collèges et sociétés professionnels, associations et institutions concernés par le thème de travail et sollicités par la HAS ;

- d'un appel public à candidatures, publié sur le site Internet de la HAS (en mai et juin 2012).

Les experts du groupe d'appui méthodologique sollicités ont complété une déclaration d'intérêts qui a fait l'objet d'une analyse par le bureau de la Commission évaluation économique et santé publique de la HAS, au regard de la grille d'analyse des intérêts déclarés figurant dans le « Guide des déclarations d'intérêts et de prévention des conflits » à la date de démarrage de cette évaluation, soit en 2012. La composition du groupe d'appui méthodologique a été validée par le bureau de la CEESP. Les experts se sont engagés à respecter le caractère confidentiel des travaux jusqu'à leur publication officielle par la HAS.

Le groupe constitué comprend 12 membres : deux économistes de la santé, trois gestionnaires d'établissements de santé, trois médecins DIM, un représentant d'associations d'utilisateurs, deux membres de l'ATIH, un membre de l'ANAP.

Tout au long du processus de rédaction de l'argumentaire par le chef de projet de la HAS, les experts du groupe d'appui méthodologique ont été invités à donner leur avis sur sa qualité et sa pertinence. Ils ont apporté des compléments d'information pour décrire le contexte français et/ou international de la question évaluée (état des pratiques, travaux scientifiques en cours, contacts utiles, etc.). Ils ont été consultés à l'occasion de deux réunions de travail et ont été sollicités sur des questions spécifiques par messagerie électronique.

Les réunions du groupe d'appui méthodologique ont eu lieu :

- le 12 octobre 2012 ;
- le 25 janvier 2013.

Le groupe d'appui méthodologique est considéré en accord avec les données présentées dans l'argumentaire.

Les conclusions de la HAS sont issues des éléments de l'argumentaire scientifique, des discussions du groupe, et de l'appréciation que la HAS fait de ces éléments. Elles sont rédigées par le chef de projet de la HAS.

► Groupe de lecture

Une fois validé par le groupe d'appui méthodologique, trois sociétés savantes en chirurgie et anesthésie-

réanimation ont été consultées. Elles ont formulé des remarques sur la version provisoire du rapport entre février et mars 2013 :

- l'Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA) ;
- l'Académie nationale de chirurgie ;
- la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR).

► Version finale de l'argumentaire et des recommandations

La version finale de l'argumentaire et des recommandations, ainsi que le processus de réalisation ont été discutés par la CEESP le 16 avril et le 14 mai 2013. La Commission a rendu un avis favorable (avis favorable le 14 mai 2013) à la transmission de l'argumentaire et des recommandations au COPIL HAS-ANAP, puis au Collège de la HAS.

Sur proposition de la CEESP, le Collège de la HAS a validé le rapport final ainsi que la synthèse et les recommandations et a autorisé sa diffusion le 19 juin 2013.

1.3.2 Périmètre de l'analyse

Une discussion avec les membres du GAM lors de la première réunion du 12 octobre 2012 a permis de préciser le périmètre de l'analyse qui :

- porte sur la tarification du séjour hospitalier. Il ne s'agit pas d'évaluer l'ensemble de la tarification du « parcours de soins » du patient (i.e. en amont et en aval de l'hospitalisation) qui se déroule en partie en médecine de ville ;
- se limite à l'analyse des règles de la tarification. Il ne s'agissait pas d'apprécier le niveau des coûts réels de la chirurgie ambulatoire dont l'analyse est prévue dans un autre livrable du programme chirurgie ambulatoire (i.e. études de coûts complets réalisée par l'ANAP et de microcosting réalisée par la HAS). En revanche, les données de la littérature qui font référence au décalage coût-tarif comme facteur limitant (ou favorisant) le développement de la chirurgie ambulatoire ont été incluses dans l'analyse ;

- cible le champ de la tarification à l'activité appliquée à la chirurgie ambulatoire, ainsi que les aménagements ou évolutions possibles, tout en restant dans le cadre théorique d'un financement du même type (à l'activité). Toutefois, le rapport peut éventuellement faire des propositions susceptibles de modifier substantiellement le modèle tarifaire de la chirurgie ambulatoire si cela s'avère pertinent, au regard des données de la littérature internationale analysées, et des limites constatées dans le mode de détermination des tarifs utilisé en France.

Au total, l'objectif du présent rapport est de comparer les méthodes d'incitation tarifaire de la chirurgie ambulatoire entre les différents pays. Il s'agit de décrire ce qu'ont fait les pays en matière de tarification de la chirurgie ambulatoire, d'en étudier les effets incitatifs théoriques et lorsque les données de la littérature le permettent, d'étudier l'impact de ces règles tarifaires sur le développement de la CA. Cette analyse doit ensuite permettre de formuler des propositions pour améliorer le système d'incitations tarifaires utilisé en France pour la chirurgie ambulatoire.

► Champs exclus de l'analyse

Plusieurs éléments ne seront pas traités dans ce rapport, notamment :

■ La comparaison des tarifs entre pays

La présente étude ne vise pas à comparer les listes de tarifs par DRG (et ses équivalents) entre les pays. Cette opération, très difficile à réaliser en pratique, n'est de surcroît pas pertinente, pour plusieurs raisons¹⁶ :

- le périmètre des actes réalisés n'est pas le même en fonction des pays ;
- les éléments de coûts inclus tarifs sont très hétérogènes d'un pays à l'autre ;
- le financement à l'activité occupe une part différente d'un pays à l'autre (cf. Tableau 1) ;
- il existe des différences de salaires et de pouvoir d'achat entre les pays, ce qui rend les comparaisons directes en unité monétaire (euros ou dollars) non pertinentes.

16. Pour une analyse détaillée concernant cette question et appliquée à des procédures de chirurgie potentiellement réalisables en ambulatoire, on pourra se référer à deux articles publiés en 2012 concernant la cholécystectomie (18) et les opérations de la hernie inguinale (19).

■ Les restes à charge des patients

En France, une intervention chirurgicale est remboursée par l'Assurance maladie sur les mêmes bases que celles s'appliquant pour les frais d'hospitalisation ; les patients s'acquittent :

- d'une participation forfaitaire de 18€¹⁷, lorsque, au cours d'une hospitalisation, est effectué un acte thérapeutique ou diagnostique dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60¹⁸ ;
- du forfait journalier de 18€ par jour ;
- des suppléments pour chambre particulière et diverses prestations facturées (téléphone, télévision, etc.). Dans ce cadre, toutes choses égales par ailleurs, le reste à charge est théoriquement plus faible en chirurgie ambulatoire, puisque le séjour est plus court ;
- des dépassements d'honoraires qui peuvent théoriquement être perçus dans les deux cas (HC et CA), mais portent principalement sur l'acte technique (l'intervention chirurgicale), qui est de même nature, quel que soit le type d'hospitalisation ;
- lorsqu'une partie des actes médicaux nécessaires avant ou après l'intervention pratiquée en chirurgie ambulatoire est réalisée en médecine de ville, le reste à charge des patients pourrait s'avérer plus élevé que si ces actes étaient pratiqués dans le cadre de l'hospitalisation (par exemple, la consultation postopératoire, qui si elle était réalisée par le chirurgien ayant pratiqué l'intervention ne devrait pas être facturée, examens biologiques de contrôle, etc.).

Il peut donc exister des différences de reste à charge (positives ou négatives) en fonction du mode d'hospitalisation du patient.

Pour autant, l'analyse détaillée des restes à charge des patients ne fait pas partie de la présente étude :

- pour des questions de faisabilité (nécessité de traitements complexes sur un grand nombre d'interventions à partir des bases du système national inter-régimes de l'Assurance maladie) ;
- en raison du manque de données sur les restes à charge en chirurgie ambulatoire disponibles dans

la littérature internationale et de la difficulté de comparaison liée à l'hétérogénéité des systèmes d'assurance santé ;

- parce les membres du groupe d'appui méthodologique ont jugé que la participation financière des patients ne représentait pas actuellement un frein au choix de la chirurgie ambulatoire par le patient, et n'était donc pas susceptible d'en limiter le développement.

17. Lorsque plusieurs actes d'un tarif supérieur ou égal à 120 euros, ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60, sont effectués par le même praticien au cours d'une même consultation, la participation forfaitaire de 18 euros ne s'applique qu'une seule fois.

18. Source : www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/ce-qui-est-a-votre-charge/le-forfait-18-euros/les-actes-concernes.php.

2. ARGUMENTAIRE

2.1 Introduction

À la suite des travaux du Pr Robert Fetter et de son équipe à l'université de Yale, un nouveau système de paiement pour les établissements de santé a été introduit aux États-Unis en 1983 par Medicare sous la forme d'une tarification à la pathologie. Le classement dans un groupe de pathologie appelé DRG¹⁹ (*Diagnosis Related Group* – groupe associé au diagnostic) dépend du diagnostic principal du patient.

Ce système de classification des séjours et de paiement à tarif prospectif²¹ s'est progressivement étendu à de nombreux pays d'Europe de l'Ouest durant les années 1990 (Allemagne, Autriche, Belgique, France, Espagne, Finlande, Irlande, Italie, Norvège, Portugal et Suède).

Les différents pays ont d'abord opté pour un financement mixte alliant budget global ou paiement à la journée et tarification à la pathologie (20, 21)²². La tarification par DRG est ensuite devenue la modalité de financement principale des établissements hospitaliers dans la plupart des pays occidentaux²³, dont la France, qui a généralisé depuis 2008 la tarification à l'activité à l'ensemble des établissements de santé.

Cette quasi-généralisation sur une période de temps relativement courte s'expliquerait par les attentes vis-à-vis de ce nouveau modèle de financement qui :

- apporterait plus de transparence en reliant directement les activités de soins effectivement réalisées à leur coût estimé (20) ;
- aurait donc l'avantage d'être plus équitable pour la répartition des ressources entre les établissements que le budget global ;
- permettrait également de mieux piloter et maîtriser les dépenses de santé, puisque les établissements seraient directement incités à rapprocher coûts de production et tarifs perçus ;
- permettrait, dans certains pays (comme le Royaume-Uni ou la Norvège), de réduire les listes d'attente

grâce à l'incitation au développement des volumes d'activité que comporte ce mode de tarification.

La tarification de la chirurgie ambulatoire à l'international comme en France s'inscrit pleinement dans le modèle de tarification par DRG. Dans ce rapport, sont donc détaillés les grands principes, ses modalités d'application en France et ses limites soulignées par la littérature (partie 2.2), pour présenter ensuite les éléments relatifs à la chirurgie ambulatoire (partie 2.3), et en étudier l'impact sur son développement (partie 2.4).

Un chapitre spécifique est ensuite consacré aux centres de chirurgie ambulatoire indépendants et à leur tarification (partie 2.5), dans la mesure où ce modèle d'organisation a été perçu comme une modalité permettant de développer la chirurgie ambulatoire aux États-Unis et en Grande-Bretagne.

La partie 2.6 de l'argumentaire est consacrée aux innovations tarifaires mises en place ou en cours d'expérimentation et s'appliquant à la chirurgie (principes du paiement à la meilleure pratique et principe du paiement à l'épisode de soins).

Enfin, la partie 2.7 s'interroge sur les modalités tarifaires retenues et les gains d'efficience que l'on peut en attendre. Elle propose ensuite une présentation des évolutions tarifaires qui pourraient être mises en place pour en améliorer la portée et en accroître l'efficience.

2.2 L'évolution du mode de financement des établissements de santé

Après avoir présenté les grands principes du paiement à l'activité²⁴ (2.2.1) et ses conséquences en termes incitatifs, les modalités de son application en France seront résumées (2.2.2).

19. Assurance fédérale américaine pour les personnes âgées de plus de 65 ans et les personnes handicapées.

20. L'équivalent français est les groupes homogènes de malades (GHM) ou groupes homogènes de séjours (GHS).

21. Les recettes tarifaires sont calculées pour l'année à venir, sur la base d'une estimation de l'activité des années antérieures.

22. Cf. chapitre 2, Geissler et al., *Introduction to DRGs in Europe: Common objectives across different hospital systems* (21).

23. Le rapport entre les tarifs et les mécanismes de financement complémentaires se situerait autour de 80/20 % en France, Allemagne, Pays-Bas, Irlande, Portugal. Il serait de l'ordre de 60/40 % en Angleterre et en Pologne. Seule l'Autriche accorderait un rôle quasi exclusif aux tarifs prospectifs (96 %) (20).

24. Le terme utilisé initialement était la tarification à la pathologie, mais il a ensuite été remplacé par la notion plus large de paiement à l'activité en France ou *Activity-Based Financing* à l'étranger.

2.2.1 Le principe du paiement à l'activité

L'objectif des DRGs est de proposer un système de paiement basé sur l'activité réelle de l'établissement hospitalier, en tenant compte de la diversité des cas cliniques (appelée « *case mix* » ou éventails de cas) et de l'activité observée. Les recettes de l'établissement hospitalier s'obtiennent alors en multipliant le tarif de chaque DRG par le nombre de cas traités annuellement, et en ajoutant des financements complémentaires, dont le type et les modalités de calcul peuvent varier d'un pays à l'autre.

► Modalités tarifaires

Aux États-Unis, le montant du tarif de chaque DRG calculé par *Medicare* est déterminé en multipliant un paiement de base à une échelle mesurant le poids relatif de la prise en charge.

Le tarif de chaque DRG prend en charge le coût complet de la prise en charge. Le montant représentant les salaires des personnels est ajusté par un indice de coût relatif, afin de prendre en compte les disparités géographiques en matière de rémunérations. Les grilles tarifaires sont mises à jour annuellement (22).

Dans ce pays, à partir de 2008, un nouveau système de classement des DRGs a été adopté en fonction des niveaux de sévérité (22). Le niveau de sévérité est déterminé par les complications et les comorbidités associées (pas de comorbidité, pas de comorbidité majeure, une comorbidité majeure).

Des paiements supplémentaires sont obtenus pour les hôpitaux :

- ayant des fonctions d'enseignement ;
- qui prennent en charge une population plus importante de patients défavorisés ;
- qui prennent en charge une proportion élevée de patients « outliers », c'est-à-dire dont les coûts de prise en charge sont particulièrement élevés ;
- de communauté ou relevant exclusivement de *Medicare*²⁵ ;

- certains hôpitaux ruraux de communauté sont classés en zone d'accès critique (CAH – *Critical Access Hospitals*) et reçoivent un paiement sur la base de leurs coûts constatés.

Ce n'est pas tant ce nouveau système de classification des séjours par DRG que les modalités de calcul des tarifs mis au point par *Medicare* qui a des conséquences en termes incitatifs. Il est donc détaillé ci-après.

► Une amélioration de l'efficacité basée sur le principe de la concurrence par comparaison

Le tarif de chaque DRG calculé par *Medicare* est un proxy du coût moyen révélé pour l'ensemble des hôpitaux participant à *Medicare* pour une procédure ou un acte donné.

Cette tarification au coût moyen de l'ensemble des établissements possède les vertus incitatives qui ont été mises en évidence au niveau théorique par Shleifer en 1985 (23). Le modèle qu'il a développé fait depuis référence en théorie économique et est appelé modèle de concurrence par comparaison (« *Yardstick competition* »).

A. Shleifer (23) cherchait en effet à déterminer quel pouvait être le mécanisme d'allocation des ressources le plus efficace pour un ensemble d'entreprises appartenant à une même branche de production, et pour lesquelles la régulation économique traditionnelle par le marché était inopérante (entreprises assurant un service public avec tarifs régulés par exemple). Pour ces entreprises, la révélation des coûts de production pouvait potentiellement générer des comportements d'aléa moral²⁶.

Shleifer avait montré que si l'on tarifait le bien ou le service produit par ces firmes à un prix unique, calculé comme le coût moyen ou médian révélé par l'ensemble des entreprises, le régulateur amenait ces dernières à se comparer à une entreprise fictive dite « *shadow firm* », ce qui incitait celles dont le coût de production était supérieur à la moyenne à réaliser un effort pour ajuster leur processus productif de manière à réduire leurs coûts de production

25. *Medicare* n'est en général pas le seul financeur des établissements hospitaliers. Au niveau national, un tiers des paiements vient de *Medicare*, un autre tiers vient des assureurs privés qui utilisent les mêmes regroupements en DRG mais négocient leurs tarifs annuellement avec chacun des établissements hospitaliers. Le reste des financements provient de *Medicaid* (programme fédéral de prise en charge des personnes défavorisées) et des paiements directs des patients, notamment de ceux qui n'ont pas d'assurance santé.

26. Dans une optique de relation principal-agent, l'idée d'aléa moral est de supposer que le principal (ici, le financeur *Medicare*) ne connaît pas le niveau d'effort de l'agent (l'établissement hospitalier). L'asymétrie d'information apparaît avant la signature du contrat et concerne le niveau d'effort de l'agent. Le but pour le principal est donc de proposer un contrat dans lequel sont mentionnés le niveau de rémunération proposé et le niveau d'effort demandé tels que l'agent accepte le contrat.

en dessous de cette moyenne, tout en conduisant celles dont le coût est inférieur à la moyenne à développer leur activité (24-26). Ce mécanisme permettrait d'assurer l'efficacité productive des entreprises et de supprimer les éventuelles rentes de certaines.

Si l'on applique un tarif utilisant un principe de concurrence par comparaison aux établissements hospitaliers, on s'attend ainsi à ce qu'ils (21) :

- diminuent le coût du séjour :
 - en réduisant les examens inutiles,
 - en substituant les procédures les plus coûteuses par des procédures plus rapides et/ou moins onéreuses ;
- réduisent la durée de séjour et fassent « tourner les lits » plus rapidement puisque chaque séjour génère un paiement, ce qui contribue à augmenter l'activité et à réduire les listes d'attente ;
- améliorent les processus de codage des diagnostics et des procédures pour mieux décrire leur activité.

Au total, les établissements réalisant le plus de marge brute (calculée comme la différence tarif-coût) sur un groupe sont considérés dans ce modèle comme les plus efficaces. Ces derniers sont incités à développer leur activité au détriment des établissements ayant des coûts plus élevés dont les services sont appelés à disparaître s'ils ne réalisent pas les efforts nécessaires pour diminuer leurs coûts de production. La tarification par DRG a donc des conséquences sur le nombre d'établissements de la branche et conduit naturellement à une concentration de l'activité vers les établissements jugés les plus performants (i.e. ceux qui ont les coûts les plus faibles) (27).

► Mais les objectifs sont variables dans les pays qui l'ont mis en œuvre

Dans la pratique, les pays mettant en œuvre la tarification à l'activité ont poursuivi des objectifs multiples dont l'importance relative est différente. Dans une revue de la littérature, publiée en 2011, réalisée par trois cabinets de consultants²⁷ (28) et visant à déterminer les modalités de la tarification à l'activité pour l'Australie, les auteurs avaient rappelé que la tarification à l'activité mise en place dans les pays avait eu pour but de répondre à huit objectifs différents :

- augmenter la productivité des services et leur efficacité productive ;
- réduire les listes de patients en attente de prise en charge ;
- accroître la concurrence entre les établissements pour augmenter la qualité ;
- encourager le monitoring et le *benchmarking* ;
- réduire les capacités excédentaires, en particulier concernant les lits d'hospitalisation ;
- accroître la transparence dans le financement des établissements ;
- faciliter le choix des patients ;
- harmoniser les mécanismes de paiement entre les producteurs publics et privés.

Les règles tarifaires mises en place, pour être efficaces, devaient être cohérentes avec ces objectifs.

Le rapport avait également identifié trois méthodes de calcul des tarifs généralement utilisées :

- les tarifs basés sur la moyenne d'une distribution de coûts observés ;
- les tarifs normatifs ou basés sur la meilleure pratique ;
- les tarifs fixés à un niveau de coût inférieur à la moyenne des coûts observés pour inciter à améliorer l'efficacité. Dans ce cas, le tarif était déterminé selon des modalités différentes : tarif au niveau du quartile le plus bas ou de l'outlier bas, tarif au niveau du coût minimum.

2.2.2 Utilisation en France

En France, la tarification à l'activité (T2A) pour les établissements de santé a été introduite à partir de 2004 pour les hôpitaux publics, et de 2005 pour les cliniques privées. Depuis 2008, elle permet de financer l'intégralité des fonctions de soins des établissements sur la base des séjours hospitaliers réalisés dans le champ de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique (MCO).

Comme pour les États-Unis, la tarification à l'activité repose sur un paiement par séjour basé sur l'activité effectivement réalisée par l'établissement, en tenant compte de la diversité et de la sévérité des cas cliniques, ainsi que de la durée de séjour.

27. Health Policy Solutions, Casemix Consulting et Aspex Consulting.

Seuls les éléments utiles à la compréhension de la tarification de la chirurgie ambulatoire dans le cadre de la T2A seront présentés ci-après.

► La classification des séjours

Le séjour de chaque patient fait l'objet d'un résumé de sortie standardisé (RSS) qui en décrit les caractéristiques médicales et administratives, en agrégeant les résumés d'unité médicale (RUM) produits par les différentes unités où est passé le patient. Ce RSS est codé et traité selon un algorithme qui prend en compte le diagnostic principal (regroupement par catégorie majeure de diagnostic CMD), l'existence d'actes opératoires classants, et si besoin, d'autres informations (âge, diagnostics associés, etc.) ainsi que la durée d'hospitalisation. Cela permet d'affecter le séjour à un groupe homogène de malades (GHM)²⁸. Depuis la version 11 de la classification (2009), qui a introduit un critère de sévérité en quatre niveaux au sein d'un même type de séjour, on compte près de 2 300 GHM répartis en 28 CMD. La version précédente en comptait moins de 800 (29).

L'un des principes de fonctionnement de la T2A est que les coûts de production des GHM doivent globalement être couverts par les tarifs (GHS) (30). Des coûts de référence sont donc calculés par un établissement public administratif, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Ils servent de base à l'élaboration des tarifs des GHM qui seront payés par l'Assurance maladie pour chaque séjour hospitalier.

► Le calcul du coût moyen des séjours hospitaliers

Un coût moyen national du séjour par GHM est calculé sur la base des informations extraites de la comptabilité analytique hospitalière, fournies par une centaine d'établissements volontaires²⁹.

Plusieurs procédures permettent d'ajuster les coûts directement fournis par les établissements :

- les coûts moyens étant sensibles à la composition de l'échantillon des séjours, l'ATIH procède à un redressement des valeurs brutes obtenues de l'échantillon³⁰ ;
- une procédure de « trimage » permet de détecter et d'écarter les séjours dont la durée est anormalement longue ou courte, et ceux dont les coûts sont très élevés ou faibles (92 séjours seulement en 2007) (21) ;
- de plus, les coûts obtenus sont minorés d'un taux d'abattement spécifique qui correspond aux missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) variant de 1,2 à 16,6 %, et parfois augmenté d'un coefficient géographique³¹ variant de 7 % pour l'Île-de-France et de 30 % pour les établissements de La Réunion.

La méthodologie est identique pour les établissements publics et privés, et permet l'élaboration d'une échelle nationale de coûts commune (ENCC) fondée sur le coût moyen des séjours hospitaliers. L'ENCC constitue le fondement de la tarification à l'activité.

Au total, le coût complet de l'ENCC comprend les dépenses cliniques (MCO et mixte de réanimation, les dépenses médico-techniques, les dépenses liées à la fonction logistique médicale et générale, les charges directes – y compris les honoraires et la rémunération à l'acte), mais est hors coût de structure³².

► La détermination des tarifs des GHS

Les tarifs sont arrêtés par le ministère de la Santé en les modulant par rapport à l'ENCC pour tenir compte des contraintes liées à la dotation globale des dépenses pour les établissements de santé allouée chaque année dans le cadre de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) voté par le Parlement (21) et des priorités de santé publique ou des politiques visant à favoriser un mode de prise en charge (par exemple, l'hospitalisation à domicile et la chirurgie ambulatoire) (30).

28. Équivalent des DRGs, mais la France a développé sa propre classification qui n'est donc pas superposable à celle actuellement en vigueur aux États-Unis, ni dans les autres pays européens.

29. 43 établissements privés et 62 établissements publics sur un total de plus de 2 760 établissements hospitaliers en France en 2010.

30. Opération appelée de calage, utilisant un programme appelé SAS CALMAR, développé par l'Institut national de la statistique et des études économiques. Ce programme permet de redresser un échantillon, par pondération des individus, en utilisant une information auxiliaire disponible sur certaines variables appelées variables de calage.

31. L'objet des coefficients géographiques est de majorer les tarifs pour les établissements situés dans l'une des six régions présumées avoir des surcoûts (Corse, Guadeloupe, Guyane, Île-de-France, Martinique et Réunion) (30).

32. Les coûts de structure (charges d'amortissement immobilier et charges financières des emprunts, quelle que soit leur destination) sont présentés dans l'ENCC, mais ils ne sont pas inclus dans les « coûts complets » et donc dans les coûts T2A, ce qui suggère que la majeure partie des amortissements de l'investissement immobilier et des charges financières sont financés autrement que par les tarifs (30).

Les coûts connus de l'ENCC sont décalés de deux ans par rapport aux tarifs (année 2009 pour l'ENCC pour les tarifs 2011).

Les tarifs sont également pondérés au niveau de chaque établissement par un « coefficient de transition » permettant une convergence (interne) progressive entre établissements d'une même catégorie (publics ou privés), afin d'éviter les conséquences négatives d'un changement trop brutal du modèle tarifaire. Le coefficient a vocation à être supprimé (i.e. être égal à 1) après 2012.

Les recettes perçues par l'établissement de santé sont alors le tarif de chaque groupe homogène de séjour (GHS) multiplié par le nombre de cas traités annuellement. Il existe deux grilles tarifaires T2A, selon le mode de tarification initial : dotation globale (DG) pour les établissements publics et ex-PSPH (ESPIC)³³, et dans le cadre d'un objectif quantifié national (OQN) pour les établissements privés lucratifs.

Les établissements reçoivent également des recettes complémentaires qui viennent s'ajouter à ce financement des GHS : il s'agit des consultations et actes externes, des recettes dites « de classe 2 » (reste à charge pour les patients), des médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus, de forfaits correspondant à des activités particulières (notamment les urgences qui bénéficiaient jusqu'en 2008 d'un forfait par passage), des MIGAC (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation) et des MERRI (missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation) (29).

2.2.3 Les limites de la tarification à l'activité

Le système de tarification à l'activité génère un certain nombre d'incitations sous-jacentes (diminution de la durée de séjour, recherche d'un équilibre financier, augmentation de l'activité lorsque les coûts sont inférieurs aux tarifs), différentes de celles observées antérieurement (budget global, prix de journée ou paiement à l'acte, variable en fonction des pays).

Il présente également de nombreuses limites largement soulignées pour les pays étrangers dans la littérature internationale et, en France, dans les rapports récents de la Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité

sociale de la Commission des affaires sociales du Sénat (20), de l'Inspection générale des affaires sociales (31, 32) et l'Inspection générale des finances (33) ; sans être exhaustif, on en reprend ici les principaux éléments, dans la mesure où ils sont susceptibles d'avoir des conséquences sur les principes incitatifs retenus dans le cadre de la tarification de la chirurgie ambulatoire.

► Un système tarifaire favorisant l'augmentation des volumes qui nécessite la mise en place d'un encadrement macroéconomique global

En incitant les établissements à réaliser plus d'actes dans les activités à marge positive (i.e. lorsque le tarif est supérieur au coût de production), la tarification par GHM engendre potentiellement un accroissement des dépenses par les volumes, d'autant que la tarification à l'activité est un outil qui, d'après l'IGF (33), cherche surtout à révéler la demande insatisfaite ou à induire une demande nouvelle ; cela tient au fait qu'elle a en partie été conçue à l'étranger pour résorber des défauts d'offre ou les files d'attente.

Pour l'IGF (33), cette logique d'accroissement des volumes a conduit les établissements à privilégier une approche recettes plutôt qu'à diminuer leurs coûts. Elle constate d'ailleurs une augmentation du nombre de séjours hospitaliers qui sont passés de 18 millions en 2002 à 21,5 millions en 2009, mais reconnaît que la part de l'effet T2A dans cette augmentation est complexe à isoler.

Cette tendance à l'augmentation des volumes a été confirmée dans une étude menée par Or *et al.* pour l'IRDES (34). Les résultats de ce travail ont montré que dans les hôpitaux publics, l'activité (nombre de séjours) et la production hospitalières (séjours pondérés par le case mix) avaient augmenté de manière soutenue entre 2002 et 2009, quel que soit le type d'activité, avec une hausse plus marquée pour les séjours de chirurgie. Dans les établissements privés à but lucratif, une forte augmentation des séances et des séjours de chirurgie ambulatoire a été observée de manière concomitante à une baisse des séjours d'hospitalisation complète en obstétrique et en médecine.

Pour limiter cette tendance, plusieurs pays ont accompagné la mise en place de la tarification à l'activité par

33. À partir de 2009, dans le cadre de la loi HPST, la classification des établissements de santé a été modifiée. Les établissements privés ex-PSPH sont devenus des ESPIC « établissements de santé privés d'intérêt collectif » (ESPIC).

des mécanismes visant à encadrer les dépenses hospitalières par une enveloppe globale au niveau local (Allemagne, Grande-Bretagne) ou national (France) (35). En France, cet encadrement se fait par l'intermédiaire de la sous-enveloppe établissements de santé de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

Comme l'a souligné la Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS) dans son rapport au Sénat en 2012 (20), dans un système de financement à l'activité, la dépense totale dépend d'une part, du tarif pratiqué et d'autre part, du volume ou du nombre d'actes et prestations facturés. Or l'enveloppe globale allouée aux dépenses de santé remboursables est fermée via l'ONDAM et son évolution contrainte par un taux d'évolution annuel voté par le Parlement. L'échelle tarifaire n'est donc pas établie seulement en fonction des coûts de production des établissements de santé constatés, mais en tenant compte également de la contrainte budgétaire macroéconomique globale. Les tarifs sont donc souvent stabilisés, voire réduits pour s'intégrer dans la contrainte prix-volume fixée par l'ONDAM.

La France a donc choisi une régulation par les tarifs plutôt que par les volumes, sans prendre en compte l'activité de chaque établissement considérée individuellement. En effet, pour l'IGF (33), il existe une discordance entre l'objectif d'efficience attendu des établissements, sous-jacent à la mise en place de la tarification à l'activité, et la pression de l'ONDAM. Les contraintes de l'ONDAM s'appliquent de manière homogène sur tous les GHM de manière « homothétique » et pèsent sur tous les établissements, y compris sur ceux qui sont déjà les plus efficaces, c'est-à-dire sur ceux qui ont les marges les plus faibles en termes de gains d'efficience réalisables.

► **L'absence de prise en compte de l'établissement de santé comme une organisation dans laquelle s'inscrit l'activité de chirurgie ambulatoire**

L'ajustement prix-coût repose sur le calcul de la différence entre le coût d'un panel théorique d'établissements. Quel que soit l'ajustement effectué, il ne tient pas compte des conditions de production de chaque établissement. Ces conditions peuvent l'amener à avoir des coûts supérieurs ou inférieurs au tarif.

■ En instaurant un tarif par procédure, on raisonne en considérant implicitement que chaque processus productif est indépendant des autres. Or un tarif isolé n'a pas de sens si l'on ne s'intéresse pas aux modalités d'organisation. Ainsi :

- la combinaison de certaines procédures au sein d'un service pourrait s'avérer moins coûteuse qu'une autre combinaison de procédures dans un autre service (économies de gamme) ;
- le tarif national pour tous les établissements, quelle que soit leur taille, suppose que les coûts de production ne varient pas en fonction des volumes produits (pas d'économies d'échelle) (36) ou qu'il faut privilégier les établissements ayant la plus forte activité³⁴.

■ Plus généralement, il ignore le fait que la production s'intègre dans une structure organisationnelle plus large (37), l'établissement de santé, qui a de multiples objectifs et une forte diversité d'activités différentes (l'établissement est considéré comme une organisation multi-produits) dans lequel les incitations par procédures peuvent se révéler contradictoires, ce qui conduit les acteurs à ne pas savoir sur quel type d'activité doivent porter leurs efforts (38).

► **L'absence de prise en compte de la pertinence des soins fournis**

Les modèles de paiement à l'activité ne portent en eux aucune incitation pour améliorer la qualité, la pertinence et l'efficience des soins produits. Ils encouragent la multiplication des volumes produits et la multiplication des hospitalisations voire des réadmissions.

La tarification à l'activité est susceptible d'engendrer des comportements d'optimisation financière à court terme (myopie) et ciblées (vision en tunnel) (38), au détriment d'une analyse de long terme amenant l'établissement à réorienter ses activités ou à en choisir de nouvelles. Par exemple, un établissement qui obtient des marges positives sur son activité de chirurgie classique ne sera pas incité à développer une activité de chirurgie ambulatoire.

Dans le cadre de la tarification à l'activité, la pratique de référence ou le périmètre des soins pertinents n'ont pas été définis au niveau médical en tant que tels, mais

34. En effet, s'il existe des économies d'échelle importantes, les établissements qui ont une forte activité peuvent en bénéficier et dégager ainsi une marge plus forte, puisque la différence tarif identique - coût sera plus élevée.

ont été calés sur la base des coûts moyens observés dans les services hospitaliers (ou médians dans certains pays) pour chaque procédure. Il érige la moyenne ou la médiane de coût comme la norme vers laquelle il est nécessaire de tendre, sans évaluer la pertinence de cette norme, aussi bien au niveau économique que médical (24). Ainsi, si tous les établissements ont une pratique non efficiente ou qu'une minorité d'entre eux seulement sont efficaces, la tarification à l'activité maintiendra des zones d'inefficience (coûts trop élevées et/ou pratique médicale sous-optimale).

Si les DRGs ne sont pas suffisamment homogènes au niveau des cas cliniques, alors les paiements pour les cas les plus complexes seront trop faibles pour l'établissement de santé, ce qui lui fera réaliser une marge négative sur ces cas. La tentation est alors pour les établissements de sélectionner les cas plus simples et/ou les plus rentables et de faire de l'écramage (*cream skating*) ou en se spécialisant sur certaines activités et/ou dans certains bassins de population lorsqu'ils le peuvent (21)³⁵. L'écramage ou sélection des cas peut se produire entre GHM et à l'intérieur d'un même GHM. Les établissements pratiquant la chirurgie ambulatoire sélectionneraient les cas les plus simples ou les plus rentables de manière à optimiser la marge issue de la tarification.

Selon certains auteurs (24, 39), le modèle tarifaire devrait donc ajuster les prix à la qualité des soins fournis. Si la qualité est liée à la procédure choisie (par exemple, la chirurgie ambulatoire est réputée de meilleure qualité parce qu'elle évite des événements indésirables et apporte une plus grande satisfaction au patient), la différence de prix doit refléter la différence de qualité par rapport à la chirurgie classique. Mais cela impliquerait de disposer d'une information sur le résultat de soins associé à chaque patient. Cela supposerait également de pouvoir différencier l'effet case mix, de l'effet structure de prise en charge (type d'établissements) ou type de prise en charge.

En France, le rapport de l'IGF (33) soulignait également que la mise en place de référentiels de comparaison était encore insuffisamment développée pour permettre une analyse par GHM. Il citait le référentiel « *Hospi-Diag* » regroupant une soixantaine d'indicateurs et l'élaboration de référentiels de pratiques médicales par la HAS. L'IGF préconisait l'élaboration de pratiques médicales standards par la HAS, a minima pour les groupes de séjours les plus fréquents qui s'accompagnerait ensuite d'une valorisation de type « *Best Practice Tariff* » du type de celle mise en place au Royaume-Uni (*cf. infra* partie 2.6.1).

► Une absence de prise en compte du parcours du patient qui peut diminuer la qualité de la prise en charge

La tarification par DRG ou ses équivalents a potentiellement des conséquences négatives sur la qualité. En effet :

- afin de maximiser ses marges, l'hôpital peut être tenté de faire sortir (*bloody discharge*) ou de transférer les patients prématurément vers d'autres structures qui supporteront alors les coûts de la prise en charge de la phase post-hospitalisation (21)³⁶ ;
- les hôpitaux peuvent être tentés de fractionner les séjours des patients en multipliant les séjours et en favorisant les réadmissions afin de maximiser leurs recettes tarifaires ;
- la tarification encourage la concentration et la spécialisation de l'activité autour de quelques producteurs qui bénéficient d'économies d'échelle. Cette concentration peut permettre d'améliorer le résultat de santé en facilitant les effets d'apprentissage (27) mais peut également limiter l'accès des patients à certains établissements. Or l'éloignement géographique limite par exemple l'accès à la chirurgie ambulatoire.

Pour autant, dans le cas français, même si de nombreux indicateurs de qualité tendent à se développer, notamment sous l'égide de la HAS³⁷, il s'agit plus d'indicateurs

35. Cf. chapitre 2, Geissler et al., *Introduction to DRGs in Europe: Common objectives across different hospital systems* (21).

36. Cf. chapitre 6, Cots et al., *DRG-based hospital payment: Intended and unintended consequences* (21).

37. Via les IPAQSS (indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins). La Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la Haute Autorité de Santé (HAS) ont lancé en juillet 2012 un projet de recherche intitulé « Incitation financière à l'amélioration de la qualité » (IFAQ), par le biais d'un appel à candidatures auprès des établissements de santé, publics et privés exerçant une activité MCO. Le principe de ce projet est d'expérimenter un mécanisme d'incitation financière à la qualité des établissements de santé, fondé sur des indicateurs généralisés, les pratiques exigibles prioritaires de la certification de la HAS et le degré d'informatisation du dossier du patient. L'objectif est d'identifier les différentes modalités opérationnelles qui pourraient permettre de prendre en compte la qualité des prises en charge dans le mode de financement des établissements de santé.

mesurant la qualité des processus de prise en charge que d'indicateurs de qualité des soins envisagés dans leur composante globale et leur intégration dans les principes tarifaires est encore au stade exploratoire.

Pour la DREES (40), au niveau global, il ne semble pas que la qualité des soins se soit dégradée depuis la mise en place de la T2A. Pour faire ce constat, elle s'appuie sur les résultats de l'enquête nationale sur les événements indésirables graves (EIG) en établissements de santé (enquête ENEIS réalisée par la DREES en 2004 et 2009) (41, 42), qui montrent une stabilité entre 2004 et 2009, alors même que l'on pouvait potentiellement s'attendre à une hausse de la fréquence des événements indésirables sur cette période, du fait de la modification de la structure d'âge des patients hospitalisés, de la complexité technique des actes et des prises en charge, et des modifications des conditions de travail liées notamment aux réorganisations.

Néanmoins, ce constat était différent pour la chirurgie, puisque cette même étude (41, 42) concluait que pour les EIG « causes d'hospitalisation », la proportion de séjours causés par des infections évitables associées aux soins était statistiquement supérieure en 2009 par rapport à 2004 dans les unités de chirurgie, du fait d'une augmentation des infections du site opératoire liées à des interventions lors d'hospitalisations antérieures. Étant donnée l'absence de diminution de la durée moyenne de séjour sur la totalité de l'échantillon, l'une des raisons pourrait être un séjour écourté dans l'hospitalisation précédente avec une identification de l'infection au domicile du patient, ou une prise en charge non optimale de la plaie opératoire en médecine ambulatoire (41, 42). Le lien entre cette évolution des EIG et la mise en place de la tarification à l'activité n'a cependant pas été établi.

► Un système de tarification qui s'éloigne du modèle théorique d'incitation

La transposition dans le système français de la tarification à l'activité a conduit à faire des choix s'éloignant progressivement du modèle théorique d'origine de concurrence par comparaison (33) :

- contrairement au modèle *Medicare*, l'Assurance maladie est en situation de monopole et de payeur unique, et est contraint par la contrainte macroéconomique de l'ONDAM ;

- le système français est moins armé que d'autres modèles étrangers contre certaines dérives (absence de contrôle de la pertinence des soins, accès libre aux établissements de santé sans système de « *gatekeeping* », absence de coordination entre les soins de ville et hospitaliers, absence de régulation par les volumes) ;
- le système français se caractérise par deux échelles tarifaires distinctes, l'une pour les établissements de santé du secteur public ou privé non lucratif, l'autre pour les établissements de santé du secteur privé lucratif, ce qui a fait émerger une problématique de convergence intersectorielle des tarifs ;
- la tarification à l'activité ne couvre pas toutes les activités hospitalières, les soins de suite et de réadaptation et la psychiatrie en sont pour l'instant exclus ;
- les coûts moyens des établissements ne sont appréhendés que très imparfaitement car :
 - l'ENCC ne représente qu'une centaine d'établissements et n'est pas représentatif, aussi bien au niveau des établissements publics que privés,
 - la répartition de certaines charges (notamment de personnel par section d'analyse à la journée) reste à la journée et non au séjour, ce qui peut contribuer en partie à attribuer la même valeur de la journée à des séjours qui peuvent nécessiter une intensité quotidienne de soins très contrastée. Ces règles d'imputation pénalisent les séjours courts et intenses en soins,
 - il existe des dispersions de coûts des séjours très importantes entre les établissements de l'ENCC, à l'intérieur d'un même GHM. L'IGF (33) cite notamment l'exemple des « interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie en ambulatoire », dont les coûts 2009 allaient de 193 à 16 556 € entre les valeurs extrêmes dans le secteur public ou privé non lucratif (rapport de 1 à 86) et de 143 à 2 699 € dans le secteur privé lucratif (rapport de 1 à 19), sans qu'il ne soit possible de déterminer si ces différences étaient légitimes (pratiques médicales différentes, caractéristiques sanitaires ou socio-économiques de la patientèle, etc.) ou illégitimes car liées à des niveaux d'organisation ou d'efficacité différents entre les établissements,
- l'éloignement progressif de la relation entre coûts et tarifs (appelé principe de neutralité tarifaire dans le

rapport de l'IGAS) (33) qui est altéré par plusieurs éléments :

- le périmètre des coûts de l'ENCC n'est pas identique à celui des « coûts T2A », certains coûts n'ayant pas vocation à être financés par la T2A,
- les tarifs bruts moyens obtenus sont ensuite fortement corrigés par des ajustements statistiques,

mais également par l'application de coefficients géographiques, par le lissage des évolutions tarifaires pour éviter les effets revenus trop brutaux, par une correction de certains tarifs pour tenir compte des priorités de santé publique ou pour encourager certaines pratiques (notamment la chirurgie ambulatoire).

Points clés

La tarification de la chirurgie ambulatoire doit être resituée au sein du cadre plus large de la tarification à l'activité dans laquelle elle s'inscrit. Les grands principes théoriques de cette dernière ont été formulés aux États-Unis par le Pr Fetter et son équipe au début des années 1980, pour être ensuite appliqués, dans ce pays, à l'assurance santé fédérale *Medicare* pour les personnes âgées. Elle a ensuite été étendue à la plupart des assureurs privés de ce pays, puis s'est progressivement diffusée, sous des modalités et objectifs divers, à la plupart des pays européens.

La tarification à l'activité est :

- basée sur la description de l'activité réelle de l'établissement de santé par groupe homogène de séjour au niveau du coût, tout en tenant compte de la diversité des cas cliniques (appelée « *case mix* » ou éventails de cas) ;
- le tarif appliqué à chaque séjour est proche du coût moyen révélé par un ensemble déterminé d'établissements hospitaliers. Cette méthode de tarification présente des vertus incitatives, mises en évidence par A. Shleifer en 1985, et connues en théorie économique sous le terme de « concurrence par comparaison » (*Yardstick competition*).

Avec la tarification à l'activité, la majorité des recettes de l'établissement hospitalier s'obtient alors en multipliant le tarif de chaque séjour par le nombre de cas traités annuellement, puis en y ajoutant des financements complémentaires, dont le type et les modalités de calcul peuvent varier d'un pays à l'autre.

Le principe de la tarification à l'activité s'est progressivement généralisé à la plupart des pays européens, où il a été décliné en différentes modalités.

En France, la tarification à l'activité (T2A) a été introduite progressivement de 2004 à 2008 dans le secteur sous dotation globale (public et privé non lucratif), et en 2005 dans le secteur sous objectif quantifié national (privé lucratif). Depuis 2008, elle permet de financer l'intégralité des séjours hospitaliers réalisés dans le champ de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique (MCO).

Ce système tarifaire génère des modifications dans la stratégie des établissements, recherchées par le régulateur : diminution de la durée de

séjour, recherche d'un équilibre financier recettes-dépenses pour chaque activité de l'établissement, augmentation des volumes d'activité lorsque les coûts observés sont inférieurs aux tarifs pratiqués.

Il présente également de nombreuses insuffisances ou limites dans le modèle français mises en lumière dans la littérature :

- nécessité de l'accompagner d'un encadrement prix-volume global (fixé en France dans le cadre de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie) pour limiter les effets d'augmentation des dépenses de santé, au risque de diminuer les tarifs uniformément et donc de les éloigner des coûts observés, et de ne plus respecter le principe initial de neutralité tarifaire pour chaque activité ;
- raisonnement en silos par activité négligeant le fait qu'un établissement hospitalier combine différentes activités (dont les modalités incitatives peuvent se révéler contradictoires de l'une à l'autre), et qu'il existe d'autres acteurs impliqués dans le parcours de soins des patients ;
- absence de définition du périmètre des soins pertinents à prendre en compte dans le tarif. Les modalités de calcul tarifaires retenues érigent implicitement en norme de production efficiente la moyenne ou la médiane des coûts observés, sans évaluer la pertinence de cette norme, aussi bien au niveau économique que médical.

Au total, le système de la T2A présente des limites de deux ordres, l'une technique qui correspond aux difficultés de collectes et de calculs des coûts, l'autre plus « politique », qui est liée aux multiples objectifs, parfois contradictoires que le régulateur a voulu faire jouer à la tarification à l'activité en France (amélioration de l'efficacité par un processus de concurrence par comparaison, encadrement macroéconomique prix-volume des dépenses hospitalières, incitation à la mise en œuvre des priorités de santé publique, incitation à la mise en place de certaines pratiques – notamment la chirurgie ambulatoire).

Pour l'IGF, ces éléments contribuent à altérer la portée et la signification du signal prix porté par la tarification ; cela conduirait la T2A à glisser progressivement d'un instrument encourageant l'efficacité vers un outil d'allocation budgétaire.

2.3 La tarification de la chirurgie ambulatoire dans le cadre du paiement à l'activité

L'objectif de cette partie est d'étudier les modalités tarifaires utilisées dans un certain nombre de pays pour rémunérer la chirurgie ambulatoire. Il ne s'agissait pas de présenter dans le détail l'organisation des systèmes de santé des différents pays et leurs systèmes de tarification³⁸, mais de rassembler l'information disponible dans la littérature publiée ou facilement accessible en interrogeant directement des experts étrangers sur le modèle tarifaire retenu pour la chirurgie ambulatoire (cf. questionnaire adressé en partie 4 du rapport).

Dans cet exercice, la HAS s'est heurtée à deux difficultés majeures : la plupart des documents tarifaires n'étaient accessibles que dans la langue du pays d'origine et les mécanismes tarifaires utilisés s'intégraient dans des systèmes très différents du contexte français (payeurs multiples, systèmes régionalisés notamment). Les informations présentées ci-après sont donc partielles.

2.3.1 Analyse théorique des principes tarifaires utilisés pour les séjours « *outliers* »

Dans la construction du modèle tarifaire à l'activité, la durée de séjour est considérée comme un indicateur central de l'activité hospitalière. Pour chaque séjour, une durée moyenne (DMS) est déterminée, ainsi qu'un intervalle de variation autour de cette durée de séjour. Lorsque la durée de séjour observée se situe en deçà de la borne basse de l'intervalle, il est considéré comme « *outlier* » et bénéficie généralement d'une tarification spécifique. La distribution des durées de séjour est souvent asymétrique, avec des séjours « *outliers* » particulièrement longs ou courts par rapport à la durée de séjour moyenne.

La question des frontières de durée de séjour se pose lorsque l'on cherche à calculer les coûts des séjours. Il faut alors définir des règles de troncature, c'est-à-dire les bornes basse ou haute de durée de séjour qui fixeront le niveau de durée de séjour des « *outliers* » par rapport aux « *inliers* ». En général, les limites sont basées en appré-

ciant la moyenne ou la médiane de DMS et en fixant des bornes par rapport à des écarts interquartiles de durée de séjour (21)³⁹.

► Modalités d'utilisation pour la chirurgie ambulatoire

Dans la plupart des pays, les modalités de tarification de la chirurgie ambulatoire ont découlé de celles retenues pour les séjours « *outliers* », dits « de courte durée » (21)⁴⁰.

Dans ce cas, lorsqu'elle coexiste dans un même DRG avec la chirurgie classique, la chirurgie ambulatoire est donc traitée a priori comme une durée de séjour « atypique ». Seuls les pays du Nord (Estonie, Finlande et Suède) définissent les séjours « *outliers* » sur la base des coûts et non sur la base des durées de séjour.

Les séjours « *outliers* » (courts ou longs) sont généralement tarifés en appliquant une décote, proportionnelle à la durée de séjour ou fixe (cf. figure 1). Quelle que soit la méthode de calcul utilisée, les tarifs pour les séjours ambulatoires sont donc plus faibles que ceux de la chirurgie classique (21)⁴¹. Ce choix se justifie par le coût observé plus faible des séjours ambulatoires. Par ailleurs, l'objectif de la décote, intrinsèquement pénalisante pour l'établissement, vise à limiter les sorties prématurées (*bloody discharge*) (43).

Pour la chirurgie ambulatoire, certains pays se sont progressivement affranchis de cette méthode de calcul basée sur la notion d'*outliers* courts, mais d'autres la conservent encore. Le détail par pays est décrit dans la section suivante.

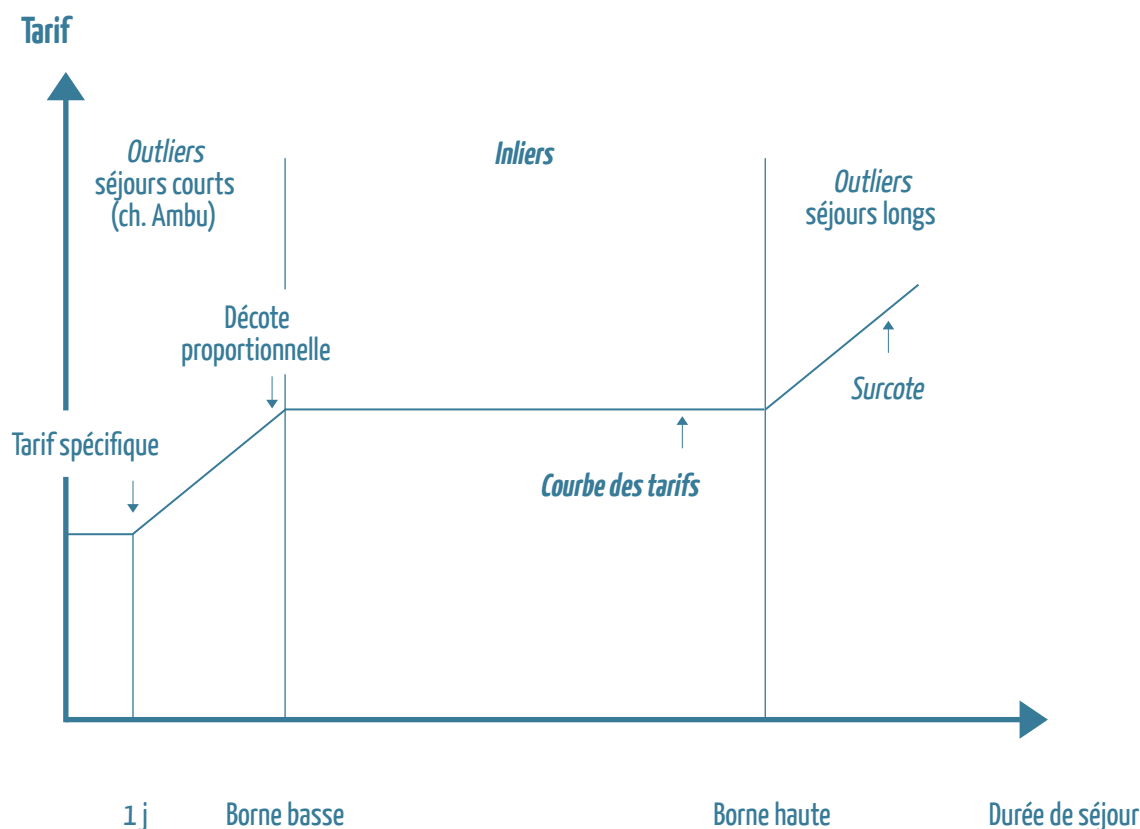
38. Pour une présentation détaillée des systèmes de tarification hospitalière des différents pays d'Europe, on consultera l'ouvrage récent sur les DRGs de l'Observatoire européen des politiques et systèmes de santé (21).

39. Cf. chapitre 6, *Cots et al*, *Idem*.

40. Cf. chapitre 6, *Cots et al*, *DRG-based hospital payment: Intended and unintended consequences* (21).

41. Cf. chapitre 6, *Cots et al*, *Ibid*.

Figure 1. Représentation graphique des modalités de tarification des « outliers » dans les pays européens en fonction de la durée de séjour



Source : (21)⁴².

2.3.2 Principes de tarification de la chirurgie ambulatoire utilisés dans les pays européens

Les éléments ci-après présentent les premières informations collectées à partir de l'analyse de la littérature ou des observations « à dire d'experts », pour l'étranger, lorsqu'aucune publication n'était disponible. Le tableau 2 en récapitule les principales modalités. Le cas des États-Unis, qui proposent des règles tarifaires spécifiques dépendant du type d'établissement qui pratique la chirurgie ambulatoire, n'est pas abordé dans cette partie, mais traité à la faveur de l'étude des modèles de tarification des centres indépendants de chirurgie ambulatoire (cf. partie 2.5.1).

Allemagne

La chirurgie ambulatoire est tarifiée par l'établissement hospitalier selon deux modalités :

- **pour les interventions devant être habituellement pratiquées en centres indépendants** (cf. partie 2.5.4 pour une présentation des centres indépendants en Allemagne) : la grille des tarifs ambulatoires est utilisée. Le tarif est identique depuis 2010⁴³, quel que soit le type de structure qui pratique l'intervention ;
- **pour les interventions qui peuvent être pratiquées en centres indépendants ou en établissement hospitalier** : les G-DRGs⁴⁴ s'appliquent avec des tarifs spécifiques pour la chirurgie ambulatoire

42. Cf. chapitre 6, Cots et al., *DRG-based hospital payment: Intended and unintended consequences* (21).

43. Auparavant, les tarifs étaient différents car aucun accord entre les hôpitaux et les chirurgiens exerçant en ambulatoire n'avait été trouvé, aussi bien concernant le catalogue des procédures que les tarifs. Aujourd'hui, il s'agit d'un tarif uniforme appelé EBM.

44. Le système de tarification par DRG est devenu obligatoire en Allemagne en 2004 pour environ 2 000 établissements (43).

(réduits par rapport à la chirurgie classique) et qui comprennent les investigations préopératoires et la consultation postopératoire. Les réadmissions sous 30 jours pour la même cause ne donnent pas lieu à facturation de manière à limiter les sorties prématurées. Selon Broekelmann (44), la limite principale au développement de la chirurgie ambulatoire en établissement hospitalier provenait initialement de la tarification trop faible des séjours ambulatoires qui étaient facturés en moyenne à seulement 25 % du tarif du séjour équivalent en hospitalisation classique (45). Depuis 2004, une nouvelle loi sur les soins intégrés (*Integrierte Versorgung*) a conduit les caisses d'assurance maladie allemandes à fixer des contrats rémunérant la chirurgie ambulatoire à un tarif compris entre 50 et 90 % du tarif de l'hospitalisation classique (46) ;

- des chirurgiens spécialisés exerçant habituellement en centres indépendants peuvent pratiquer des actes de chirurgie ambulatoire en établissement hospitalier. Dans ce cas, l'établissement les rémunère en utilisant les tarifs ambulatoires mais perçoit le tarif des G DRGs ;
- les hôpitaux facturent les patients relevant d'assurances privées (environ 11 % de la population allemande) en utilisant une autre échelle tarifaire (appelée GOÄ).

Autriche

Le coût des séjours comprend deux éléments :

- une composante exprimée en jours (coût se répartissant sur l'ensemble du séjour comme les soins infirmiers hors intervention et frais d'hébergement) ;
- et une composante dite de « performance » qui comprend les coûts directement liés à la procédure (21)⁴⁵ comme par exemple les coûts en personnel durant l'intervention chirurgicale calculés à partir d'une base de 15 hôpitaux de référence.

Le calcul des tarifs de la chirurgie ambulatoire diffère selon qu'ils font partie ou non d'une liste approuvée d'interventions praticables en ambulatoire :

- si le séjour est approuvé en ambulatoire, le tarif de l'ambulatoire est égal au tarif du séjour d'un jour ;
- si le séjour n'est pas dans la liste des procédures approuvées, le séjour est payé à 100 % au niveau de

la composante de performance, tandis que la composante exprimée en jours est réduite en appliquant la formule suivante :

Score d'un séjour « *outlier court* » =

$$PC + \frac{(LDCFscore - PC) * (x + 1)}{(t + 1)}$$

Avec :

- x nombre de jours d'hospitalisation réalisés pour le séjour (qui est ici en dessous de la borne basse prédéfinie) ;
- le coût du séjour total LDF étant la valeur relative du séjour par rapport à l'ensemble ;
- LDFscore est le coefficient du séjour considéré, on lui soustrait PC qui est la partie « performance du coût ». Il ne subsiste donc que la composante exprimée en jours ;
- t est la valeur du point de trimage défini pour « l'*outlier* » de court séjour.

Le montant reçu par l'établissement pour la composante jour est donc décoté et cette décote dépend de la durée du séjour pour définir l'*outlier* bas ; plus t est élevé, plus la décote est importante.

Le tarif utilisé en Autriche pour les procédures non approuvées en ambulatoire pose le postulat que les coûts d'une hospitalisation classique et d'une hospitalisation ambulatoire sont identiques quand il s'agit de la partie technique du séjour, qui doivent donc être rémunérés au même tarif et que la différence de coût entre les deux types de séjour ne provient que de la partie hôtelière ou soins infirmiers post-intervention. Dans ce cadre, la composante jour est financée à 10 % seulement de la composante jour calculée pour les « *outliers* » court séjour.

Belgique

Les établissements hospitaliers sont principalement financés en Belgique par un budget global appelé budget des moyens financiers (BMF). Le financement de la chirurgie ambulatoire ne relève pas de la tarification à l'activité. Néanmoins, depuis 2002, une liste de prestations chirurgicales (liste A) a été créée. Les hôpitaux reçoivent des moyens financiers supplémentaires dans le cadre de leur budget des moyens financiers lorsqu'ils

45. Cf. chapitre 11, Kobel C. et Pfeiffer KP, Austria: inpatient care and LKF framework consequences (21).

effectuent les interventions de la liste A en hospitalisation de jour (chirurgie ambulatoire) (47).

Danemark

À côté de la classification par DRG danoise appelée DkDRG, il existe une classification spécifique pour les interventions ambulatoires appelée DAGS (*Danish Ambulatory Grouping System*). Les tarifs sont fixés au niveau national. Les interventions pouvant être à la fois pratiquées en hospitalisation classique et en ambulatoire sont des DRGs dits dans la « zone grise ». La liste des procédures dans cette zone est actualisée chaque année. Pour ces séjours, le tarif payé est identique concernant le DkDRG et le DAGS, quel que soit le mode d'hospitalisation (48, 49).

Les coûts des interventions chirurgicales sont calculés à partir des données de l'établissement hospitalier, de la durée de l'intervention, puis en y affectant les ressources consommées en personnel.

Espagne

L'Espagne n'utilise pas de système de tarification national. Le système de tarification est propre à chaque région, mais il existe un système de compensation inter-régions basé sur les DRGs.

En Catalogne, le tarif de l'hospitalisation classique et celui de l'ambulatoire sont identiques pour les procédures fréquemment pratiquées en ambulatoire. La chirurgie ambulatoire représente environ 40 % de l'activité. Cette tarification visait à développer l'ambulatoire de manière à réduire les listes d'attente et a eu l'effet escompté, puisque la chirurgie ambulatoire a crû de 75,1 % entre 2001 et 2007 (50).

Grande-Bretagne

La méthode de tarification à la pathologie est assez similaire à celle utilisée en France et fait partie du dispositif

de paiement au résultat (*Payment by Results*) introduit en Grande-Bretagne en 2002 (25) :

- les séjours des patients sont classés dans des groupes consommant le même type de ressources appelés « *Healthcare Resource Groups* » (HRGs), la dernière version des HRGv4 introduite en 2009 compte plus de 1 400 groupes ;
- les hôpitaux reçoivent un paiement forfaitaire directement lié à leur activité ;
- le montant du forfait national (*reference cost*) est calculé comme la moyenne des coûts des hôpitaux pour chaque activité. Ce tarif est toutefois ajusté pour tenir compte (51) :
 - des variations locales de niveaux de vie (avec un coefficient appelé *Market Forces Factor* – MFF)⁴⁶,
 - du décalage de deux ans entre le calcul des coûts et les tarifs (coefficient appelé *Uplift Factor*)⁴⁷,
 - le paiement est modulé en fonction du caractère programmé ou non de l'intervention, en introduisant une compensation liée au surcoût pour les séjours non programmés (52).

La différence avec la France repose sur le fait que les données de coûts sont connues pour l'ensemble des hôpitaux publics (24), alors qu'en France, elle repose sur un échantillon d'établissements volontaires.

Le tarif appliqué en chirurgie ambulatoire et en chirurgie classique était identique jusqu'en 2009-2010 de manière à encourager les professionnels à pratiquer la chirurgie ambulatoire réputée moins coûteuse (21)⁴⁸.

Le mode de calcul du tarif identique reposait sur une moyenne, pondérée par l'activité, des coûts de chaque type de prise en charge. Ainsi, si l'activité enregistrée pour une procédure de chirurgie ambulatoire était de 4 000 interventions pour un coût de 500 £, et celle de la chirurgie classique est de 1 000 interventions pour un coût de 1 000 £ par intervention, le tarif appliqué était de 600 £⁴⁹ (53), les tarifs étant également modulés pour tenir compte des différences locales de prix des facteurs⁵⁰.

46. Le MFF tient compte des différences régionales dans le coût de la main d'œuvre, le prix du foncier, les loyers et les infrastructures.

47. Les coûts de référence sont rétrospectifs, alors que les paiements reçus sont prospectifs. Les coûts de référence sont donc ajustés pour tenir compte du taux de variation des prix sur deux ans.

48. Cf. chapitre 12, Mason A. *et al.*, *England: The healthcare Resource Group system* (21).

49. Soit $(4\,000 \times 500) + (1\,000 \times 1\,000) / 5\,000$.

50. Prix du foncier, de la main d'œuvre pour le personnel non médical et des loyers. On applique aux tarifs du paiement aux résultats un coefficient dit « MFF » (*Market Forces Factor*).

Il n'existe pas de contrainte sur les volumes d'activité chirurgicale totale pratiquée, dans la mesure où le gouvernement britannique cherche à réduire les délais d'attente, et donc à encourager au maximum le développement de cette activité (52).

Depuis 2010, pour certaines interventions, le système de tarification a été modifié afin d'être encore plus incitatif au développement de la chirurgie ambulatoire, avec l'introduction du principe de tarification à la meilleure pratique (*Best Practice Tariff* – BPT). Ce nouveau mécanisme tarifaire fait l'objet d'un développement spécifique dans ce rapport (cf. partie 2.6).

À la suite de l'introduction d'une possibilité de choix de l'offreur introduite dans le NHS en 2006, les patients qui doivent subir une intervention en chirurgie ambulatoire doivent à présent se voir proposer un choix de quatre à cinq centres, dont un au moins doit être privé. L'objectif est d'encourager la sous-traitance⁵¹ et de développer les centres de traitement indépendants appelés ISTCs⁵² (cf. partie 2.5.2) introduits au sein du NHS en 2003 (54), les interventions les plus fréquemment sous-traitées étant la chirurgie générale, la chirurgie orthopédique et ophtalmologique et l'endoscopie (55).

Hongrie

L'assurance santé gouvernementale rembourse intégralement les soins figurant dans un panier global de 283 procédures. Le tarif pour ces procédures est identique en chirurgie ambulatoire et en chirurgie classique (56).

Irlande

La classification des séjours a été étendue dans le milieu des années 1990 pour tenir compte des activités réalisées en ambulatoire (*Day Patient Grouper* – DPG) qui comprenait 73 groupes de séjours. En 2002, cette classification a été remplacée par une *classification Day Grouper* comprenant 169 groupes (21)⁵³. Dans les deux cas, la classification se base sur la procédure principale, plus que sur le diagnostic. Depuis 2003-2004, des DRGs adjacents (*Adjacent DRGs*) sont utilisés pour classer les

séjours ambulatoires. Ils figurent dans la même nomenclature que les séjours classiques dits « AR-DRGs ». Le tarif est plus faible en ambulatoire qu'en hospitalisation classique.

Italie

En Italie, le système de paiement par DRG a été mis en place depuis 1994 pour les établissements de santé publics et privés. Jusqu'en 2007, la tarification de la chirurgie ambulatoire correspondait à 75 % du tarif de celle de la chirurgie classique. Depuis 2007, certains DRGs sont rémunérés au même tarif que la chirurgie ambulatoire (57). Les modalités tarifaires sont différentes d'une région à l'autre.

Norvège

La Norvège est l'un des pays dans lesquels la chirurgie ambulatoire s'est beaucoup développée dans le courant des années 1990. D'après l'IAAS, le taux de chirurgie ambulatoire était de plus de 50 % du total des interventions de chirurgie en 2009 et atteignait même 88 % dans la liste des 37 procédures sélectionnées (17).

Dans ce pays, sur la période 1964 à 2002, les établissements hospitaliers étaient sous la tutelle des 19 comtés. Depuis 2002, ils sont passés sous la tutelle de trusts régionaux de santé contrôlés par l'État. Le système tarifaire a également connu un profond changement (58, 59).

Avant 1997, les établissements bénéficiaient d'un financement par un budget global en provenance du comté. Ce financement couvrait les dépenses hospitalières avec ou sans hospitalisation excepté les consultations externes. Les procédures pratiquées en chirurgie ambulatoire bénéficiaient d'une tarification spéciale financée par l'État sur la base d'une liste tarifaire (58). Il s'agissait d'une incitation centralisée au développement de la chirurgie ambulatoire, puisque cette procédure sortait du cadre du financement général.

Depuis 1997, le budget global a été remplacé par un financement à l'activité⁵⁴. Dans ce cadre, le financement

51. *Outsourcing*.

52. *Independant Sector Treatment Centres* (ISTCs).

53. Cf. chapitre 15, O'Reilly et al., *Ireland: a review of casemix applications within the acute public hospital system* (21).

54. Environ 79 % des hôpitaux ont été financés à l'activité à partir de 1997, le reste des établissements ayant mis en place cette nouvelle modalité de financement progressivement sur cinq ans. En 1997, 70 % du financement des hôpitaux provenait du budget global et 30 % bénéficiait d'un tarif à l'activité. Un an plus tard, la part à l'activité a été augmentée de 15 points de pourcentage, puis elle est passée à 50 % en 1999 et à 55 % en 2002.

de la chirurgie ambulatoire avec un tarif spécifique était resté inchangé jusqu'en 1999, puis l'activité de chirurgie ambulatoire a été incluse dans la tarification à l'activité (58) avec des tarifs identiques à ceux de la chirurgie classique.

Les phénomènes attendus et observés en Norvège sont évalués plus largement plus loin dans le rapport (cf. partie 2.4.1, travaux de Martinussen).

Portugal

Les soins de santé sont complètement gratuits au Portugal. À partir de 2007, les autorités portugaises ont modifié les tarifs concernant les procédures de chirurgie, afin de limiter les dépenses de santé. Pour la chirurgie ambulatoire, les tarifs sont les mêmes que ceux établis pour deux jours d'hospitalisation. Ce tarif est contre-incitatif au développement de la chirurgie ambulatoire. Le Comité pour le développement de la chirurgie ambulatoire portugais a proposé en 2008 une réduction de 50 % du tarif de l'ambulatoire, soit une tarification identique à celle des hospitalisations d'une journée pour les procédures les plus fréquemment pratiquées en ambulatoire (60). Pour les autres procédures, une décote de 18 % est appliquée.

Suède

La Suède utilise le système de classification par DRG des pays du Nord, appelé Nord-DRG qui comprenait 983 DRGs en 2010. Le système suédois est régionalisé. La tarification est basée sur les coûts révélés des hôpitaux en fonction des catégories d'établissements. Les tarifs sont variables, mais plus faibles en chirurgie ambulatoire qu'en chirurgie classique.

Suisse

En Suisse, le tarif de la chirurgie ambulatoire est le même pour les opérateurs hospitaliers publics et privés (la grille tarifaire est éditée dans le catalogue Tarmed⁵⁵) (61).

Introduit en 2004, ce tarif a révisé fortement à la baisse le prix des interventions pratiquées en ambulatoire. Ce tarif comprend :

- une partie médicale, qui couvre les coûts et charges des chirurgiens et assistants ;
- une partie technique, destinée à couvrir les coûts de blocs et des salles de récupération ;
- l'anesthésie est tarifée à part selon le même principe, avec un paiement croissant lié au niveau de risque de l'intervention fixé selon le système de classification de l'*American Society of Anesthesiologists* (ASA) (62).

L'objectif de la tarification identique entre les secteurs est de favoriser la coopération public-privé en permettant à un chirurgien du secteur public d'exercer dans un établissement hospitalier de statut privé, dans la mesure où la partie médicale peut être remboursée par l'établissement privé à l'établissement public qui emploie le chirurgien, pendant que la partie technique reste à la charge de l'établissement privé (61).

Dans une étude rétrospective menée sur cinq ans (du deuxième semestre 2004 au premier semestre 2009) sur 602 interventions à l'hôpital universitaire de Lausanne, Vuillemin *et al.* (61) avaient montré que les chirurgiens publics avaient facturé annuellement en moyenne 37 877 francs suisses et les assistants 15 387 francs suisses, pendant que leurs salaires coûtaient en établissement public 28 120 et 13 452 francs suisses respectivement, soit une différence positive de 25,8 % pour le chirurgien et de 12,6 % pour l'assistant. Les auteurs en concluaient que le transfert d'activité était financièrement intéressant pour l'établissement hospitalier public. Cette étude avait néanmoins été réalisée dans un seul centre, sur un nombre limité de patients et n'était pas généralisable.

L'intérêt de ce type d'arrangement est :

- pour l'établissement hospitalier public : de maintenir ses listes d'attente à des taux relativement faibles, et de former par les chirurgiens seniors du secteur public les chirurgiens exerçant dans les structures privées ;
- pour l'établissement hospitalier privé : d'augmenter des taux d'occupation, d'exposer le personnel permanent de la structure privée à différentes catégories de patients et différentes procédures chirurgicales, de couvrir les coûts d'exploitation de la structure ;

55. En Suisse, l'activité ambulatoire est facturée avec « Tarmed », le tarif médical identique s'appliquant à toutes les prestations médicales ambulatoires dispensées dans un hôpital ou un cabinet privé de Suisse. La valeur du point Tarmed est négociée au niveau cantonal avec les assurances et, en cas de désaccord, fixée par arrêté du Conseil d'État. Source <http://dg-gouvernance.hug-ge.ch/finances/tarifs.html> dg-gouvernance.hug-ge.ch/finances/tarifs.html.

- *pour le patient* : une diminution de la durée d'attente avant l'intervention, d'avoir une intervention réalisée dans de bonnes conditions techniques. Les auteurs font état d'un taux de satisfaction des patients de 98 %.

Le système tarifaire suisse pour la chirurgie ambulatoire a été clairement mis en place pour faciliter la coopération public-privé et mieux gérer l'engorgement des établissements publics conduisant à d'importantes listes d'attente.

Tableau 1. Part des DRGs dans le financement des hôpitaux, type de séjours couverts et modalités de tarification de la chirurgie ambulatoire dans les pays d'Europe

	% des DRGs dans les ressources des établissements *	Modalité d'utilisation des DRGs (en 2010)	Détermination des « outliers »	% de CA (IAAS), 2009	Tarif identique	Décote / surcote	Autres règles
Autriche	96 %	Allocation budgétaire, planification.			Pour une liste de procédures approuvées.	-	Procédures non approuvées : tarif en deux parties : une composante « performance » avec tarif identique HC et CA + une composante « jour » liée à la durée de séjour.
Allemagne	80 %	Païement.			Pour certaines procédures encore peu nombreuses.	Tarif initial en moyenne égal à 25 % du tarif de l'HC pour la chirurgie ambulatoire (soit une décote de 75 %). Depuis 2004, accord avec les caisses d'assurance maladie pour porter le tarif entre 50 et 90 % de l'HC.	-
Belgique	-	Allocation budgétaire.	43 %**		-	-	Budget global.
Danemark	50 à 70 % en fonction des régions***		89 %		Deux nomenclatures sont utilisées : DkDRG et DAGS pour l'ambulatoire, tarif identique quand l'intervention peut être réalisée dans les deux modes de prise en charge.	-	-
Espagne / Catalogne	15 - 20 %	Païement, <i>benchmarking</i> .	Durée séjour (interquartile).	87 %	Pas de système national ; en Catalogne, tarif identique CA et HC pour les procédures fréquemment pratiquées en ambulatoire.	-	-

	% des DRGs dans les ressources des établissements *	Modalité d'utilisation des DRGs (en 2010)	Détermination des « outliers »	% de CA (IAAS), 2009	Tarif identique	Décote / surcote	Autres règles
Estonie	39 %	Païement.	Coût (paramétrique).	-	-	-	Outliers déterminés par les coûts, tarification non identifiée.
Grande - Bretagne	60 %	Païement.	Durée séjour (interquartile).	62 %	Tarif identique pour la plupart des interventions.	Surcote depuis 2011 via le <i>Best Practice Tariff</i> pour 14 procédures.	
Finlande	Variable en fonction des hôpitaux	Planification, management, <i>benchmarking</i> , facturation.	Coût (paramétrique).	87 %	-	-	Système d'hôpitaux de districts, modalités de paiement variables d'un district à l'autre, tous n'utilisent pas la même classification Nord DRGs, outliers basés sur les coûts.
Hongrie	-	-	-	-	Tarif identique CA et HC	-	-
Irlande	< 80 %	Allocation budgétaire.	Durée séjour (paramétrique).	-	-	Calcul séparé du tarif de la CA, plus faible en CA qu'en HC.	-
Italie	Variable en fonction des régions.	Païement.	-	64 %	Tarif identique pour certains DRGs depuis 2007.	Décote de 25 % pour la chirurgie ambulatoire jusqu'en 2007.	-
Norvège	-	-	-	64 %	Tarif identique depuis 1999.	-	Tarif spécifique en sus du budget global jusqu'en 1999.
Pays- Bas	84 %	Païement.	-	58 %**	-	-	Système variable en fonction des assurances.
Pologne	> 60 %	Païement.	Durée séjour (interquartile).	-	-	Variable en fonction de l'intervention jusqu'à 20 % de décote***.	-
Portugal	80 %	Allocation budgétaire.	Durée séjour (interquartile).	43 %	Tarif identique CA et deux jours d'hospitalisation, tarif identique depuis 2008 pour les procédures les plus fréquemment pratiquées en	Pour les procédures moins fréquemment pratiquées en ambulatoire, décote de 18 %.	-

	% des DRGs dans les ressources des établissements *	Modalité d'utilisation des DRGs (en 2010)	Détermination des « outliers »	% de CA (IAAS), 2009	Tarif identique	Décote / surcote	Autres règles
Suède	Variable en fonction des hôpitaux.	Benchmarking, mesure de la performance	Coût / durée de séjour (paramétrique).	80 %	-	Tarification basée sur les coûts des hôpitaux et différente en fonction des types d'hôpitaux, plus faibles en chirurgie ambulatoire qu'en chirurgie classique.	-
Suisse	Variable en fonction des cantons et de l'assureur santé.	-	-	55 %	-	-	Tarif identique entre secteur public et secteur privé pour inciter à la délégation du public vers le privé.

Sources : * www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2012/lectures/SequL_2012.05.21.ag.pdf ; * en 2004, *** European Observatory (21) + **** Hit Danmark.

2.3.3 La tarification de la chirurgie ambulatoire en France

La tarification à l'activité (T2A) prévoyait initialement en 2004 des tarifs différenciés pour la prise en charge réalisée en hospitalisation et celle en ambulatoire.

Afin de favoriser son développement, des mesures tarifaires incitatives ont été progressivement introduites en faveur de la chirurgie ambulatoire. La présentation complète des règles tarifaires et de l'historique de leur évolution pour la France a été traitée dans un rapport HAS-ANAP, « Socle de connaissances » (3) ; ne sont donc rappelés ici que les principaux éléments de tarification en application au moment de la rédaction du rapport.

► Modifications successives dans le codage des séjours de chirurgie ambulatoire dans la T2A

Le système de classification des séjours est revu périodiquement. Plusieurs évolutions ont eu des conséquences sur le périmètre et la classification de la chirurgie ambulatoire, ce qui a permis de progressivement mieux l'isoler des séances et des autres séjours courts :

- de 1992 à 2003⁵⁶, la chirurgie ambulatoire a d'abord fait partie de manière indifférenciée des séances et séjours de moins de 24 heures de la catégorie majeure 24 (CM 24)⁵⁷ ;
- la CM 24 a ensuite été étendue aux séances et séjours de moins de deux jours⁵⁸ (2004-2005)⁵⁹ puis, de 2006 à 2008⁶⁰ aux séjours de moins de deux jours uniquement ;
- dans la 11^e version de la classification par GHS utilisée depuis 2009 (circulaire n° DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2009/78 du 17 mars 2009), des modifications majeures ont été introduites. Elles permettent de mieux isoler les séjours en chirurgie ambulatoire ou potentiellement éligibles à la chirurgie ambulatoire :
 - la CM 24 a été supprimée et ont été créés, au sein des racines de GHM concernés, de véritables groupes de chirurgie ambulatoire (dont la date d'entrée est la même que la date de sortie) codés avec la lettre J,
 - de plus, la plupart des racines de GHM ont été classées en quatre niveaux de sévérité (de 1 à 4, le niveau 1 étant le moins sévère) représentatifs de l'état du patient par la prise en compte

56. Correspondant aux versions 1 à 7 de la classification des GHM.

57. Les « racines de GHM » sont libellées en catégories majeures de diagnostic (CMD 1 à 23, 25, 26, lorsque l'information est portée par le diagnostic principal du séjour) et des catégories majeures (CM 24, 27, 28, 90, lorsque d'autres informations que le diagnostic principal portent l'information).

58. Au sens de la T2A, une durée de séjour d'un ou deux jours correspond à une ou deux nuits passées dans l'établissement.

59. De la version 9 de la classification des GHM.

60. Version 10 de la classification des GHM.

améliorée et élargie des complications et morbidités associées (CMA) ainsi que des effets de l'âge. Les patients considérés comme éligibles à la chirurgie ambulatoire sont généralement ceux de sévérité 1.

► Instauration d'un tarif identique pour certains GHM

Initialement (en 2004), le tarif appliqué pour la chirurgie ambulatoire était calculé en appliquant une décote au tarif de l'hospitalisation complète.

Ce mécanisme tarifaire contre-incitatif conduisait les établissements à garder les patients au moins une nuit pour pouvoir bénéficier du supplément tarifaire d'autant plus intéressant financièrement que l'intensité des soins est réputée plus forte en début de séjour pour la chirurgie (durant l'intervention). Aussi, afin de favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire, différentes mesures tarifaires incitatives ont été mise en place à partir de 2007 :

- **dès 2007**⁶¹ (circulaire n° DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2007/74 du 21 février 2007), cinq racines de GHM⁶² de chirurgie ambulatoire ont bénéficié d'un paiement à l'activité sur la base de tarifs nationaux. De plus, pour rendre plus attractive la chirurgie ambulatoire, 15 couples de racines GHM correspondant à une hospitalisation de courte durée et à des hospitalisations de plus de deux jours ont été constitués⁶³. Il a été également décidé de réduire de 50 % l'écart des tarifs au sein de ces couples, pour les établissements antérieurement sous dotation globale de financement ;
- **en 2008**, ce rapprochement tarifaire pour les établissements anciennement sous dotation globale a été poursuivi (circulaire n° DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2008/82 du 3 mars 2008), pour les couples de racines de GHM dont la similitude tarifaire était relativement élevée ;

■ **en 2009**, à la suite de la mise en place de la 11^e version des GHM (circulaire n° DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2009/78 du 17 mars 2009), un tarif identique entre le séjour en ambulatoire (codification en J) et le séjour de premier niveau de sévérité en hospitalisation classique (codification avec le chiffre 1 à la fin du numéro de GHM) a été instauré pour 18 racines de GHM⁶⁴ sur un total de 90. Le tarif identique correspond à la moyenne du coût des séjours en J et du coût des séjours de niveau 1 en hospitalisation classique, pondérée par les parts de prise en charge observés dans le secteur (ex-DG ou ex-OQN) où le taux de chirurgie ambulatoire est le plus élevé⁶⁵ ;

- **en 2012**, de nouvelles racines GHM en J ont fait l'objet d'une tarification identique (en particulier ceux ayant une durée moyenne de séjour inférieure ou égale à trois jours) :
 - 12 racines de GHM entrant dans cette catégorie ont été identifiées. Elles ont été sélectionnées parce qu'elles avaient au moins deux tiers d'actes communs entre le J et le niveau 1 d'hospitalisation complète et après validation médicale par les experts des sociétés savantes. Pour ces racines de GHM, le tarif a été calculé en prenant la moyenne entre le tarif du J et le tarif du niveau 1 pondérée par les taux de prise en charge. La liste de ces racines de GHM et les tarifs retenus pour 2012 sont présentés en annexe 2 du présent rapport,
 - neuf nouvelles racines de GHM en J ont été créées au sein des racines de GHM qui n'en comportaient pas jusqu'alors. Ces GHM ont été retenus sur la base d'un effectif suffisant de séjours, d'une pratique commune et stable dans le temps. Ces racines de GHM sont également soumises au principe de tarification identique.

► Règles tarifaires applicables en 2012

En 2012⁶⁶, il existe trois modalités tarifaires pour la chirurgie ambulatoire.

61. Contre le 1^{er} janvier 2008 pour les autres activités.

62. GHS 8002 Interventions sur le cristallin, GHS 8005 Drains transtympaniques, GHS 8008 Ligatures de veines et éveinages, GHS 8023 Circoncisions, GHS 8053 Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels.

63. Il pouvait s'agir d'un ou plusieurs GHM.

64. La liste initiale des 19 GHM à tarif identique entre l'ambulatoire et l'hospitalisation complète de niveau 1 a été mise à jour en retirant le GHM interventionnel 03K02J « Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, en ambulatoire » qui avait été initialement inclus dans cette liste (et qui n'est en fait pas de la CA selon la définition française). On parle désormais de la liste « historique » des 18 GHM à tarif unique.

65. DGOS, Chirurgie ambulatoire, Concertation sur le financement, 26 janvier 2012.

66. Source : Brami – CR GAM 1 – HAS.

Le tarif identique

■ Racines de GHM ayant un code en J

Les racines de GHM à tarification identique ont fortement augmenté en nombre à partir de 2012. Au total, le nombre de GHM ayant un code en J et une tarification identique est donc passé de 18 en 2011 à 39 (18 + 12 + 9) en 2012.

Selon l'ATIH, le tarif identique concernerait 69 % de l'activité chirurgicale réalisée en ambulatoire dans le secteur ex-OQN et 60 % dans le secteur ex-DG⁶⁷.

Ces racines de GHM à tarif identique représentent environ 77 % de l'activité réalisée en ambulatoire.

■ Racines de GHM sans code en J

Depuis 2010, pour les racines de GHM dont la DMS est faible (i.e. comprise entre 1,4 et 2,5 jours), il n'existe plus de borne basse (donc plus de notion d'outlier). Tous les séjours, qu'ils soient pratiqués en ambulatoire ou non, sont donc rémunérés au même tarif.

Différence de tarif au plus égale à 25 % du tarif de l'hospitalisation complète

Pour certaines racines de GHM ayant des codes en J mais ayant des populations non identiques, et dont la DMS est faible (< 3 jours), la notion de socle est introduite de manière à ce que le différentiel de tarif soit réduit ; l'écart tarifaire entre le J et le niveau 1 a ainsi été limité dans le cadre de la campagne tarifaire de 2012, pour ces GHM, à maximum 25 % (14,8 % des séjours ambulatoires).

Différence de tarif supérieure à 25 % du tarif de l'hospitalisation complète

Certains séjours sont classés dans des racines de GHM disposant d'un J mais pour lesquels l'activité réalisée en ambulatoire est différente de celle réalisée en hospitalisation complète (actes différents), et dont la DMS du niveau 1 est supérieure à quatre jours. Dans ce cas, le différentiel de tarif entre la chirurgie ambulatoire et la

chirurgie classique est supérieur à 25 % (et parfois même très supérieur).

Il en est de même des séjours classés dans des racines de GHM ne disposant pas de J, et ayant une DMS toujours supérieure à quatre jours. En cas de chirurgie ambulatoire, on applique alors une décote importante (> à 25 %) et proportionnelle à la durée de séjour.

Cette fraction d'activité représente environ 8,5 % des séjours réalisés en ambulatoire.

L'objectif poursuivi par cette tarification différentielle avec forte décote désincitative (plus de 25 %) est :

- d'éviter les sorties prématurées ;
- de tarifier les séjours courts et les séjours longs en adéquation avec le coût supporté par l'établissement.

Par ailleurs, tous les séjours en ambulatoire avec une racine de GHM en J sont à présent tarifés au moins au niveau du coût de l'ENCC.

► Intérêt et limites de la tarification identique

La tarification identique présente l'intérêt d'envoyer un « signal prix⁶⁸ » fort en direction des acteurs concernés. Elle possède aussi certaines limites liées à son mode de calcul. Ces éléments sont examinés successivement dans les sous-sections suivantes.

Un système évolutif ayant contribué à donner un signal prix fort en faveur de la chirurgie ambulatoire.

Le tarif de la chirurgie ambulatoire subissait initialement (au début de l'instauration de la T2A en 2004) une forte décote (50 %) par rapport au tarif de la chirurgie classique qui était contre incitative à la pratique de la chirurgie ambulatoire. Cet effet contre-incitatif a été progressivement supprimé ou limité par :

- l'instauration de la tarification identique à partir de 2009 pour une liste de 18 racines de GHM ayant des codes en J, étendue à 39 racines de GHM en 2012 représentant plus des trois quarts de l'activité de chirurgie ambulatoire actuellement réalisée en France ;

67. Bami M. Journées régionales ARS-PACA, diaporama du 15 décembre 2011. www.ars.paca.sante.fr/fileadmin/PACA/Doc/Actu_2011/Chirurgie_ambulatoire/Restitutions/Chirurgie_Ambulatoire_Aspects_tarifaires_DrMicheleBami_colloque_chirurgie_ambulatoire_15122011_arspaca.pdf

68. On utilise ici le terme « signal prix » au sens de la théorie économique. Il s'agit en réalité ici de tarifs pratiqués par la tutelle, donc de prix administrés et non de prix de marché.

- pour les racines de GHM ne bénéficiant pas de la tarification identique, la notion de socle a été portée à 66 % de ce tarif, puis à 75 % en 2012 pour les racines de GHM ayant une DMS pour le niveau de sévérité 1 inférieure à trois jours.

Ce mécanisme tarifaire et surtout le signal prix associé auraient contribué à développer cette activité pour les GHM concernés, dont la croissance s'est avérée plus dynamique que celle des autres GHM.

En effet, d'après l'ATIH, si le taux global de chirurgie ambulatoire est passé de 32,7 % en 2007 à 39,5 % en 2011, soit une augmentation de 6,8 points de pourcentage sur la période, ce taux est passé de 60,4 % en 2007 à 78,2 % en 2011 pour les 18 racines de GHM à tarification unique, soit une progression de 17,8 points de pourcentage (4, 6).

Pour autant, il n'est pas possible d'attribuer ces résultats de manière univoque à l'incitation tarifaire pour plusieurs raisons :

- la mesure a coïncidé avec la mise en place d'autres mécanismes incitatifs (SROS 3, contrats d'objectifs CNAMTS-URCAM, contrat ARH-DHOS, mise sous accord préalable de l'Assurance maladie) (3) sur les mêmes procédures, rendant impossible le calcul des parts attribuables à chacun des mécanismes ;
- la mesure a également coïncidé avec d'autres mesures réglementaires comme la modération des tarifs de l'ensemble de la chirurgie et la convergence tarifaire dite « intrasectorielle »⁶⁹. En 2010, une incitation contraire à ce qui avait été annoncé pour la chirurgie ambulatoire a ainsi été constatée : elle était liée à la mise en place dans le secteur public de la convergence ciblée pour certains GHM et dans le secteur privé par application de l'ENCC (64) ;
- il existe une augmentation tendancielle de l'activité de chirurgie ambulatoire liée à l'évolution des technologies et des pratiques professionnelles (en

anesthésie et concernant la réalisation de gestes techniques moins invasifs) ;

- l'extension du nombre de racines de GHM à tarification identique est récente (2012) et il n'est pas possible d'en mesurer les effets à la date de rédaction du présent rapport.

Par ailleurs, le système tarifaire a subi sur une période courte des changements majeurs, et est en constante évolution (33), aussi bien au niveau du périmètre des procédures chirurgicales concernées que des modalités de calcul des tarifs. Cela a conduit l'IGAS (31) à affirmer que la tarification incitative a joué un rôle dans le développement de la chirurgie ambulatoire dans les établissements qu'elle a visités (deux privés, deux ESPIC, un CLCC, trois CH, un CHR, quatre CHU), mais que ces effets potentiels sont incomplets, dans la mesure où dans les établissements, seuls les médecins DIM sont réellement parvenus à s'en saisir. Ce constat avait également été formulé par la DREES en 2011 pour quatre établissements (65).

Les modalités de calcul du tarif identique s'éloignent du principe initial de neutralité tarifaire.

Pour l'IGAS (31), les tarifs sont dits « neutres » lorsqu'ils reproduisent la hiérarchie des prises en charge en termes de coût moyen de production entre les différents GHS⁷⁰, ce dernier étant calculé à partir des études nationales de coûts menées par l'ATIH (33). La notion de neutralité ne signifie pas qu'il n'existe pas d'incitation dans la règle tarifaire mise en place⁷¹, mais que les tarifs restent en relation étroite avec les coûts mesurés.

Pour la chirurgie, le principe de la neutralité appliqué en considérant isolément chaque racine de GHM de chirurgie ambulatoire et de chirurgie classique supposerait donc une tarification sur la base des coûts constatés pour chaque intervention et serait donc plus faible pour les GHM en J pour lesquels les coûts calculés dans l'ENCC sont plus faibles (*cf.* figure 2).

69. La démarche de convergence intrasectorielle repose sur un effort d'efficience de la part des établissements d'un même secteur soumis à des règles de fonctionnement identiques. Elle concerne chacune des deux échelles tarifaires existantes : une pour le secteur public et une pour le secteur privé. Elle a conduit à l'instauration d'un coefficient de transition, qui permet notamment aux établissements surdotés initialement de ne pas subir de pertes de recettes trop lourdes et leur laisser le temps de s'adapter aux mêmes exigences de productivité que celles imposées désormais à tous les établissements du même secteur. Ce mécanisme a été mis en place le 1^{er} mars 2008 et devait s'achever le 1^{er} mars 2012 (63).

70. Les tarifs peuvent être différents des coûts pour des raisons d'équilibre macroéconomique liées au respect de l'ONDAM, mais la hiérarchie entre les tarifs doit être maintenue.

71. Puisque par définition un tarif fixé au coût moyen d'un ensemble d'établissements de santé incite l'ensemble des établissements à diminuer leurs coûts au moins au niveau du coût moyen pour être à l'équilibre financier ou enregistrer une marge positive (en vertu du principe de la concurrence par comparaison).

Pour mettre en place la tarification identique, on fusionne les deux coûts (celui des racines de GHM en J et des GHM de niveau de sévérité 1). On parvient alors à un coût moyen global, dont le niveau résulte d'une pondération en fonction du taux de chirurgie ambulatoire déjà atteint.

Par rapport au tarif initial calculé pour chaque type de chirurgie considéré isolément, la chirurgie ambulatoire enregistrera donc un gain et la chirurgie classique une perte par rapport au coût observé de la procédure (cf. figure 2). Cela a deux conséquences :

- la neutralité tarifaire n'est plus observée pour les GHS niveau de sévérité 1 et en J, puisque la mise en place d'une incitation via la tarification identique

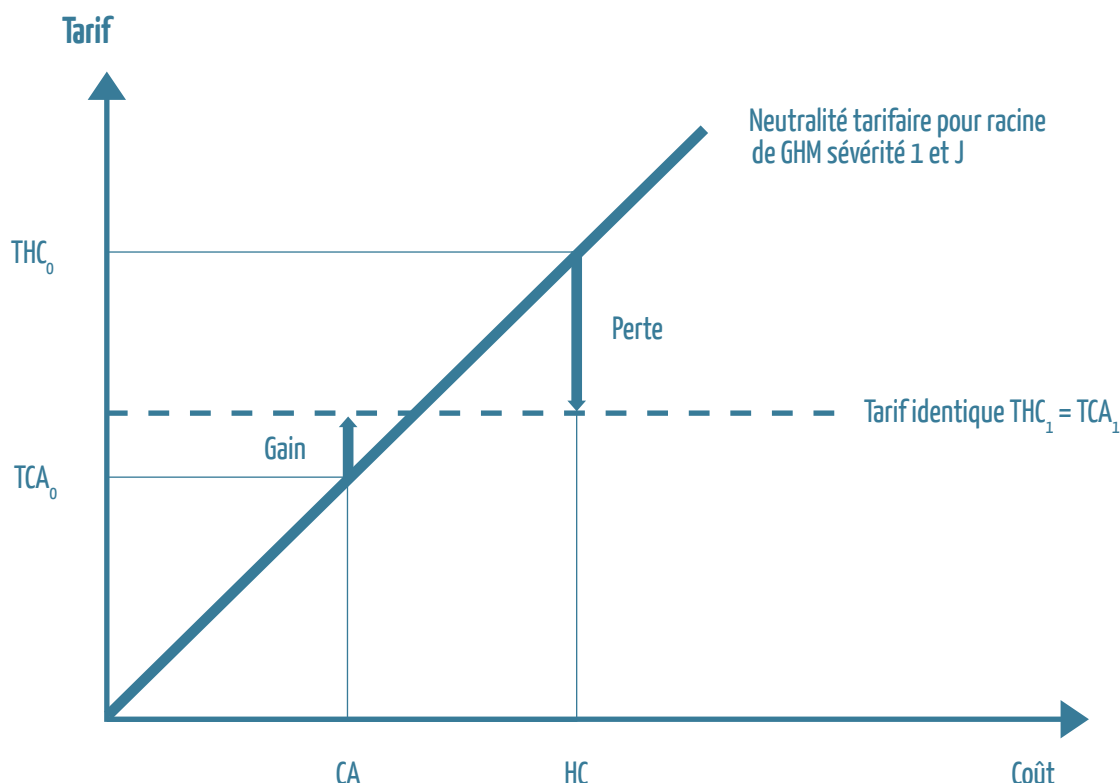
implique précisément de rompre avec la neutralité à ce niveau ;

- toutefois, la neutralité tarifaire devrait continuer à être respectée sur la masse agrégée de chaque racine de GHS (en J et sévérité 1).

La neutralité peut s'apprécier à trois niveaux :

- pour la masse tarifaire de l'ensemble des GHS de chirurgie à tarification identique (approche macroscopique) ;
- pour la masse tarifaire de chaque couple de GHS à tarification identique considéré de manière agrégée ;
- pour chaque racine de GHS (sévérité 1 et séjour en J) considérée isolément.

Figure 2. Représentation graphique de l'éloignement du principe de neutralité tarifaire lié à la tarification identique



TCA_0 , THC_0 respectivement le tarif de la chirurgie ambulatoire et de l'hospitalisation classique pour une procédure donnée au temps 0.

CA et HC le coût de la chirurgie ambulatoire et de l'hospitalisation classique dans l'ENCC.

On postule que le tarif est égal au coût enregistré dans l'ENCC pour chaque procédure. En 0, le tarif de la chirurgie ambulatoire, TCA_0 , est donc égal à son coût (CA), mais est plus faible que celui de la chirurgie classique (THC_0). En 1, avec la tarification identique ($THC_1 = TCA_1$) et les coûts de la chirurgie ambulatoire (CA) et de la chirurgie classique (HC) inchangés, la chirurgie ambulatoire bénéficie d'un gain par rapport à son coût, alors que la chirurgie classique enregistre une perte.

Source : I. Hirtzlin, HAS.

Au niveau macroscopique, pour l'IGAS (31), les pénalisations tarifaires des GHS de niveau 1 ont pesé plus lourd en 2010 que l'avantage tarifaire donné aux GHS ambulatoires (cf. tableau 2). Le principe de neutralité n'était donc plus respecté et ce y compris lorsque l'on raisonne sur la masse tarifaire et non en considérant les

tarifs J et sévérité 1 isolément. Pour 2011, ce n'est plus la hiérarchie des coûts qui a servi de point de départ à l'élaboration des tarifs, mais les tarifs de l'année précédente (2010), ce qui témoigne, pour l'IGAS, de la primauté accordée à la stabilité tarifaire par rapport au respect de la neutralité tarifaire.

Tableau 2. Impact des modulations d'incitation à la prise en charge en ambulatoire – 2010

En millions d'€	Impact global	Hausse tarif ambulatoire	Baisse tarif des GHM niveau 1
Secteur public	- 25	23	- 47
Secteur privé	- 11	30	- 42

Source : Données ATIH, citées par IGAS (31).

L'IGAS (31) a conclu qu'en l'absence de neutralité tarifaire, les signaux économiques adressés aux établissements risquaient d'être faussés. En effet, la rentabilité plus ou moins grande des activités peut simplement provenir de tarifs fixés sans rapport avec les coûts relatifs et non de la plus ou moins grande efficacité⁷² relative des services ou des établissements.

Un calcul des tarifs de moins en moins incitatif à mesure que la chirurgie ambulatoire se développe pour une procédure.

Le niveau du tarif identique s'applique pour les séjours sélectionnés, quel que soit le mode de prise en charge, en hospitalisation conventionnelle ou en chirurgie ambulatoire. En France, il est calculé sur la base d'une moyenne des coûts de la chirurgie classique de niveau de sévérité 1 et de la chirurgie ambulatoire pondérée par l'importance quantitative déjà atteinte par la chirurgie ambulatoire.

Les coûts de la chirurgie classique apparaissant plus élevés que la chirurgie ambulatoire dans l'ENCC, le tarif identique, tel que calculé actuellement, a l'avantage de mieux rémunérer la chirurgie ambulatoire, au-dessus des coûts constatés de l'ENCC. Lorsque la part de la chirurgie ambulatoire augmente dans l'activité totale pour un GHS, les tarifs identiques baissent. Le tarif identique est

d'autant plus favorable à la chirurgie ambulatoire qu'elle occupe une part de marché relativement limitée par rapport à la chirurgie classique. Cela incite donc dans un premier temps à introduire de la chirurgie ambulatoire, mais cela suppose que plus elle se développera, plus le tarif baissera. Dans un contexte de développement, les hôpitaux premiers entrants qui ont déjà une activité de chirurgie ambulatoire très développée bénéficient donc dans un premier temps d'un effet d'aubaine (33), puisque le tarif calculé est proche du coût de la chirurgie classique. Cet effet d'aubaine est ensuite supprimé par la baisse tarifaire au fur et à mesure que la chirurgie ambulatoire se développe.

Cette modalité de calcul des tarifs a deux inconvénients :

- pour les établissements premiers entrants et ayant un fort taux de chirurgie ambulatoire, la baisse progressive des tarifs ne sera pas compensée par la baisse des coûts de production liés à la substitution de l'activité classique par une activité ambulatoire ;
- les établissements se retrouvent face à une échelle tarifaire mobile, susceptible de varier chaque année, ce qui peut les empêcher de faire des choix d'investissement, du fait de l'absence de lisibilité à moyen terme. Ils peuvent par ailleurs anticiper une baisse de tarif de la chirurgie ambulatoire, ce qui les découragera de réaliser les investissements nécessaires aux redéploiements d'activité.

72. La notion d'efficacité étant limitée ici à la partie coût relatif constaté entre racines de GHS similaires d'un établissement à l'autre.



Un système tarifaire qui ne favorise pas l'extension de l'ambulatoire à des cas plus complexes.

Si la chirurgie ambulatoire doit être considérée aujourd'hui comme la chirurgie de première intention (3), les procédures éligibles à ce type de prise en charge recouvrent un potentiel plus large que la liste des 39 GHS à tarification identique.

Dans la mesure où la chirurgie ambulatoire est considérée par les sociétés savantes comme le mode de prise en charge de première intention (9, 11, 15, 66-68), elle peut potentiellement s'étendre à :

- d'autres GHM dont le tarif reste pour l'instant plus faible pour la chirurgie ambulatoire que pour la chirurgie classique ;
- des GHM à tarification identique mais de niveau de sévérité 2, 3 voire 4.

La tarification identique, en restreignant les incitations tarifaires à une liste de GHM et pour le seul niveau de sévérité 1, adresse indirectement un signal limitant sur le nombre de procédures éligibles à la chirurgie ambulatoire, ce qui n'encourage pas son développement dans des domaines où elle est encore peu ou pas développée. La suppression des bornes basses permet de résoudre cette difficulté pour les racines de GHM qui en font l'objet. Toutefois, l'extension de l'ambulatoire à des cas plus complexes amène aussi à s'interroger sur la prise en compte des comorbidités dans la classification des J.

Points clés

Dans la construction du modèle de tarification à l'activité, la durée de séjour est considérée comme un indicateur central de l'activité hospitalière. Pour chaque séjour, une durée moyenne (DMS) est déterminée, ainsi qu'un intervalle de variation autour de cette durée de séjour. Lorsque la durée de séjour observée se situe en deçà de la borne basse de l'intervalle, il est considéré comme « outlier » et bénéficie généralement d'une tarification spécifique.

Les règles tarifaires sont fortement évolutives et les données présentées dans ce rapport concernant les règles tarifaires pour la chirurgie ambulatoire en Europe restent partielles car elles se sont avérées difficiles à rassembler. À partir des données obtenues par la HAS, il ressort que :

- le tarif initialement retenu dans la plupart des pays ayant mis en place la tarification à l'activité était généralement plus faible pour la chirurgie ambulatoire car il était classé en « outlier court », et devait donc faire l'objet d'un principe de décote fixe ou proportionnelle à la durée de séjour ;
- progressivement, la tarification identique des actes de chirurgie ambulatoire et de chirurgie classique comparables est devenue la principale modalité tarifaire retenue dans les pays européens (Autriche, Danemark, Espagne / Catalogne, France, Hongrie, Italie, Royaume-Uni, Norvège, Portugal). Les pays continuant à appliquer une décote sur certains actes sont devenus minoritaires (Allemagne, Suède, Irlande, Pologne). Pour autant, les modalités de calcul de ces tarifs identiques peuvent différer d'un pays à l'autre, la HAS n'a pas pu rassembler les informations concernant les modalités de ce calcul ;
- quelques modèles tarifaires spécifiques ont été retenus dans certains pays, comme le découpage du tarif en deux parties (acte chirurgical-séjour hôtelier) en Autriche, la mise en place d'une tarification à la meilleure pratique au Royaume-Uni, le tarif incitant à la délégation d'activité public-privé en Suisse, le tarif en sus du budget en Norvège jusqu'en 1997. Leurs objectifs ne sont pas forcément ceux poursuivis en France, puisqu'ils sont liés en Suisse et au Royaume-Uni par exemple, à la réduction des listes d'attente pour bénéficier d'une intervention chirurgicale.

La France a quant à elle initialement tarifé la chirurgie ambulatoire en utilisant une grille spécifique, correspondant à une décote variable en fonction des procédures. De plus, les séjours ambulatoires n'étaient alors pas isolés dans les nomenclatures de ceux réalisés en hospitalisation classique.

À partir de 2009, le modèle tarifaire a fortement évolué :

- des groupes homogènes de malades spécifiques ont été créés (codés en J) et les séjours comparables, réalisés en hospitalisation classique ont été classés avec un niveau de sévérité faible (code 1 sur une échelle croissante ayant quatre niveaux) ;
- cela a conduit à rapprocher progressivement les tarifs des deux types de séjours pour 18 racines de GHM en 2009, puis 39 racines de GHM en 2012 ;

- pour les séjours pratiqués en ambulatoire sans code en J mais à durée moyenne de séjour faible, la borne basse de durée de séjour (déterminant le passage en outlier) a été supprimée, ce qui revient à instaurer une tarification identique également pour ces séjours ;
- pour les séjours ayant des codes en J mais des populations non identiques, la notion de socle de financement est utilisée. Elle permet de limiter le différentiel tarifaire (décote) entre les deux pratiques à 25 % au maximum ;
- pour les séjours ayant ou non des codes en J mais une DMS élevée (supérieure à quatre jours), des différences de tarifs, supérieures à 25 %, persistent avec pour objectif d'éviter les sorties prématurées et de tarifer de manière à couvrir les coûts des séjours plus longs.

La tarification identique a contribué à adresser un signal prix fort en faveur de la chirurgie ambulatoire, ce qui a probablement contribué à accélérer le développement en France, le taux global de chirurgie ambulatoire passant de 32,7 % en 2007 à 39,5 % en 2011 (+ 6,8 points de pourcentage), mais de 60,4 % à 78,2 % pour les 18 groupes de séjours à tarification identique (+ 17,8 points de pourcentage).

Pour autant, ce modèle tarifaire est encore perfectible car :

- ses modalités de calcul ont conduit à s'éloigner de la neutralité tarifaire ;
- l'incitation tarifaire est de moins en moins forte, à mesure que le taux de chirurgie ambulatoire augmente, avec une réduction de l'effet d'aubaine pour les établissements premiers entrants ayant des taux élevés de chirurgie ambulatoire ;
- il existe un manque de lisibilité à moyen terme, du fait de l'existence d'une échelle tarifaire mobile et décroissante, ce qui pourrait contribuer à ralentir les investissements dans cette pratique ;
- la mise en place d'une liste limitative de séjours à tarification identique introduit une contrainte administrative contribuant au blocage du nombre de procédures éligibles à l'ambulatoire. La suppression de certaines bornes basses a en partie contribué à atténuer cet effet, mais le modèle tarifaire actuel limite l'extension de la chirurgie ambulatoire pour les séjours de niveau de sévérité 2, 3 ou 4 et/ou à DMS élevée.

2.4 Impact de la tarification à l'activité pour la chirurgie ambulatoire

La mise en place de la tarification par DRG ou de ses variantes a eu des conséquences sur les choix productifs des établissements hospitaliers. En effet, en réduisant leurs coûts en dessous du tarif pratiqué, les établissements dégagent une marge positive (26) qu'ils peuvent conserver pour réinvestir dans la structure, rémunérer leurs actionnaires ou utiliser pour subventionner d'autres activités qui elles, sont déficitaires.

La tarification par DRG conduit donc par nature à la recherche de gains d'efficacité productive⁷³ par l'établissement. Il existe plusieurs moyens d'y parvenir, étudiés dans différentes études⁷⁴ ; celles portant sur l'efficacité productive en relation avec la chirurgie ambulatoire ont été recensées. Elles sont présentées dans la partie 2.4.1.

Les établissements peuvent également effectuer des choix stratégiques en matière d'activité en effectuant une substitution entre la chirurgie classique et la chirurgie ambulatoire. Les études ayant abordé cette question sont abordées dans la partie 2.4.2.

D'autres études ont porté sur les conséquences de la tarification par DRG et le partage public privé de l'activité de chirurgie ambulatoire (partie 2.4.3) ou la sélection des patients (partie 2.4.4).

2.4.1 Sur l'optimisation du processus productif

Lorsque le tarif appliqué pour la chirurgie ambulatoire est plus faible que celui de la chirurgie classique⁷⁵, les établissements de santé semblent avoir intérêt à continuer de pratiquer la chirurgie classique. Plusieurs auteurs ont montré que ce calcul rapide pouvait s'avérer erroné, car il fallait tenir compte du fait qu'en chirurgie ambulatoire, les établissements pouvaient parfois admettre plus d'un patient sur une même place, dans la même journée. Le niveau tarifaire ne peut donc pas s'apprécier sans considérer les conditions réelles de production de la procédure chirurgicale en tenant compte :

- du nombre d'interventions pratiquées dans la même journée pour une place ;
- de la durée de l'intervention chirurgicale ;
- des combinaisons de procédures ;
- de la proportion d'annulations ;
- des réhospitalisations et séjours finalement prolongés ;
- et de l'organisation du chemin clinique.

Ces différents aspects sont analysés successivement dans les sous-sections qui suivent.

► Équilibre financier et nombre d'interventions pratiquées sur une même journée

Cinq études récentes portant sur cette thématique ont été identifiées. Elles portent sur cinq types de procédures [les interventions pour hernie inguinale (69, 70), la cholécystectomie laparoscopique (70), le glaucome (71), la chirurgie orbitopalpébrale (72), et la chirurgie sénologique (73)].

Ces études sont la plupart du temps méthodologiquement peu robustes. Le groupe d'appui méthodologique a fait le choix de les conserver dans l'analyse car elles permettent d'illustrer le mode de raisonnement des acteurs par rapport à la tarification proposée par la tutelle. En effet, elles montrent que les acteurs de la chirurgie ambulatoire raisonnent souvent de manière très partielle en se contentant de calculer les variations de « recettes » liées au passage de la chirurgie classique vers la chirurgie ambulatoire, sans envisager les différences de coûts pour l'établissement hospitalier associés à la substitution. Leurs résultats sont détaillés ci-après.

Hernie inguinale

En prenant l'exemple de la hernie inguinale pour les interventions pratiquées au *Countess of Chester Hospital* en Grande-Bretagne, Skues (69) avait montré que la réalisation de quatre interventions en chirurgie ambulatoire pouvait mobiliser les ressources de quatre lits en simultané mais que si les interventions étaient pratiquées en alternant le matin et l'après-midi, les coûts seraient plus faibles.

73. L'efficacité productive se rapporte à l'efficacité technique. Une entreprise est techniquement efficace lorsqu'elle se situe sur la frontière d'efficacité, c'est-à-dire qu'avec une quantité déterminée de facteurs de production (capital, travail, etc.), elle obtient le plus haut niveau de production (outputs).

74. Les études retenues sont uniquement celles qui portent sur la tarification à la pathologie ou à l'activité mise en place en France ou à l'étranger.

75. Ce qui était généralement le cas lorsque les pays appliquaient un mécanisme de décote pour « outlier » court.

Le tarif pris en compte dans l'étude pour une chirurgie de hernie inguinale était de 1 370 £ en hospitalisation traditionnelle contre 1 015 £ en chirurgie ambulatoire. L'établissement hospitalier avait donc apparemment intérêt à pratiquer la chirurgie classique, mais s'il utilisait le même lit deux fois dans la même journée, les ressources de la chirurgie ambulatoire étaient plus élevées que celles de la chirurgie classique, d'autant que le surcoût pour l'hôpital associé à la nuit d'hospitalisation avait été chiffré à 300 £.

Dans une autre étude portant également sur la hernie inguinale réalisée également en Grande Bretagne, Zilvetti *et al.* (70) avaient comparé les coûts de l'intervention en suivant le chemin clinique des patients observé dans le département de chirurgie de l'hôpital Milton Keynes et les recettes tarifaires en 2009-2010. Les revenus de l'hôpital étaient plus élevés quand le type d'hospitalisation à réaliser (ambulatoire ou classique) était évalué le jour de l'admission en chirurgie (modèle dit « d'accès direct »).

Par ailleurs, dans cette étude, le type d'anesthésie retenu avait des conséquences sur le revenu de l'établissement. En hospitalisation de 23 heures ou en ambulatoire avec anesthésie générale, les ressources perçues étaient de 1 015 £, pour des coûts de 1 141 £ en hospitalisation classique et de 1 005 £ en ambulatoire. En revanche, lorsqu'une anesthésie locale était pratiquée en chirurgie ambulatoire, le coût n'était que de 640 £ (la différence provenait principalement de la consultation et de l'évaluation préopératoire + 282 £ et du coût en personnel qui était de + 100 £ quand une anesthésie générale est pratiquée).

Cholécystectomie laparoscopique

Dans l'étude britannique de Zilvetti *et al.* (70) pour la cholécystectomie laparoscopique, les résultats financiers dépendaient du nombre de procédures pouvant être réalisées, indépendamment des méthodes mises en œuvre pour réduire les dépenses. Pour que l'activité de chirurgie ambulatoire soit bénéficiaire, le nombre d'interventions par jour devait être de trois par salle opératoire (les ressources passeraient de 2 730 £ à 4 095 £ pour les patients sans comorbidités et de 4 262 £ à 6 393 £ pour les patients avec comorbidités), ce qui s'avérerait non

réalisable en pratique, compte tenu des temps d'interventions nécessaires pour ces interventions. Les auteurs en concluaient que, compte tenu du niveau tarifaire fixé par la tutelle, certaines interventions n'étaient jamais financièrement rentables, et ce quel que soit le type d'hospitalisation retenu.

Dans cette étude, les coûts pour ces interventions n'étaient pas précisés, ce qui limite fortement la validité de la conclusion portée par les auteurs concernant l'équilibre financier de l'établissement.

Glaucome

Pour le glaucome, Muselier *et al.* (71) avaient réalisé une étude française portant sur 149 patients traités pour glaucome dans l'unité de chirurgie CHU de Dijon. Ce travail avait permis de montrer qu'en appliquant les règles tarifaires en vigueur au moment de l'étude (2008 et en appliquant la V11 de la T2A), le traitement de tous les patients en ambulatoire aurait généré une recette de 158 352 € contre 259 281 € (soit 64 % de plus) si tous les patients avaient été hospitalisés de manière classique sur une ou deux nuits, et de 647 540 € s'ils avaient été hospitalisés trois nuits, soit 3,1 fois plus. Le bilan financier était donc défavorable à la chirurgie ambulatoire, au profit de l'hospitalisation classique. Par ailleurs, le bilan financier apparaissait très différent d'un acte à l'autre⁷⁶.

Les auteurs en concluaient que pour que la structure hospitalière soit financièrement « gagnante », en traitant les patients en ambulatoire, elle devait :

- opérer une proportion plus importante de patients en ambulatoire par rapport à ceux pris en charge en hospitalisation classique ;
- tenir compte du « coût d'opportunité » de la prise en charge en ambulatoire dans la mesure où il est possible de traiter deux patients en ambulatoire dans la même journée sur une seule place.

Le calcul financier ne se résumait donc pas à une simple substitution. Il fallait augmenter les volumes d'actes pour conserver les mêmes recettes. La tarification différenciée de la chirurgie ambulatoire par rapport à la chirurgie classique impliquait donc que l'établissement hospitalier puisse facilement augmenter son activité en ambulatoire.

76. La sclérectomie profonde était valorisée 1,7 fois plus en hospitalisation classique qu'en ambulatoire, la chirurgie combinée sclérectomie profonde-cataracte était valorisée au même tarif qu'une chirurgie de la cataracte seule, mais la trabéculotomie, la cyclodestruction au laser diode, les iridectomies chirurgicales et les shunts étaient valorisés 2,5 fois plus en hospitalisation classique par rapport à l'ambulatoire.

Chirurgie orbitopalpébrale

Pour l'ensemble de la chirurgie orbitopalpébrale, Souchier *et al.* (72) avaient réalisé une étude rétrospective dans le service d'ophtalmologie du CHU de Dijon en 2008 (248 patients hospitalisés pour chirurgie des paupières, des voies lacrymales et de l'orbite). Les auteurs avaient constaté que l'application du tarif T2A (V11) aurait permis de générer des recettes de 232 616 € contre 417 212 € en chirurgie classique (un à deux jours d'hospitalisation en fonction de la catégorie d'intervention), ce qui représentait un manque à gagner de 184 596 € pour le pôle.

Les auteurs soulignaient que ce bilan était lié à la différence de tarification entre les deux modes d'hospitalisation. La difficulté de l'acte opératoire leur paraissait mal prise en compte dans le cadre de la T2A, de même que les combinaisons d'actes et le caractère uni- ou bilatéral de l'intervention.

Ils soulignaient néanmoins que ce bilan n'était que partiel, puisque la chirurgie ambulatoire permettait d'utiliser théoriquement un même lit ou place deux fois dans la même journée. Pour eux, la structure hospitalière, pour être « rentable », devait donc :

- privilégier les hospitalisations complètes ;
- favoriser les actes simples, finalement mieux rémunérés que les actes complexes, en regard de la consommation en personnel, matériel, occupation des blocs opératoires, et qui permettent une optimisation plus importante des lits ;
- ne plus proposer d'actes réalisés en bilatéral ;
- éviter les actes combinés ;
- en cas de saturation des lits, privilégier les chirurgies les plus rentables comme la chirurgie de la cataracte ou les greffes de membrane amniotique.

En sénologie

Pour la chirurgie sénologique, Dravet *et al.* (73) avaient réalisé une étude rétrospective sur 1 044 dossiers (423 hospitalisations ambulatoires et 621 hospitalisations traditionnelles) dans le Centre de lutte contre le cancer (CLCC) de Nantes, sur la période 2005-2006. Les auteurs montraient que les facteurs limitant le recours à

la chirurgie ambulatoire en sénologie étaient principalement l'éloignement géographique du lieu de résidence (227 patientes habitaient à plus de 100 kms, soit 21,7% des patientes). L'ouverture des unités de chirurgie ambulatoire (moins de 12 heures) apparaissait pénalisante pour ce type de pratique nécessitant une préparation préopératoire longue et multidisciplinaire.

Les auteurs soulignaient également comme frein le tarif du GHM plus faible en ambulatoire qu'en hospitalisation classique. La prise en charge d'une seule patiente en hospitalisation classique (pour une tumorectomie avec lymphadénectomie axillaire fonctionnelle) générerait un peu plus de recettes (3 099 €) que trois patientes en ambulatoire traitées pour la même pathologie (2 987 € seulement) avec une charge de travail plus élevée pour les équipes dans le cas de la prise en charge en ambulatoire.

Les pistes d'amélioration proposées par les auteurs étaient donc l'extension des heures d'ouverture des unités de chirurgie ambulatoire, l'étude de modalités de prise en charge pour les patients dont le lieu de résidence est éloigné, et la mise en place de modalités tarifaires réellement incitatives (paiement au moins au niveau des coûts de production).

► Impact de la durée de l'intervention chirurgicale

Deux études britanniques (25, 51) avaient analysé l'impact de la durée d'intervention sur le niveau des coûts en chirurgie.

Dans une étude de 2008 sur l'arthroscopie de l'épaule menée au *South West London Elective Orthopaedic Centre* (SWLEOC) (Royaume-Uni) pour deux types d'interventions (la décompression subacromiale et la réparation arthroscopique de la coiffe des rotateurs), Harden (51) avait mis en évidence une différence importante de coût de chaque procédure⁷⁷, 1 307 £ pour la décompression subacromiale et 2 672 £ pour la réparation arthroscopique de la coiffe des rotateurs, alors que ces deux actes étaient classés dans le même groupe de pathologie HRG (1 780 £).

Les auteurs montraient également que le coût variait fortement en fonction des durées de l'intervention, chaque

77. Calculé à partir des données fournies par les services financiers de l'établissement.

heure supplémentaire représentant un coût de 707 £. Dès lors, tout délai ou retard pouvait conduire à une perte par rapport au tarif pratiqué. Les auteurs concluaient que les tarifs identiques pratiqués pour les deux interventions considérées étaient inappropriés parce qu'ils englobaient des procédures trop différentes en termes de durées d'intervention et de ressources effectivement mobilisées.

Abbott *et al.* (25) se sont intéressés aux conditions permettant d'améliorer l'efficacité des établissements, à tarif donné, en réorganisant le processus productif pour les services chirurgicaux. Pour les auteurs, l'efficacité est atteinte lorsque toutes les interventions programmées sont effectivement réalisées (sans annulation, dépassement du temps prévu) ; à l'inverse, il existe des zones d'inefficacité en cas d'inutilisation des capacités, de dépassements des temps prévus pour les interventions, et lorsqu'il existe des annulations de dernière minute.

Les auteurs avaient donc développé une modélisation simple réalisée en utilisant les tarifs pratiqués au Royaume-Uni pour une sélection d'interventions en chirurgie ambulatoire⁷⁸, et avaient comparé la marge (recettes-dépenses) obtenue pour ces interventions. Les hypothèses du modèle étaient les suivantes (année 2008-2009) :

- les recettes sont données, elles dépendent du prix fixé par la tutelle pour chaque intervention (prix du HRG) ;
- les dépenses sont quantifiées comme produit du temps d'intervention par le coût de la minute de bloc opératoire⁷⁹ auquel on ajoute le coût de fonctionnement de l'unité qui est supposé fixé. Les coûts utilisés sont les coûts nationaux de référence.

La marge s'écrit alors :

$$\text{Tarif} - [(\text{coût de fonctionnement de l'unité}) + (\text{coût de la minute de bloc} \times \text{temps de l'intervention})].$$

Les auteurs montraient qu'en raisonnant sur les durées d'interventions moyennes et sur une durée d'activité de huit heures, la marge était négative⁸⁰ pour la plupart des interventions (à l'exception de la cataracte), compte tenu du tarif pratiqué, et alors même qu'il n'existait pas de

zone d'inefficacité (annulation, dépassement du temps prévu, etc.). À l'inverse, certaines interventions comme la cataracte restaient rentables, même en se situant dans des zones d'inefficacité au niveau organisationnel.

Abbott *et al.* en concluaient que, bien que produites de manière totalement efficace, un certain nombre de procédures chirurgicales n'étaient pas financièrement rentables pour l'établissement hospitalier. Le tarif fixé était donc insuffisant. Ils soulignaient que les gains qui pouvaient être obtenus sur les temps d'intervention et les coûts des unités restaient limités. Pour les auteurs, tout se passait donc comme si le tarif avait été fixé en deçà de la pratique optimale pour le traitement considéré. Les auteurs suggéraient donc que les futurs tarifs soient calculés en se basant davantage sur un référentiel (*benchmark*) de pratique.

Ils proposaient donc de calculer le tarif sur la base de la « valeur procédurale » en estimant le nombre d'interventions qui peuvent être raisonnablement réalisées dans un intervalle de temps donné (ex. : journée de travail ou d'ouverture de la structure) sur la base du temps moyen d'intervention.

En France, aucune étude n'a pu être recensée pour la chirurgie ambulatoire sur les conséquences de la durée de l'intervention. Un rapport de la MEAH (74) avait toutefois mis en évidence pour la chirurgie en général que la modification des processus de planification et de programmation des interventions pouvait permettre à un établissement public d'améliorer simultanément les conditions de travail des personnels, d'offrir plus de vacations opératoires aux praticiens, d'améliorer la sécurité de prise en charge des patients et d'obtenir au final des gains de productivité.

► **Accroissement de l'efficacité productive par la combinaison des facteurs de production et les procédures réalisées**

L'efficacité productive peut être obtenue en optimisant le nombre et la combinaison de différentes procédures par rapport aux « *inputs* » disponibles (ressources humaines et blocs opératoires), en fonction des tarifs reçus.

78. Hernie inguinale, cataracte, varices, circoncision, cystoscopie, biopsie du sein hydrocèle.

79. Comprenant les équipements, le personnel et les consommables.

80. - 347 £ pour la hernie, - 2 661 £ pour les varices, - 1 654 £ pour la circoncision, - 1 950 £ pour la cystoscopie, - 1 122 £ pour la biopsie du sein, - 1 700 £ pour l'hydrocèle.

.....

Ces processus d'optimisation ont fait l'objet de deux études aux États Unis pour les centres indépendants (cf. partie 2.5) de chirurgie ambulatoire (*Ambulatory Surgery Centers* ou ASCs) et d'une étude norvégienne. Elles utilisaient la méthode DEA (*Data Envelopment Analysis*)⁸¹.

- Dans une étude réalisée en Pennsylvanie sur 198 ASCs en 2006, Iyengar et Ozcan (75) évaluaient l'efficacité d'un ASC comme sa capacité à combiner des facteurs de production multiples avec de multiples productions. L'efficacité était évaluée en fonction du rapport entre le nombre d'interventions pratiquées en fonction de l'âge⁸² et les facteurs de production mesurés par le nombre d'équivalent temps plein de personnel et le nombre de salles d'opération. La frontière d'efficacité était déterminée en fonction des meilleures performances obtenues par les ASCs (combinant facteurs de production et productions multi-produits).

L'étude avait montré que 24,2 % (48 sur 198) des ASCs se situaient sur la frontière d'efficacité avec un score d'efficacité moyen de 0,6. Le nombre de blocs opératoires moyen des ASCs efficaces étaient de 1,35 (écart type 1,36) contre 3,1 (écart type 1,41) pour les non efficaces (t-test 7,67, $p < 0,01$). Le nombre de personnel équivalent temps plein était de 13,2 personnes (écart type 8,88) contre 24,02 (écart type 13,11) pour les ASC non efficaces (t-test 6,48, $p < 0,01$). L'efficacité n'augmentait pas de manière statistiquement significative en fonction des catégories d'âge prises en charge par l'ASC, à l'exception de ceux compris dans la classe d'âge des 18 à 64 ans (t-test 1,66, $p < 0,05$). Pour devenir efficaces, les ASCs devaient, en moyenne, réduire de deux leurs blocs opératoires et de 13 leur nombre de personnel équivalent temps plein, tout en augmentant le nombre de patients pris en charge dans la catégorie des 18-64 ans.

- Lewis *et al.* (76) avaient élaboré un modèle permettant de déterminer les procédures et combinaisons de procédures afin que les ASCs puissent produire de la manière la plus efficace possible, en prenant en compte les tarifs et la consommation de ressources variant en fonction du temps des interventions, du

temps d'anesthésie, des temps de techniciens et du temps d'inventaire.

Ce modèle a ensuite été testé sur les 100 procédures les plus fréquemment pratiquées par les ASCs en 2007 pour un ensemble de scénarios évalués par rapport à la situation actuelle. Ces scénarios simulaient une augmentation de 10 % des volumes pour chaque procédure, à ressources constantes ou en augmentant les ressources de 10 %. Trois stratégies alternatives étaient proposées : maximiser les remboursements, minimiser le nombre de complications, ou modèle multicritères.

Le modèle élaboré permettait de déterminer les combinaisons optimales de procédures à contraintes tarifaires et volumétriques données. La réduction des complications permettait d'améliorer l'efficacité, toutes choses égales par ailleurs.

- Dans une étude de 2004, Martinussen (59) avait analysé l'impact du recours plus systématique à la chirurgie ambulatoire sur l'efficacité de l'établissement hospitalier. L'hypothèse testée était que les hôpitaux ayant une part importante de chirurgie ambulatoire étaient plus efficaces que ceux ayant une part faible.

Il s'agissait d'un modèle de décision dans lequel les établissements maximisaient une fonction d'utilité dont les paramètres étaient le revenu (augmentation des ressources et/ou baisse des coûts de production), le nombre de patients et l'effort sous contrainte de budget et de caractéristiques structurelles. Les données ont été contrôlées sur le budget de l'établissement hospitalier, les parts de revenus venant des venues sans hébergement, les durées de séjours anormalement longues, le type d'établissement et la part des soins réalisés en urgence. Cinquante et un hôpitaux norvégiens ont été inclus dans l'analyse sur la période 1999-2001.

La définition de l'efficacité se basait dans cette étude sur le critère de Pareto-Koopmans : « un hôpital est techniquement plus efficace quand un accroissement de sa production (par exemple, la chirurgie ambulatoire) nécessite une diminution d'au moins une autre production (par exemple, la chirurgie classique) ou

81. Méthode non paramétrique utilisée en économie pour estimer les frontières de production. Elle est utilisée pour mesurer l'efficacité productive dans des unités de production.

82. Il existait trois catégories d'âge : 0-17 ans, 18-64 ans et plus de 64 ans.

un accroissement d'au moins un facteur de production (*input*). L'efficacité peut également être obtenue quand la réduction d'un facteur de production nécessite un accroissement d'au moins un autre facteur de production ou la diminution d'au moins un produit » (59). L'indicateur d'amélioration de l'efficacité reposait sur l'impact sur la fonction d'utilité d'une augmentation de la part de chirurgie ambulatoire par rapport à la chirurgie classique.

Les résultats de l'étude avaient montré qu'un accroissement de 1 point de pourcentage en chirurgie ambulatoire permettait d'améliorer le critère efficacité technique de 0,17 point ($p < 0,05$). Ce résultat pouvait sembler faible, mais les auteurs soulignaient que :

- les taux de chirurgie ambulatoire étaient très variables (de 20 à 65 %) en fonction des établissements ;
- les gains d'efficacité étaient d'autant plus importants à noter que le taux de chirurgie ambulatoire était déjà relativement élevé dans les hôpitaux norvégiens, avant la mise en place de la tarification à l'activité ;
- cet accroissement de l'efficacité productive était d'autant plus élevé que les établissements avaient des parts de marché élevées (2,23 points avec $p < 0,01$) ;
- à l'inverse, la taille du budget⁸³ (- 0,08 point avec $p < 0,01$) et la part importante de séjours anormalement longs (- 0,13 point avec $p < 0,01$) réduisaient les gains d'efficacité productive associés au développement de la chirurgie ambulatoire.

L'une des limites principales de l'étude soulignée par les auteurs était de n'avoir considéré l'efficacité que du point de l'établissement hospitalier et de ne pas avoir étudié les coûts pour les patients d'un retour plus précoce au domicile.

► Diminution et gestion des annulations

Dans une étude de 2007, Mannion *et al.* (26) avaient montré que les coûts peuvent être réduits en planifiant mieux les interventions, notamment en diminuant les annulations de dernière minute ou les dépassements

dans les durées d'intervention. En Grande-Bretagne, un rapport de 2005 de la *Healthcare Commission*⁸⁴ (77) avait trouvé que 45 % du temps des blocs opératoires était perdu à cause de l'annulation des interventions (pouvant atteindre 20 % dans certaines unités), des retards ou des durées trop longues d'interventions.

En moyenne, les blocs de chirurgie ambulatoire n'étaient donc utilisés que durant 16 heures par semaine. L'optimisation dans ce domaine aurait permis de réaliser 74 000 interventions supplémentaires.

► Impact économique des réhospitalisations et des séjours prolongés

Imasogie et Chung (78) avaient réalisé une synthèse des études publiées jusqu'en 2001 sur l'impact économique des réadmissions en établissement hospitalier après une intervention pratiquée en chirurgie ambulatoire.

Sur la base de six études réalisées entre 1989 et 1996 (deux prospectives et quatre rétrospectives) portant sur 6 000 à 90 234 patients, le taux de réadmission ou de séjour transformé en hospitalisation classique était compris entre 0,28 et 1,42 % des patients.

Avec un coût de la chirurgie ambulatoire inférieur de 20 à 50 % de celui de l'hospitalisation classique, les auteurs montraient que la chirurgie ambulatoire restait moins coûteuse que la chirurgie en hospitalisation classique, même en tenant compte des réadmissions. L'éducation du patient et des professionnels pouvait, d'après les auteurs, réduire ces réadmissions.

Imasogie et Chung (79) avaient également étudié les conséquences économiques du prolongement des séjours de patients. Trois études prospectives (portant respectivement sur 1 088, 3 152 et 16 411 patients) publiées entre 1998 et 2001 avaient été retrouvées.

D'après les auteurs, le retard dans la sortie variait selon les études (deux à six heures). La réduction de la durée d'hospitalisation pouvait réduire les coûts parce que cela permettait de diminuer les ratios de personnel par patient. Mais l'ampleur de cette réduction de coût restait indéterminée.

83. Ces hôpitaux étaient supposés avoir plus de slack organisationnel et de coûts de coordination, ce qui rendait les gains d'efficacité difficiles à obtenir.

84. *Healthcare Commission. Acute hospital portfolio review, Day surgery July 2005.*

► **Recommandations pour l'optimisation de l'organisation de l'UCA et du chemin clinique**

À partir des données de la littérature et des publications du NHS et de la *British Association of Day Surgery*, Smith *et al.* (77) avaient proposé des solutions multifactorielles pour optimiser le processus de réalisation de la chirurgie ambulatoire et atteindre les objectifs fixés dans le cadre du système de paiement à l'activité. Il s'agissait pour l'UCA :

■ **au niveau de l'organisation globale :**

- de minimiser les cas finalement non éligibles à la chirurgie ambulatoire et qui doivent rester une nuit en établissement hospitalier, en s'assurant notamment que les patients sont bien éligibles à ce type d'intervention durant la phase d'évaluation préopératoire,
- de regrouper les listes d'intervention des différents blocs,
- de maximiser les temps d'utilisation des infrastructures et du bloc,
- de limiter au maximum les annulations en recherchant les causes de retards et des différences de durée entre les interventions,
- de planifier les patients dont les temps d'intervention sont longs au début de la liste des interventions,
- de repenser l'organisation de l'établissement (conversion de lits classiques en lits ambulatoires, accroître la flexibilité dans l'organisation du temps de travail des chirurgiens, etc.),
- de maintenir accessible la liste d'attente de manière à ce que le personnel réalisant les plannings et celui de l'unité de chirurgie ambulatoire travaillent ensemble et puissent programmer des interventions dans les espaces libres du planning,

■ **au niveau du personnel :**

- de nommer un référent (préférentiellement l'anesthésiste qui sera en charge de l'organisation de la prise en charge du patient dans l'UCA),
- de s'assurer que les ressources en personnel sont suffisamment nombreuses en quantité et en qualification pour assurer les interventions programmées,
- de favoriser le travail pluridisciplinaire et en équipe,
- prévenir le plus rapidement possible en cas d'absence d'un des membres du personnel,

■ **au niveau du patient :**

- de téléphoner au patient la veille de l'hospitalisation pour confirmer sa présence ou la reprogrammer,
- de mettre en place une liste d'accès rapide pour les patients pouvant venir en cas d'annulation d'un autre patient,
- d'utiliser des techniques d'anesthésie qui permettent un réveil rapide,
- d'utiliser les médicaments (prévention et diminution des nausées) et techniques innovantes facilitant la récupération rapide du patient après l'intervention réduisant le passage en salle de réveil après l'intervention (*fast-tracking*).

Pour l'auteur, afin de maximiser l'efficacité, la chirurgie ambulatoire devait être réalisée dans une unité séparée et dédiée spécifiquement à la chirurgie ambulatoire, aussi bien au niveau du bloc, des listes opératoires, des salles de récupération, que de l'accueil et de la gestion des listes d'attente.

2.4.2 Sur la substitution de la chirurgie classique par la chirurgie ambulatoire

Deux études seulement [une britannique (80) et une française (65)] avaient étudié l'impact de la tarification par DRG ou ses équivalents sur le choix d'activité (chirurgie ambulatoire versus hospitalisation classique).

► **Étude britannique**

Si l'on considère que le coût de la chirurgie ambulatoire est plus faible pour l'établissement que la chirurgie classique, la tarification identique est un puissant incitatif au développement de la chirurgie ambulatoire et permet de réaliser des gains d'efficacité productive.

L'impact de la tarification identique sur le choix d'activité a été étudié en Grande-Bretagne par Farrar *et al.* (80) pour la période 2003/2004 (tarif identique appliqué pour 15 HRGs) et 2005/2006 (tarif identique pour 33 HRGs), sachant que la tarification identique par HRG⁸⁵ avait été introduite en 2002 en Angleterre et en Écosse. La méthode utilisée a consisté à comparer l'évolution de l'activité en ambulatoire dans certaines catégories d'hôpitaux (principalement des fondations) ayant une tarification par HRG à un « groupe contrôle » qui

85. Healthcare Resource Groups.

ne bénéficiait pas de ce nouveau mode de financement (établissements qui ne sont pas des fondations ou établissements écossais).

Pour les deux périodes et sur 19 096 observations, la proportion de cas traités en ambulatoire avait augmenté significativement plus rapidement (de 0,4 à 1,5 point de pourcentage ; $p < 0,01$) dans les établissements financés par HRG, ce qui confirmait l'hypothèse selon laquelle la tarification identique conduisait au développement des pratiques en ambulatoire⁸⁶.

L'étude soulignait que la pression liée à la tarification s'exerçant sur les établissements de type fondations pouvait avoir été moins forte que sur d'autres établissements car le tarif, calculé sur la base du coût moyen de l'ensemble des établissements de cette catégorie, était plus élevé que pour d'autres catégories d'établissements.

► Étude française

Dans une étude qualitative française par monographies, portant sur quatre établissements, la DREES (65) avait montré que les incitations tarifaires (reposant principalement sur la tarification identique entre chirurgie ambulatoire et chirurgie classique) mises en place pour favoriser la chirurgie ambulatoire étaient peu connues par les acteurs :

- la direction d'un seul établissement (CHU) avait produit une description précise de ces incitations. Dans les autres établissements, la direction était surtout sensible à la tonalité du discours des pouvoirs publics en faveur de la chirurgie ambulatoire, qui permettait de sensibiliser le corps médical ;
- le médecin DIM pouvait être moteur, en ayant également conscience de l'intérêt financier que procure l'ambulatoire par rapport à l'hospitalisation classique, mais l'amoncellement des différentes versions de la classification et les modifications de tarifs rendaient difficile la connaissance des règles tarifaires ;
- les praticiens et les cadres ne connaissaient pas les tarifs ;
- certains présidents de Commissions médicales d'établissements (CME), tout en ne connaissant pas dans le détail les évolutions tarifaires, étaient

conscients d'un enjeu financier dans le développement de l'ambulatoire, mais de façon assez floue.

La politique incitative était considérée comme très peu lisible dans ses détails pour les acteurs, parce que les grilles tarifaires avaient considérablement évolué entre 2009 et 2011 avec de surcroît, en 2010, un mouvement contre-incitatif à la chirurgie ambulatoire⁸⁷. Par ailleurs, la stratégie d'un établissement, en matière de chirurgie ambulatoire, comme pour les autres activités, se construisant sur plusieurs années, il existait une certaine inertie dans la réaction des établissements aux incitations tarifaires.

L'incitation tarifaire n'aurait donc finalement pas eu d'impact sur les comportements et les décisions de structurer l'activité autour de l'ambulatoire.

Pour les auteurs de l'étude (64), l'incitation résidait en fait davantage dans la mécanique générale de la T2A, qui engage à augmenter son activité, que dans la finesse de l'évolution des tarifs des GHS concernés.

2.4.3 Sur le partage public-privé

L'impact de la tarification par DRGs ou ses équivalents peut être différent en fonction du statut (public, privé non lucratif ou privé lucratif) auquel on l'applique. Xirasagar et Lin (81) ont posé le postulat que les établissements privés lucratifs cherchaient à maximiser leurs revenus et à contrôler leurs coûts. Ils seraient donc plus enclins à réagir aux incitations financières mises en place et à développer la chirurgie ambulatoire. Une tarification de niveau proche pour les deux types de prise en charge aurait donc pour conséquence de favoriser effectivement la chirurgie ambulatoire dans le secteur privé lucratif mais non dans le secteur public, moins sensible aux incitations financières, car n'ayant pas dans ses objectifs la maximisation de sa marge.

Dans une étude rétrospective réalisée à Taïwan et utilisant la base nationale de données de l'Assurance maladie pour 2001, les auteurs avaient extrait les données concernant les interventions des hernies crurales et inguinales (29 699 cas), les opérations de la cataracte (50 626 cas). Une analyse par régression logistique avait été réa-

86. L'étude ne précisait pas la proportion de chirurgie ambulatoire par rapport aux autres actes.

87. Baisse tarifaire dans le secteur public sur les GHS ayant fait l'objet de la « convergence ciblée », baisse dans le secteur privé par application de l'ENCC, existence de bornes basses.

lisée pour analyser l'association entre la propension à l'admission en chirurgie ambulatoire des établissements publics et privés lucratifs, en tenant compte du contexte concurrentiel⁸⁸, de la taille de l'établissement, et en ajustant sur les complications cliniques, les caractéristiques du patient et la démographie médicale.

L'étude avait montré que les établissements universitaires publics de grande taille (> 250 lits) avaient tendance à hospitaliser plus les patients en chirurgie classique que les établissements privés lucratifs pour les patients opérés d'une hernie (OR = 1,9 et 2,6 selon que l'établissement se situait dans un univers concurrentiel fort ou faible respectivement) et les patients opérés de la cataracte (OR = 5,0 et 5,4 en univers concurrentiel fort ou bas respectivement). Pour les hôpitaux publics de districts, les résultats allaient dans le même sens (OR = 1,2 et 3,9 pour la hernie, 4,9 et 2,7 pour la cataracte).

Les auteurs concluaient que les établissements publics étaient plus enclins à admettre des patients en hospitalisation classique que les établissements privés lucratifs. Il existait des différences en fonction des pathologies, des types d'établissements publics (CHU ou hôpitaux de districts) et du niveau de concurrence.

2.4.4 Sur la sélection des patients

Dans une étude portant sur la Norvège, Martinussen et Midttun (58) avaient postulé que la tarification identique pouvait éventuellement conduire les établissements à sélectionner davantage les patients qui sont éligibles à la chirurgie ambulatoire, plus rentables, au détriment de ceux qui auraient besoin de séjourner une nuit dans l'établissement. Cela aurait pour effet d'accroître les temps d'attente des patients les plus sévères. Dans ce cadre, la sélection des patients pourrait s'assimiler à une sélection des risques par l'assurance santé ou l'établissement de santé, dans le but de maximiser ses revenus.

Martinussen et Midttun (58) ont cherché à tester cette hypothèse en partant d'un fichier national norvégien de

1,2 million de patients ayant eu une intervention de chirurgie ambulatoire entre 1999 et 2005 et classés dans 151 DRGs différents. Les auteurs avaient sélectionné pour l'analyse 16 DRGs représentant au moins 2 % du total des chirurgies ambulatoires réalisées sur la période. Ils cherchaient à déterminer si la durée d'attente pour bénéficier de l'intervention du patient était statistiquement corrélée⁸⁹ à la sévérité des cas mesurée par la durée de séjour⁹⁰. Pour 10 des 16 DRGs étudiés, il existait une corrélation significative entre durée d'attente et sévérité ($p < 0,01$). Ces DRGs concernaient les interventions en orthopédie, mais aussi l'ophtalmologie, la tonsillectomie, la ligature des veines et les procédures cardiovasculaires percutanées. Néanmoins, les résultats obtenus par les auteurs étaient à nuancer car :

- pour six DRGs, la corrélation n'avait pu être établie ;
- les interventions pouvant potentiellement être éligibles à l'ambulatoire concernaient des patients dont le niveau de sévérité restait faible ;
- le postulat d'un renforcement de la sélection après la réforme de la tarification identique en 2002 n'avait pu être vérifié, la sélection des patients observée étant stable sur la période de l'étude (1999-2005). La période après 2002 avait également coïncidé avec une augmentation des financements des établissements, ayant pu potentiellement diminuer les listes d'attente.

Selon Hurst (82), une logique inverse pourrait également prévaloir, dans plusieurs pays de l'OCDE. En effet, le temps d'attente pourrait être plus élevé pour les chirurgies ambulatoires jugées moins prioritaires car correspondant à des interventions plus bénignes et moins urgentes. On peut donc s'attendre à observer des temps d'attente pour la chirurgie ambulatoire plus élevés que pour les patients hospitalisés en chirurgie classique. Cependant, lorsqu'il existe des installations dédiées à ce type de chirurgie, les temps d'attente peuvent se révéler plus courts, parce que des patients éligibles à ce type d'intervention ne sont pas évincés par les admissions pour les actes de chirurgie classique (82).

88. Mesuré par l'index Herfindahl-Hirschman (HHI) qui est un indice de concentration des marchés, il est établi en additionnant le carré des parts de marché (généralement multipliées par 100) de toutes les entreprises du secteur considéré sur la zone étudiée. La concurrence a également été approchée en étudiant les flux de patients entre régions.

89. Par la méthode des moindres carrés ordinaires.

90. Les séjours observés pour les 16 DRGs sélectionnés étaient à la fois ceux de chirurgie ambulatoire et ceux de chirurgie classique (durée de séjour comprenant au moins une nuit).

2.4.5 Maintien de l'hétérogénéité des pratiques

En 2011, Appleby *et al.* (83) se sont interrogés pour le *King's Fund* sur les raisons de la persistance de différences dans les pratiques observées entre les régions en Grande-Bretagne pour 36 procédures de chirurgie, dont 25 pouvant être pratiquées en chirurgie ambulatoire à partir d'une liste d'interventions répondant à des critères de sécurité et réputées coût-efficace par l'Audit Commission en 2001.

Les taux de chirurgie ambulatoire variaient entre 67 et 87 % en 2009-2010, selon les PCT (*Primary Care Trusts*)⁹¹ (coefficient de variation [CV] de 0,05). Les résultats par procédures apparaissaient plus contrastés, certaines interventions ayant un taux proche variant de 88 et 100 % d'interventions en ambulatoire dans tous les PCT (cataracte, canal carpien), d'autres étant beaucoup plus hétérogènes ; cette hétérogénéité étant la plus importante pour la tonsillectomie (40 000 interventions, CV 0,78) et la cholécystectomie laparoscopique (10 000 interventions, CV 0,61).

Les auteurs avaient identifié le manque de consensus ou d'évidence concernant la réalisation de six procédures de la présence d'une incertitude clinique et l'absence de *guidelines* comme principal facteur pouvant expliquer les différences observées.

Pour les interventions les moins consensuelles, les auteurs retrouvaient par ailleurs une corrélation entre les admissions et le statut socio-économique de la population dans la zone géographique considérée ; les plus pauvres ayant plus d'interventions chirurgicales non consensuelles (ablation de l'utérus par voie abdominale $\rho^{92} = 0,3^*$, myringotomie $\rho = 0,16^*$, tonsillectomie $\rho = 0,26^*$, interventions sur la moelle épinière $\rho = -0,16$, hystéroscopie $\rho = -0,03$, ablation de l'utérus par voie vaginale $\rho = 0,08$). Les auteurs interprétaient ces différences comme étant liées au fait que les populations de statut socio-économique plus élevé pourraient être plus conscientes des risques et faire le choix de ne pas être opérées.

Même si elle ne porte pas spécifiquement sur l'analyse de la tarification, l'analyse d'Appleby *et al.* (83) a montré que même lorsque les conditions tarifaires sont les mêmes sur tout le territoire, les taux de chirurgie ambulatoire pouvaient varier d'une région à l'autre. Les auteurs suggéraient que le choix du type d'intervention dépendait de l'existence ou non d'un consensus sur le type de prise en charge le plus approprié.

91. Caisse de soins primaires, équivalent des caisses primaires d'assurance maladie intervenant au niveau local du financement des soins, qu'ils soient ambulatoires ou hospitaliers.

92. Coefficient de corrélation de rang de Spearman variant de -1 à +1 ; un chiffre négatif indiquant une corrélation négative entre les deux variables et un chiffre positif, une corrélation positive. Le chiffre avec * sont ceux pour qui la corrélation est significative $p < 0,05$.

Synthèse - Points clés

La tarification à l'activité appliquée à la chirurgie ambulatoire doit conduire à la recherche de gains d'efficacité productive par les établissements hospitaliers.

L'analyse de la littérature a montré que les unités de chirurgie sont théoriquement amenées à moduler leur organisation et leur mode opératoire :

- en modifiant le nombre d'interventions pratiquées dans une même journée ;
- en privilégiant un mode anesthésique particulier ;
- en utilisant des techniques opératoires moins invasives ;
- en agissant sur la durée de prise en charge ;
- en modifiant la combinaison des facteurs et des procédures ;
- en diminuant les annulations, les réhospitalisations et les séjours prolongés ;
- en optimisant le chemin clinique des patients.

Les études recensées dans la littérature permettant d'évaluer les conséquences de ces choix médicaux et organisationnels portent toutefois sur un nombre relativement limité de procédures (chirurgie de la hernie inguinale, cholécystectomie laparoscopique, chirurgie du glaucome, chirurgie orbitopalpebrale, chirurgie sénologique, arthroscopie de l'épaule). Elles utilisent des méthodologies très différentes et ne sont donc pas directement comparables entre elles.

Elles montraient globalement concernant l'équilibre financier que :

- les unités de chirurgie envisagent encore souvent la notion « rentabilité » de l'activité ambulatoire de manière très partielle en ne considérant que la partie « recettes », sans tenir compte des coûts de production associés ;
- le niveau d'équilibre financier pour l'établissement de santé de la chirurgie ambulatoire, notamment par rapport à la chirurgie classique, n'est pas directement lisible en comparant le tarif d'une procédure avec son coût unitaire moyen ;
- cet équilibre pour l'unité de chirurgie ambulatoire ne peut s'apprécier qu'en évaluant son organisation (i.e. nombre d'interventions par jour, gestion des annulations, durée d'ouverture), les types de protocoles utilisés (anesthésie locale, locorégionale ou générale, durée de l'intervention chirurgicale), la qualité des soins fournis (minimisation des complications et des réadmissions), tout en tenant compte également de la quantité de facteurs de production utilisés (effectifs en personnel, nombre de blocs) et de la combinaison des procédures (types d'interventions privilégiées au sein d'une même spécialité, ou en fonction de la catégorie d'âge).

Au niveau de l'évaluation de l'efficacité productive :

- une étude britannique soulignait que la réalisation d'une procédure pouvait s'avérer structurellement déficitaire, quels que soient les gains d'efficacité réalisés, en raison d'une tarification trop faible retenue par le régulateur ;
- deux études américaines portant sur les centres indépendants de chirurgie ambulatoire, soulignaient que certains aménagements majeurs en termes de personnel, nombres de blocs, combinaison

de procédures étaient parfois nécessaires pour que les établissements se situent sur leur frontière d'efficacité productive ;

- dans une étude norvégienne, le choix de la chirurgie ambulatoire par rapport à la chirurgie classique permettait d'améliorer l'efficacité des établissements ;
- les gains d'efficacité reposaient également parfois sur une augmentation de l'activité de l'unité, impliquant qu'il existe un « réservoir de demande » permettant d'accroître le niveau d'activité. Ce réservoir de demande dépend de facteurs exogènes à l'établissement et notamment du degré de concurrence locale et de l'état de santé des populations résidant dans la zone de recrutement qui ne devait pas être trop éloignée de l'établissement, compte tenu des temps d'ouverture de la structure limités à 12 heures.

Parallèlement, la tarification à l'activité peut avoir un impact sur les choix observés au niveau du secteur, notamment :

- *sur le développement de la chirurgie ambulatoire* : deux études seulement se sont interrogées sur l'impact des incitations tarifaires sur le développement de la chirurgie ambulatoire. Alors que l'étude britannique, méthodologiquement robuste, concluait de manière positive, l'étude française était plus réservée, en raison de la méconnaissance par les acteurs des règles tarifaires. Cette étude avait une faible représentativité car elle ne portait que sur quatre établissements ;
- *sur le partage entre les établissements publics et les établissements privés de l'activité de chirurgie ambulatoire* : une seule étude, réalisée à Taïwan, montrait que les établissements privés, du fait de leur statut lucratif étaient plus sensibles aux incitations financières et de ce fait, plus enclins à développer la chirurgie ambulatoire que les établissements publics. Ce constat restait valable en tenant compte du contexte concurrentiel, de la taille de l'établissement et en ajustant sur les caractéristiques des patients. Cependant, cette étude ne mesurait pas l'impact d'une modification tarifaire, mais uniquement le partage d'activité constaté sous une même règle tarifaire ;
- *sur la sélection des patients et les temps d'attente pour bénéficier d'une intervention* : une étude norvégienne avait posé le postulat d'un renforcement de la sélection des patients éligibles à l'ambulatoire (et l'augmentation des temps d'attente pour les cas les plus sévères) après la mise en place de la tarification identique. L'analyse des données n'avait pas validé cette hypothèse ;
- *sur la convergence des taux de chirurgie ambulatoire sur le territoire* : une étude britannique montrait qu'en dépit de la mise en place de règles tarifaires incitatives homogènes sur le territoire, les taux de chirurgie ambulatoire restaient très hétérogènes d'une région à l'autre ; les auteurs suggérant que le choix du type d'intervention dépendait de l'existence ou non d'un consensus professionnel sur le type de prise en charge le plus approprié.

2.5 Les centres indépendants de chirurgie ambulatoire

Afin d'accélérer le développement de la chirurgie ambulatoire, certains pays (États-Unis et Royaume-Uni notamment) ont choisi de s'appuyer sur la création de nouvelles organisations de soins et ont donc favorisé l'implantation de « centres indépendants de chirurgie ambulatoire », le plus souvent distincts géographiquement et administrativement de l'établissement hospitalier (cf. 2.5.1 concernant les différentes modalités d'organisation des centres indépendants).

On détaille ci-après les modalités de fonctionnement et les principes tarifaires de ces centres, en distinguant successivement les « *Ambulatory Surgery Centers* » (ASCs) américains (partie 2.5.2) et les « *Independent Sector Treatment Centers* » (ISTCs) britanniques (partie 2.5.3), puis en présentant les centres indépendants en Allemagne (partie 2.5.4) et en France (partie 2.5.5).

2.5.1 Modalités d'organisation de l'activité de chirurgie ambulatoire

Quatre modèles d'organisation ambulatoire sont habituellement décrits dans la littérature (9, 11, 15, 84, 85).

Structures intégrées

Les structures intégrées disposent de locaux d'accueil et de séjour dédiés à l'ambulatoire tout en étant localisés dans une unité d'hospitalisation classique. Le bloc opératoire est commun aux activités traditionnelles et ambulatoires (9, 11, 15, 84, 85).

Les centres intégrés sont le modèle le plus ancien et représentent la quasi-totalité des structures françaises depuis 20 ans. Leur avantage est celui d'une grande facilité de sa mise en œuvre dans un établissement déjà existant. Leur inconvénient est qu'ils sont souvent un frein au développement de la chirurgie ambulatoire, où la culture de la prise en charge traditionnelle reste dominante (11, 84).

Structures de fonctionnement autonome

Les structures autonomes disposent de locaux d'accueil et de séjour dédiés avec ses salles opératoires dédiées

à l'ambulatoire situé dans le bloc traditionnel (9, 11, 15, 84, 85).

Structures satellites

Les structures satellites possèdent en propre l'ensemble des moyens matériels et humains exigés pour la pratique ambulatoire. Le bloc opératoire est dédié à l'ambulatoire et est situé en dehors du bloc traditionnel, tout en restant dans le périmètre de l'établissement de santé avec hébergement (9, 11, 15, 84, 85).

Structures indépendantes

Les structures indépendantes possèdent en propre l'ensemble des moyens matériels et humains exigés pour la pratique ambulatoire et est totalement détachée d'un établissement de soins classiques (9, 11, 15, 84, 85). Les structures indépendantes sont hors du périmètre d'un établissement de santé avec hébergement.

2.5.2 Les centres indépendants aux États-Unis

Le cas des États-Unis est spécifique à un triple titre puisque :

- ce pays est considéré comme leader dans le développement de la chirurgie ambulatoire (cf. introduction du rapport) ;
- cette activité repose aux États-Unis sur trois types de structures (les hôpitaux, les centres de chirurgie ambulatoire indépendants et les officines de praticiens) ;
- la définition de la chirurgie ambulatoire dans les bases de données recensées y est plus extensive que celle retenue dans le contexte français, puisque sont considérées comme de l'ambulatoire les interventions donnant lieu à une hospitalisation de moins de 24 heures (86).

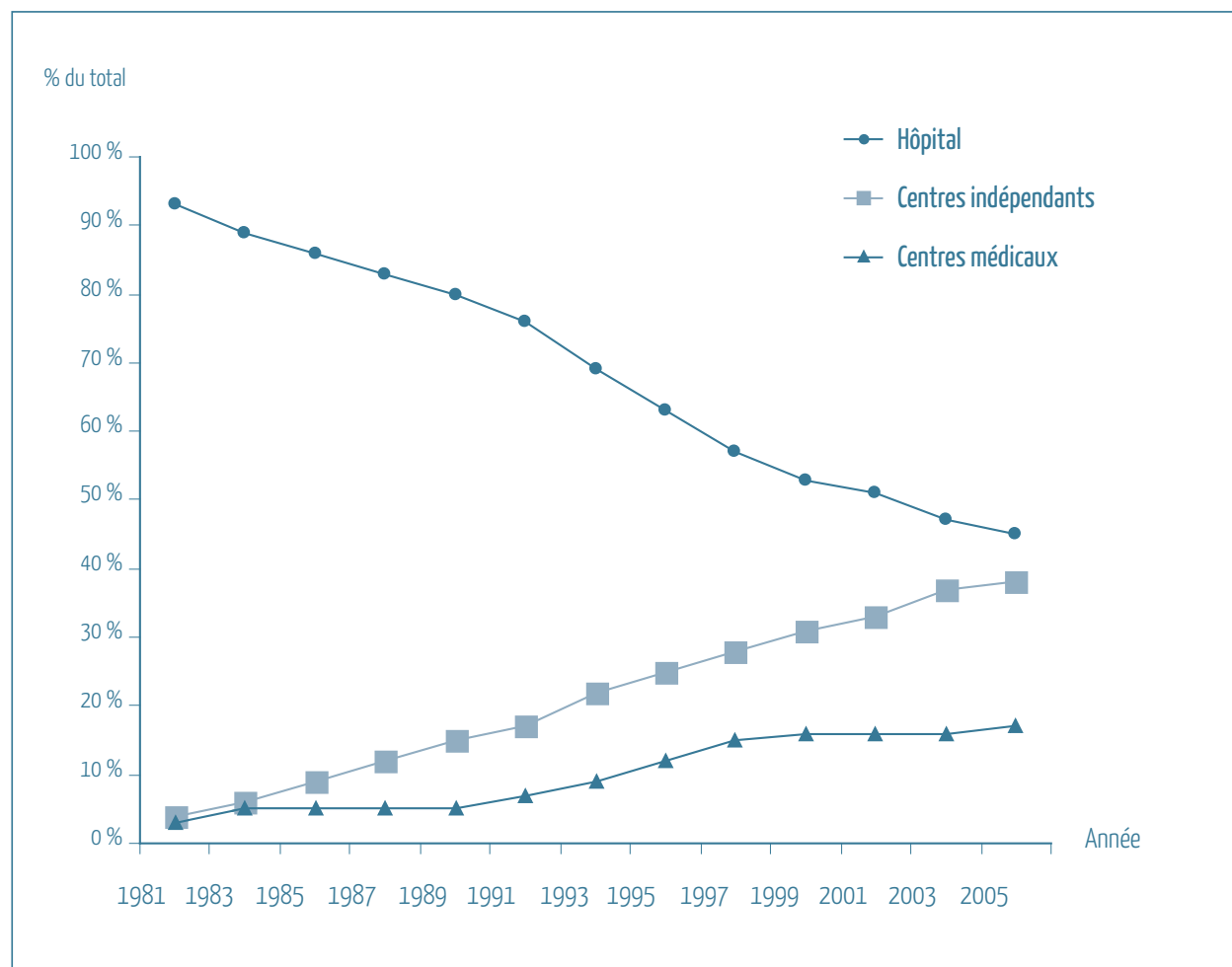
Jusque dans les années 1970, la totalité de l'activité chirurgicale se pratiquait dans les établissements hospitaliers (*Hospital Outpatient Surgery Unit*) dans le cadre d'une hospitalisation classique.

L'activité de chirurgie ambulatoire s'est ensuite fortement développée, à partir du début des années 1980 ; dans les centres hospitaliers, mais surtout dans des centres indépendants de chirurgie ambulatoire (« *Ambulatory Surgery Centers* ») et dans les cabinets médicaux de ville

(« Office based » ou « in office procedures »). Au total, en 2008, 47 % des interventions étaient réalisées dans des

établissements hospitaliers, pour 37 % dans des ASCs et pour 16 % en cabinet (87) (cf. figure 3).

Figure 3. Évolution de la chirurgie ambulatoire par type de structures aux États-Unis



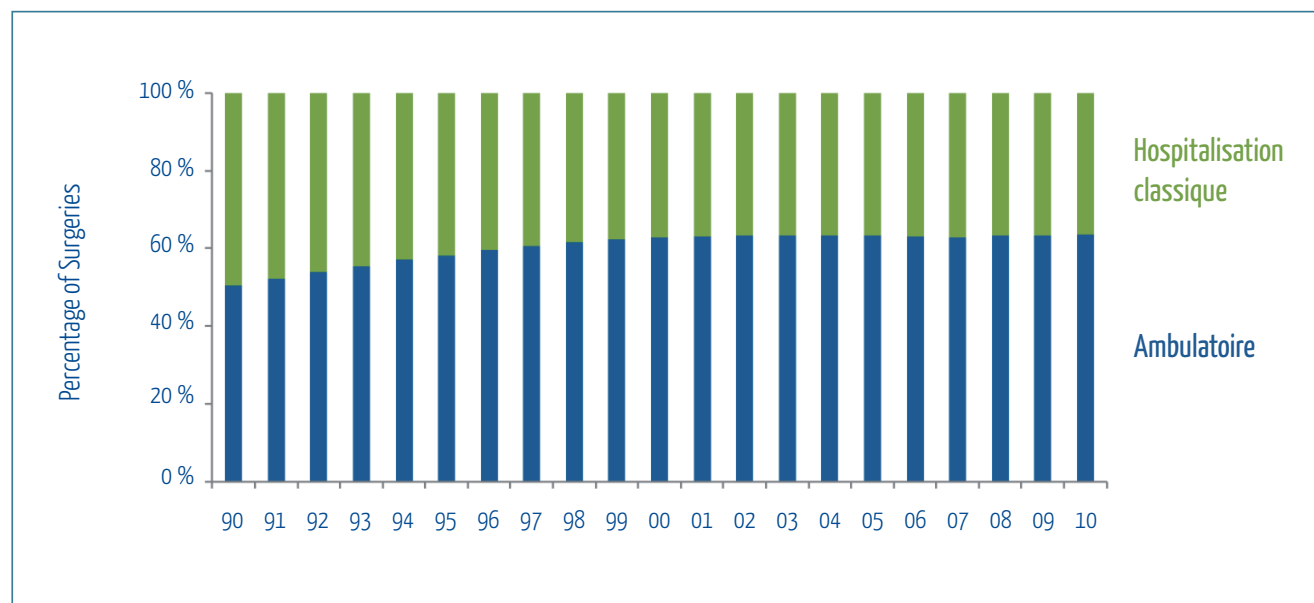
Source : Verispan, Diagnostic Imaging Center Profiling Solution, 2004 in American Hospital Association, TrendWatch Chartbook 2008 (88).

Le premier centre indépendant (*Ambulatory Surgery Center*) a été ouvert en 1970 (89). Depuis, l'offre des ASCs a fortement progressé. Il existait ainsi 336 ASCs enregistrés dans *Medicare* en 1985, 1 197 en 1990 (90) et 5 876 en 2008 (87), dont 5 174 certifiés par *Medicare* (89). Le nombre d'ASCs s'est accru d'environ 200 par an depuis 1996. En 2008, 47 % des interventions étaient réalisées dans des établissements hospitaliers, pour 37 % dans des ASCs et pour 16 % en cabinet (87).

Parallèlement, la part de la chirurgie ambulatoire réalisée dans les hôpitaux s'est progressivement accrue. Soixante-trois pour cent (63,5 %) du total des interventions chirurgicales pratiquées dans les hôpitaux de communauté ont été réalisées en ambulatoire en 2010⁹³ (cf. figure 4).

93. Selon le *TrendWatch Chartbook 2012 (supplementary data tables, utilization and volume)*, il existait 17,36 millions d'interventions chirurgicales en ambulatoire pour seulement 9,95 millions d'interventions en hospitalisation complète avec une durée moyenne de séjour de 5,4 jours : www.aha.org/research/reports/tw/chartbook/index.shtml.

Figure 4. Évolution du pourcentage de chirurgie ambulatoire *versus* chirurgie classique dans les hôpitaux de communauté entre 1990 et 2010 aux États-Unis



Source : Avalere Health analysis of American Hospital Association Annual Survey data, 2010, for community hospitals.

► Définition des *Ambulatory Surgery Centers*

Pour *Medicare*⁹⁴, un centre indépendant de chirurgie ambulatoire (*Ambulatory Surgery Center* ou ASC) est une entité distincte de l'établissement hospitalier qui fournit exclusivement des services chirurgicaux à des patients qui ne nécessitent pas une hospitalisation, et pour lesquels une nuit d'hospitalisation n'est pas attendue (*no overnight stay*)⁹⁵.

Pour bénéficier d'un financement par *Medicare*, les ASCs doivent correspondre à cette définition, être certifiés, et signer un agrément auprès d'un centre de services *Medicare* ou *Medicaid* (CMS⁹⁶) (86).

Les ASCs sont indépendants d'un établissement hospitalier et proposent des interventions de chirurgie ambulatoire exclusivement⁹⁷ (93). Ils sont pour 90 % d'entre eux la propriété d'au moins un médecin et à 95 % à but lucratif (22).

► Rationnel

Les arguments avancés par *Medicare* en faveur du développement des ASCs étaient (22) :

- pour les patients :
 - une meilleure accessibilité du fait de leur localisation plus proche du domicile des patients que les hôpitaux,
 - des temps d'attente plus réduits et des interventions plus faciles à programmer,
 - des tarifs plus bas des ASCs par rapport aux hôpitaux, permettant aux patients d'avoir un reste à charge plus faible ;
- pour les médecins :
 - un meilleur contrôle de leur environnement de travail en disposant de personnels spécialisés et de locaux dédiés (22),
 - un revenu plus élevé puisque les chirurgiens travaillant dans les ASCs peuvent réaliser plus

94. Assurance santé fédérale pour les personnes âgées de plus de 65 ans. Medicare est le principal financeur des soins aux États-Unis, soit 20,2 % du total des dépenses de santé (mais 29 % des dépenses d'hospitalisation). La structure des dépenses de *Medicare* par rapport aux autres programmes d'assurance santé américains est différente car Medicare prend en charge une population plus âgée et plus malade que la population générale, et ne couvre pas les soins de longue durée (91, 92).

95. *Medicare Payment Advisory Commission. Report to the Congress. Medicare payment policy*. Washington: MEDPAC; 2012., www.medpac.gov/documents/Mar12_EntireReport.pdf.

96. *Centers for Medicare and Medicaid Services*. La couverture dans le cadre du programme *Medicaid* s'adresse aux Américains les plus pauvres.

97. La durée d'hospitalisation est inférieure à 24 heures. Néanmoins, certains États ont autorisé les ASCs à accueillir les patients sur une période au-delà de 24 heures afin qu'ils puissent prendre en charge des interventions plus complexes.

d'actes en un temps plus court que dans les hôpitaux. Ils peuvent donc voir augmenter leur activité et toucher plus d'honoraires, mais également être associés aux bénéfices de l'ASC.

► Opérateurs

Le « marché » des ASCs est très fragmenté (plus de 40 opérateurs différents ont été recensés) (89). Il existe des compagnies détenues par des entités publiques ou privées de grande taille (comme *United Surgical Partners International* ou *Surgical Care Affiliates* qui détenaient respectivement 169 et 130 centres), ces grands groupes représentant 1 300 centres, soit 22,2 % des opérateurs, le reste étant détenu par de petits opérateurs privés indépendants.

► Type d'activité

Bien que potentiellement diversifiées puisque Medicare couvre financièrement 3400 procédures chirurgicales réalisées par les ASCs (contre seulement 200 en 1982) (22), leur activité s'est fortement spécialisée autour d'un nombre relativement limité d'interventions : 71,7 % de l'activité des ASCs se concentrait autour de 20 interventions chirurgicales, dont 20,6 % pour les seules opérations de la cataracte⁹⁸ (86).

► Répartition géographique

Au niveau géographique, les ASCs sont très concentrés. En 2008, cinq États américains (Californie, Floride, Maryland, Texas et Géorgie) concentraient 40 % de l'activité des ASCs et 27 % des bénéficiaires de *Medicare* (22). En 2008, 88 % des ASCs se situaient en zone urbaine.

► Conditions de fonctionnement

Pour recevoir un paiement par *Medicare*, les ASCs doivent satisfaire certains critères (22) :

- fournir un service d'anesthésie ;
- avoir une procédure d'évaluation de la qualité ;
- disposer de salles d'opération et de récupération ;
- disposer de personnel médical ;
- disposer de services de soins infirmiers.

► Facteurs expliquant le développement

Les ASCs ont connu une forte croissance depuis 1980 grâce à une législation et des règles tarifaires globalement favorables. Cette croissance a substantiellement érodé la part de la chirurgie ambulatoire réalisée par les établissements hospitaliers, au profit des cabinets médicaux et des ASCs.

La *Medicare Payment Advisory Commission* (22) avait analysé les éléments expliquant le taux de croissance en volume des services proposés par les ASCs entre 2003 et 2009. Elle avait constaté :

- qu'entre 2003 et 2008, le nombre de services de chirurgie s'était accru de 9,1 % dans les ASCs pendant que celui des services chirurgicaux des hôpitaux diminuait de - 0,1 %, ce qui suggérerait que la dynamique d'accroissement du marché se faisait exclusivement au profit des ASCs. Il était toutefois difficile de savoir si l'accroissement d'activité des ASCs se faisait réellement au détriment de celle des hôpitaux (qui enregistraient une augmentation de leur activité hors chirurgie de + 4 % sur la période) ou plutôt de celle des cabinets ;
- que sur un taux de croissance de l'activité observé de 10,5 % entre 2007 et 2008, 4,9 points de pourcentage étaient liés à la proposition de nouveaux services, les 5,6 points de pourcentage restant étant liés à l'effet volume strict, c'est-à-dire à l'accroissement des prestations par bénéficiaire de *Medicare*. Les ASCs ont étendu le nombre de procédures et de services proposés du fait des avancées technologiques qui leur ont permis de pratiquer plus d'interventions en chirurgie ambulatoire ;
- que le programme *Medicare* n'était vraisemblablement pas le seul à la source de cette croissance, car les revenus procurés par *Medicare* aux ASCs ne représentaient qu'environ 20 % de leur chirurgie (22).

► Coût croissant des ASCs pour Medicare

Le programme fédéral *Medicare* a commencé à prendre en charge les procédures chirurgicales réalisées dans les ASCs à partir de 1982. L'intérêt pour le financeur (assureur ou patient) était de bénéficier d'interventions chirurgicales pour un tarif moindre que dans le circuit hospitalier traditionnel.

98. L'endoscopie gastro-intestinale haute avec biopsie représentait 7,9 % de l'activité, suivie de la coloscopie avec biopsie (6,1 %), et la coloscopie diagnostique (5,2 %).

Pour autant, le coût total des ASCs pour *Medicare* a fortement augmenté (cf. Tableau 3), passant de 1,2 milliard de \$ en 1999 à 3,4 milliards de \$ en 2010, soit une croissance de 183 % en onze ans, en dépit d'un léger ralentissement du taux de croissance dans les dernières années (3,6 % en 2007 et 3,2 % en 2009), mais avec une reprise du taux de croissance en 2010 (6,2 %) (91), montrant ainsi les limites de la réforme des modes de financement introduite en 2008 (cf. *infra*, les grilles tarifaires).

Cette dynamique est néanmoins à rapprocher de celle des dépenses de *Medicare* pour les interventions de chirurgie ambulatoire effectuées dans le cadre hospitalier. Ces dépenses sont passées de 17,7 milliards de \$ en 2001 à 39,6 milliards en 2010, soit un taux d'accroissement de 118,8 % sur la période.

Tableau 3. Évolution des paiements de *Medicare* et croissance des ASCs aux États-Unis entre 1999 et 2010

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Paiements Medicare (milliards \$)	1,2	1,4	1,6	1,9	2,2	2,5	2,7	2,8	2,9	3,1	3,2	3,4
Croissance %*		16,6	14,3	18,8	15,8	13,6	8	3,7	3,6	6,9	3,2	6,2
% cumulé depuis 1999		17	33	58	83	108	133	142	158	158	167	183
Nb ASCs certifiés par Medicare	2 786	3 028	3 371	3 597	3 887	4 106	4 404	4 654	4 932	5 151	5 260	5 316
Croissance %*		8,7	11,3	6,7	8,1	7,7	7,3	5,6	6	4,4	2,1	1,1
% cumulé depuis 1999		9	21	29	40	47	58	67	77	85	89	91

* en valeur, par rapport à l'année précédente ; Source : Manchikanti 2012 (91).

Tableau 4. Accroissement des dépenses concernant les interventions réalisées dans le cadre des établissements hospitaliers (paiements prospectifs)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Paiements (milliards \$)	17,7	20,21	22,7	25,9	28,6	29,9	31,6	33,6	37,2	39,6
Croissance %		13,9	12,6	14,1	10,1	4,9	5,4	6,4	10,7	6,5
% depuis 2001		10,3	21,3	36,8	49,7	61,8	73,7	87	108	118,8

Source : Manchikanti 2011 (91).

► Les grilles tarifaires

Aux États-Unis, les interventions chirurgicales pratiquées en ambulatoire sont tarifées différemment, en fonction de la structure de prise en charge qui la réalise. Trois grilles tarifaires différentes (89) sont utilisées par les *Centers for Medicare and Medicaid Services* (CMS)⁹⁹ pour les actes de chirurgie ambulatoire.

Dans les cabinets des médecins

Un tarif à l'acte est appliqué en utilisant l'échelle MPFS (*Medicare Physician Fee Schedule*). Ce tarif comprend trois éléments (94) :

- la rémunération du travail du médecin ;
- un paiement destiné à couvrir les dépenses professionnelles ;
- un paiement qui concerne les dépenses pour couvrir les frais liés aux fautes professionnelles.

Ces composantes sont exprimées en poids relatifs, puis multipliées par un coefficient de conversion pour obtenir une somme en dollars. On a :

Paiement MPFS d'un acte en \$ = (coefficient d'intensité en travail + coefficient d'intensité en frais professionnels + coefficient pour fautes professionnelles) X coefficient de conversion.

En établissement hospitalier

La chirurgie ambulatoire est tarifée spécifiquement en appliquant la grille de paiement prospectif utilisée pour les actes réalisés en dehors de l'hospitalisation classique, l'OPPS (*Outpatient Prospective Payment System*). Cette classification utilise une liste comprenant 201 codes APC (*Ambulatory Payment Classification*)¹⁰⁰.

Le tarif *Medicare* est au coût complet. Il comprend :

- les soins infirmiers et services techniques ;
- l'utilisation des équipements et locaux où l'intervention chirurgicale est pratiquée ;
- certains médicaments et examens biologiques pour lesquels un paiement séparé n'est pas autorisé via l'OPPS ;
- les consommables médicaux et chirurgicaux ne pouvant faire l'objet d'un paiement séparé dans l'OPPS ;

- les équipements ;
- les tenues ;
- les dispositifs implantables et prothèses et leurs accessoires lorsqu'ils ne peuvent pas faire l'objet d'un paiement séparé dans l'OPPS ;
- les autres dispositifs médicaux (attelles, etc.) ;
- les services de radiologie pour lesquels un paiement par l'OPPS n'est pas autorisé ;
- les frais d'enregistrement, administratifs, d'hébergement ;
- le matériel et l'équipement nécessaires pour réaliser l'anesthésie ;
- la supervision de l'anesthésiste par le chirurgien.

Des services auxiliaires peuvent être facturés en sus : dispositifs implantables, médicaments, examens biologiques, services de radiologie.

Le poids relatif du coût de chaque APC est déterminé en utilisant les coûts comptables (directs et indirects) rapportés chaque année par les établissements de Medicare. Le coût médian de chaque APC pour l'ensemble des hôpitaux est alors calculé, puis converti dans une échelle de poids relatif, sous la contrainte que le niveau coût médian de l'APC le plus élevé n'excède pas deux fois le coût médian de l'APC le plus faible (« *two times rule* »).

Le poids de l'APC est ensuite multiplié par un tarif fixe de conversion, soit 70,12 \$ US en 2012. Le tarif est actualisé chaque année en tenant compte de l'indice des biens et services achetés par l'établissement hospitalier dans lequel les salaires et les prestations sociales comptent pour 60 %. Le paiement est ajusté en fonction d'un coefficient géographique. Les hôpitaux peuvent également recevoir des paiements complémentaires pour les « *outliers* ».

Dans les ASCs

Au début des années 2000, les tarifs de la chirurgie ambulatoire pratiquée en ASC étaient plus élevés que ceux pratiqués dans les établissements hospitaliers pour huit des dix codes de procédures alors utilisés, à l'exception notable des interventions sur la cataracte qui représentaient près de la moitié des tarifs remboursés par *Medicare* aux ASCs (39). Pour Casalino (95), ces modalités de paiement reposaient sur des bases réglementaires

99. Il s'agit des tarifs de l'assurance fédérale américaine pour les personnes âgées de plus de 65 ans et les personnes pauvres. Les assurances privées se calent le plus souvent sur ces tarifs de référence et modifient les co-paiements ou ajoutent des prestations supplémentaires.

100. La grille APC est également utilisée pour les procédures réalisées par les ASCs non susceptibles d'être réalisées en cabinet médical (cf. *infra*).

initialement différentes, mais les paiements reçus par les ASCs ne reflétaient pas leurs coûts de production.

Ce système tarifaire aurait contribué à un développement jugé trop important des ASCs. Il a donc été modifié en 2008 par *Medicare*, et les ASCs ont eu quatre ans (2007-2011) pour s'y adapter.

Deux grilles tarifaires coexistent actuellement dans les ASCs ; le classement d'une intervention réalisée dans l'une ou l'autre dépend de la possibilité de réalisation de l'acte dans un cabinet médical.

Pour les procédures non susceptibles d'être réalisées en cabinet médical

Chaque séjour est désormais classé dans la même grille APC (*Ambulatory Payment Classification*)¹⁰¹ que celle utilisée pour les hôpitaux¹⁰².

Les 201 codes APC utilisés pour l'établissement hospitalier s'appliquent également, mais le tarif de conversion pratiqué est plus faible (42,63 \$ US en 2012). Les tarifs sont actualisés en utilisant l'indice des prix à la consommation des ménages urbains (dans lequel l'évolution du prix du secteur immobilier compte pour 42 %). Le tarif est également ajusté pour tenir compte des différences géographiques en termes de salaires et de coûts. Il est réévalué chaque année.

Le tarif des hôpitaux est donc de 1,65 fois celui des ASCs en 2012. Pour *Medicare*, la différence entre les ASCs et les hôpitaux est expliquée par (97) :

- la volonté de maintenir l'enveloppe globale allouée au financement des ASCs identique à ce qu'elle était avant la modification du système tarifaire en 2008 ;
- une différence dans les coefficients de revalorisation des tarifs (prix à la consommation des ménages urbains pour les ASCs et tarif des biens et services achetés par l'établissement hospitalier pour les hôpitaux) qui n'évoluent pas nécessairement au même rythme ;
- les populations prises en charge dans les ASCs sont différentes (patients ayant moins de comorbidités) de celles des hôpitaux. Par ailleurs, ces derniers ont des coûts supplémentaires liés au maintien d'une surcapacité pour accueillir les urgences ;

- le personnel des ASCs est spécialisé et l'environnement est spécifiquement adapté ;
- d'après une étude de la Rand (98), le temps d'intervention est 40 % plus faible dans les ASCs.

Pour les procédures susceptibles d'être réalisées en cabinet médical

Pour les procédures pouvant également être réalisées en cabinet médical¹⁰³, le système tarifaire est calqué sur celui des cabinets médicaux (i.e. *Medicare Physician Fee Schedule* – MPFS). Toutefois, le coefficient d'intensité pour frais professionnels est plus faible que celui des cabinets médicaux et l'on rajoute un paiement pour les installations (*facility payment*).

Paiement en \$ = (coefficient d'intensité en travail + coefficient d'intensité en frais professionnels + coefficient pour fautes professionnelles) X coefficient de conversion + paiement pour les installations.

Les tarifs hors installation sont plafonnés au niveau de ceux pratiqués dans les cabinets. Mais lorsque l'on y ajoute le paiement pour les structures, le tarif de l'ASC est souvent plus élevé que celui des actes pratiqués en cabinet.

Une même intervention chirurgicale est donc susceptible d'être rémunérée avec trois tarifs différents, en fonction de la structure qui la réalise. Aux États-Unis, cela a fait émerger la question de savoir si le paiement d'une même intervention doit être le même, quelle que soit la structure de prise en charge, et si le prix doit devenir unique, en le calant sur le producteur le plus efficient. La notion d'efficacité renvoie au coût moindre, mais également à la nature de la prestation proposée et donc à la nature des soins fournis, notamment dans les ASCs.

Pour autant, cette analyse de l'efficacité relative des producteurs n'est actuellement pas possible à mettre en œuvre car les CMS ne demandent pas aux ASCs de collecter, rapporter et valider les coûts, ni de renseigner les données sur la qualité des soins (ces informations ne seront collectées qu'à partir d'octobre 2012) permettant de lier la consommation de ressources au résultat clinique (99).

101. Avant 2008, les ASCs classaient les interventions dans seulement neuf groupes de paiement dont le tarif variait entre 333 et 1 339 \$ (96).

102. L'utilisation de la même échelle est cohérente avec les recommandations 2004 de la *Medicare Payment Advisory Commission* qui recommandait d'aligner les poids relatifs des interventions entre les ASCs et les hôpitaux.

103. En pratique, il s'agit des actes dont au moins 50 % sont réalisés dans les cabinets des médecins.

Reste à charge pour les patients

Les ASCs facturent aux patients ou à leur assurance un forfait technique qui permet de financer ces coûts. Le chirurgien facture séparément sa prestation au patient ou à son assurance (89). La prise en charge par *Medicare* se fait à hauteur de 80 % du tarif, le reste (20 %) étant à la charge du patient (co-paiement).

Les hôpitaux reçoivent 70 % du co-paiement par *Medicare* dû par le patient si celui-ci ne peut pas payer, alors que les ASCs ne reçoivent aucun remboursement de la part de *Medicare* en cas d'impayé de la part patient (97).

► Coûts comparés

La mise en avant de l'intérêt économique des ASCs repose sur l'idée qu'une spécialisation forte de l'activité chirurgicale sur un petit nombre de procédures permet de structurer l'activité en unités dédiées, ce qui permet d'augmenter les volumes (économies d'échelle) et la productivité (95), en accroissant les taux d'utilisation des capacités productives. La conséquence est une diminution des coûts unitaires de production, et donc des prix facturés, qui bénéficie au financeur mais également au patient (diminution du reste à charge).

En 2006, le *Government Accounting Office* (GAO) avait mené une étude portant sur les 20 interventions les plus fréquentes pratiquées en ambulatoire pour les patients de *Medicare*. Celle-ci confirme que les coûts médians¹⁰⁴ de celles pratiquées en ASC étaient substantiellement plus faibles que celles pratiquées dans les établissements hospitaliers (100). Par ailleurs, les coûts étaient plus concentrés autour de la médiane pour les ASCs (45 % des procédures dans la médiane +/- 0,1 point) que dans les hôpitaux (33 % des procédures dans la médiane +/- 0,1 point).

► Qualité des soins des ASCs versus hôpitaux ou cabinet médicaux pour la chirurgie ambulatoire

La différence de qualité des soins entre les hôpitaux et/ou les cabinets médicaux versus les ASCs a été analysée dans trois études :

- Vila *et al.* (101) avaient réalisé une étude en Floride sur la période 2000-2002, à partir de données admi-

nistratives visant à évaluer la différence de qualité entre les actes chirurgicaux réalisés en cabinet (141 404 sur la période) par rapport aux ASCs (2316 249 sur la période). L'indicateur de qualité était évalué par le taux d'événements indésirables et le taux de décès pour 100 000 :

- le nombre d'événements indésirables était de 93 en cabinet et de 123 en ASC, soit un taux pour 100 000 de 65,8 en cabinet contre seulement 5,3 en ASC. Le risque relatif était donc de 12,4 [9,5-16,2 ; IC 95 %] entre les deux modes de prise en charge en défaveur des cabinets,
- le taux de décès était de 9,2 pour 100 000 en cabinet [13] contre 0,8 dans les ASCs [18], soit un risque relatif de 11,8 [5,8-24,1 ; IC 95 %] entre les deux modes de prise en charge.

Cette étude ne portait que sur un État américain et pour une période restreinte, elle évaluait la qualité de la prise en charge à travers des indicateurs globaux (survenues d'événements indésirables, mortalité) sans être en mesure d'associer sans ambiguïté la survenue de l'événement au type de prise en charge. Elle évoquait par ailleurs le fait que les patients les plus complexes ne pouvaient pas réglementairement être pris en charge en cabinet. Aucune analyse statistique n'avait été possible concernant l'accréditation des chirurgiens ou des cabinets et la présence d'un anesthésiste. Les auteurs signalaient par ailleurs que les résultats déjà publiés sur la même thématique étaient contrastés, ce qui illustre selon eux la difficulté pour obtenir et comparer ces informations ;

- Fleisher *et al.* (102) avaient publié une étude sur la période 1994-1999 sur un échantillon représentatif (5 %) au niveau national de patients *Medicare*. Les auteurs avaient recensé les taux d'événements indésirables survenus à la suite de l'intervention chirurgicale (décès, visite aux urgences, réadmission) en les distinguant par type de structures, pour 16 procédures.

Cinq cent soixante-quatre mille deux cent soixante-sept procédures ont été étudiées, dont 360 780 (64 %) pratiquées à l'hôpital, 175 288 (31 %) pratiquées en ASC et 28 199 (5 %) pratiquées dans un cabinet médical. Les taux pour 100 000 sont

104. Le coût médian était à l'indice 0,39 pour les ASCs et 1,04 pour les hôpitaux, l'indice 1 correspondant au coût médian de l'intervention, tous types de prise en charge confondus.

présentés dans le Tableau 5. Ils montraient que quel que soit l'indicateur retenu (décès, visites aux urgences, réadmissions), les événements indési-

rables apparaissaient plus fréquemment à l'hôpital que pour les autres modes de prise en charge (ASC ou cabinet médical).

Tableau 5. Taux d'événements indésirables pour 100 000, pour 16 procédures différentes, par mode de prise en charge, des patients de Medicare, entre 1994 et 1999

Événement indésirable	Hôpital	ASC	Cabinet médical	Ensemble
Décès le jour de l'intervention	2,5	2,3	0,0	2,3
Décès 0 - 7 jours	6,2	3,1	4,4	5,1
Décès 8 - 30 jours	259,1	5,6	5,2	6,6
Visites aux urgences 0 - 7 jours	106,6	103,6	109,9	203,3
Visites aux urgences 8 - 30 jours	259,1	79,6	60,3	95,9
Réadmissions à 0 - 7 jours	432,7	91,3	226,3	316,3
Réadmissions à 8 - 30 jours	115,3	74,0	74,3	100,4
Nombre de procédures totales	360 780	175 288	28 199	564 267

Source : Fleisher 2004 (102).

Des modèles logistiques multivariés ont été testés séparément pour les décès, les visites et les réadmissions. Ils ont montré que la probabilité de décès sous sept jours était liée ($p < 0,05$) à l'âge supérieur à 85 ans [OR 2,3 ; IC 95 % 1,41-2,97], au genre féminin [OR 0,69 ; IC 95 % 0,51-0,93], au fait d'avoir eu une intervention à l'hôpital [OR 1,47 ; IC 95 % 1,00-2,16] et d'avoir eu une hospitalisation durant les deux trimestres précédant l'intervention [OR 1,44 ; IC 95 % 1,29-1,61].

L'Odds Ratio (OR, IC à 95 %) d'une réhospitalisation dans les sept jours suivant l'intervention était de 1,59 [1,4-1,81] pour les cabinets médicaux et de 2,66 [2,49-2,84] pour l'hôpital.

Les événements indésirables apparaissaient donc plus fréquemment lorsque l'intervention se déroulait à l'hôpital. Selon les auteurs, ces résultats devaient être interprétés avec précaution car :

- l'étude ne concernait qu'un échantillon relativement faible de patients de Medicare et les effectifs étaient très différents d'une procédure à l'autre,
 - le nombre d'événements indésirables était très variable d'une procédure à l'autre, le risque relatif (Odds Ratio, IC à 95 %) d'une visite aux urgences dans les sept jours après l'intervention était par exemple de 1,68 [1,49-1,88] pour une intervention du canal carpien et de 6,27 pour la pose d'une prothèse artérioveineuse [5,53-7,11],
 - il ne tenait qu'imparfaitement compte de l'état de santé des patients (âge, comorbidité, admission antérieure),
 - les patients traités à l'hôpital étaient plus souvent d'origine africaine ou hispanique et pouvaient avoir des difficultés d'accès aux soins,
- Chukmaitov *et al.* (103) avaient comparé la survenue d'événements indésirables dans les ASCs par

rapport aux hôpitaux sur la période 1997-2004 dans l'État de Floride pour 12 procédures et 7,6 millions d'interventions, en utilisant les données administratives sur les sorties de l'administration en Floride¹⁰⁵ et les statistiques sur la survie du Département de Santé de Floride. La survenue d'événements indésirables avait été évaluée par la mortalité à 7 et à 30 jours, ainsi que par les données concernant les réhospitalisations. L'étude avait montré :

- **pour la mortalité à 7 et à 30 jours**, il n'existait pas de différence significative entre les deux types de prise en charge pour 10 des 12 procédures étudiées. Seules les interventions de la cataracte et l'endoscopie gastro-intestinale faisaient apparaître un Odds Ratio de mortalité plus faible pour les ASCs (cataracte OR 30 jours 0,84 [IC : 0,73-0,98] ; endoscopie : OR 7 jours 0,66 [IC : 0,52-0,84], OR 30 jours 0,73 [0,64-0,84]),
- **pour les réhospitalisations**, les résultats étaient en faveur de l'hôpital pour sept des 12 procédures étudiées, après ajustement sur le risque pour le diagnostic principal et pour neuf des 12 procédures après ajustement sur le risque pour l'ensemble des diagnostics.

Chukmaitov *et al.* (103) avaient par ailleurs identifié dans la littérature certains éléments théoriques pouvant expliquer la qualité apparemment supérieure des soins délivrés par les ASCs :

- les médecins des ASCs pourraient sélectionner les patients en meilleure santé ou moins complexes,
- les ASCs réalisent un nombre limité de procédures. Ils ont alors une activité importante concernant ces procédures, et bénéficient d'effets d'échelle et d'apprentissage,
- les ASCs disposent généralement de techniques et d'équipements plus modernes, ont une meilleure coordination et communication entre les personnels et ont développé une organisation de leur activité centrée sur le patient.

À l'inverse, les unités de chirurgie ambulatoire des hôpitaux pourraient également générer des soins de meilleure qualité que les hôpitaux pour les raisons suivantes :

- les unités de chirurgie ambulatoire hospitalières bénéficient des équipements et des plateaux tech-

niques des hôpitaux, ainsi qu'à un accès rapide aux services d'urgence. Ils peuvent donc réaliser des interventions plus complexes ou plus risquées,

- les hôpitaux sont associés à des programmes qualité sur les procédures médicales, et la coordination avec les autres pôles de l'établissement.

► Sélection des patients

La question de la sélection des patients a beaucoup été abordée dans la littérature concernant les ASCs. Les établissements hospitaliers et l'*American Hospital Association* (AHA) évoquent souvent l'existence d'une sélection des patients par les ASCs (« *cherry picking* ») qui traiteraient en priorité les mieux assurés, ceux qui sont en meilleure santé et ne fourniraient que les services les plus profitables (notamment dans le domaine cardiovasculaire et l'orthopédie) (95).

Six études (22, 39, 104-107) ont confirmé que les patients accueillis dans les ASCs n'avaient pas les mêmes caractéristiques à divers titres que les patients fréquentant les établissements hospitaliers pour des interventions en ambulatoire :

- une étude de Winter sur des données 1999 (39) avait comparé la gravité des patients traités en ASC par rapport aux hôpitaux en se servant des scores de risques¹⁰⁶ de *Medicare* utilisés par les CMS. L'étude incluait 103 000 procédures réalisées par les ASCs et 244 000 procédures réalisées par les hôpitaux. Elle avait montré des scores de risques significativement plus élevés ($p < 0,01$) pour les interventions réalisées chez des patients pris en charge par l'hôpital, les différences dans les scores de risques allant de - 2 % pour la cataracte à - 36 % pour la chirurgie de la peau dans les ASCs ;
- en 2001, une étude de la Rand (104) avait confirmé ces résultats sur un échantillon de 5 % des bénéficiaires de *Medicare* et pour trois types d'interventions réalisées à la fois par les ASCs et les hôpitaux (chirurgie de la cataracte pour 77 294 patients, coloscopie pour 90 890 patients, IRM pour 40 497 patients). Une liste décrivait une vingtaine de caractéristiques des patients susceptibles de rendre les interventions plus complexes (ex. : âge supérieur à 85 ans,

105. Florida Agency for Health Care Administration (AHCA).

106. Le niveau de risque est évalué en fonction de l'âge, du sexe et du diagnostic. Le score de risque est comparé au niveau 1 qui représente le score moyen de risque des bénéficiaires de Medicare. L'analyse a été contrôlée sur le type de procédure pratiqué.

dépendance, démence, alcoolisme, comorbidités associées à l'intervention). Pour ces trois interventions considérées, les patients dont les interventions étaient réalisées à l'hôpital avaient significativement¹⁰⁷ plus de caractéristiques de complexité que les patients traités en ASC ;

- dans une étude rétrospective à partir des données de 2005 utilisant les bases de données sur la chirurgie ambulatoire en Floride, Strobe *et al.* (105) avaient comparé 1,14 million d'interventions réalisées dans les ASCs et 2,6 millions d'interventions pratiquées dans les hôpitaux et portant sur quatre interventions pratiquées en ambulatoire (endoscopies gastro intestinales, chirurgie de la cataracte, arthroscopie du genou, chirurgie urologique). Les auteurs montraient que l'accès aux ASCs était plus faible :

- pour les patients ayant un statut socio-économique¹⁰⁸ défavorisé (60 % des patients avaient recours à un ASC contre 64 à 67 % dans les autres groupes ; $p < 0,001$). L'accès à un ASC était majoré dans les groupes de statut social moyen OR de 1,23 (IC : 95 % : 1,21-1,25) à 1,36 (IC : 95 % : 1,35-1,38),
- pour les patients caucasiens ou d'origine africaine, l'accroissement du statut social avait pour conséquence un meilleur accès aux ASCs, mais pour les patients d'origine hispanique, cette relation était inversée (OR 0,84, IC : 95 % 0,78-0,91) ;

- d'après les données de la *Medicare Payment Advisory Commission*, les patients des ASCs (22) :

- étaient moins souvent des patients défavorisés relevant de *Medicaid* (14 % de patients *Medicare* dans les ASCs contre 23,1 % pour les hôpitaux en 2010),
- étaient moins souvent d'origine afro-américaine (6,8 % des patients de *Medicare* sont afro-américains dans les ASCs contre 10,4 % dans les hôpitaux pour 2010),
- étaient moins souvent très âgés (7,4 % des patients *Medicare* ont plus de 85 ans dans les ASCs contre 10,9 % dans les hôpitaux en 2010),
- étaient moins souvent des patients atteints de handicap (i.e. ceux qui ont moins de 65 ans mais relèvent de *Medicare*) : 14 % de patients handicapés, relevant de *Medicare* étaient retrouvés dans les ASCs contre 21,4 % dans les hôpitaux en 2010. Ces chiffres sont relativement stables d'une année sur l'autre ;

- l'étude rétrospective de Meyerhoefer *et al.* (106) portait sur quatre interventions (arthroscopie du genou, chirurgie de la hernie, coloscopie, chirurgie de la cataracte) réalisées en Floride sur la période 2004-2008, pour 4,051 millions d'assurés *Medicare* et ayant une assurance privée. Les auteurs avaient déterminé la probabilité qu'un patient soit traité en ASC ou à l'hôpital, en fonction du diagnostic et de la sévérité (nombre de diagnostics secondaires rapportés, âge et genre). Ils avaient montré que :

- la probabilité d'être pris en charge en ASC variait fortement d'une intervention à l'autre (de 24 % seulement pour la hernie à 89 % pour la cataracte),
- pour les patients à risque le plus élevé (i.e. entre le 76^e et le 100^e percentile de risque), il existait :
 - une sélection élevée pour les interventions de la hernie. Les patients ont 76 % ($p < 0,05$) moins de chance d'être traités en ASC s'ils sont de *Medicare* et 10 % ($p < 0,05$) de moins s'ils relèvent d'un assureur privé,
 - une sélection modérée pour l'arthroscopie du genou. Les patients ont 16 % ($p < 0,05$) moins de chance d'être traités en ASC s'ils bénéficient de *Medicare* et 10 % ($p < 0,05$) de moins s'ils relèvent d'un assureur privé,
 - une sélection modérée pour la coloscopie. Les patients ont 17,6 % ($p < 0,05$) moins de chance d'être traités en ASC s'ils bénéficient de *Medicare* et 5,03 % ($p < 0,05$) de moins s'ils relèvent d'un assureur privé,
 - une sélection faible pour la cataracte. Les patients ont 10 % ($p < 0,05$) moins de chance d'être traités en ASC s'ils bénéficient de *Medicare* et 11,9 % ($p < 0,05$) de moins s'ils relèvent d'un assureur privé.

La sélection était d'autant plus forte que les patients relevaient de *Medicare*, ce qui correspond en fait à un cumul d'effets en défaveur de la prise en charge en ASC, puisqu'à l'effet type d'assurance venait s'ajouter le fait que les patients *Medicare* sont âgés de plus de 65 ans.

Les auteurs signalaient que ces différences de risques avaient pour conséquence des différences de coût de prise en charge et concluaient que la différence de paiement entre les ASCs et les hôpitaux devait

107. Test de Fisher.

108. Approché par le revenu moyen, la valeur de l'immobilier, le niveau d'éducation, le taux de chômage mesurés à un niveau fin via le code postal d'habitation.

dépendre du niveau de risque des patients pris en charge (par exemple, en proposant une échelle de trois à quatre niveaux de risque pour les patients). L'absence de finesse de la grille tarifaire contribuerait à renforcer la sélection des patients à risque faible.

Pour les auteurs, un système de tarification idéal serait un système rémunérant au même tarif les ASCs et les hôpitaux pour un niveau donné de qualité, après ajustement pour les différences dans l'éventail de patients et du niveau de prise en charge financière des patients. Des niveaux de prise en charge plus élevés pourraient alors refléter des différences de qualité constatées. Le financement actuellement à l'œuvre, qui est un tarif proportionnel ASC – Hôpitaux avec un coefficient homogène de 65 % du tarif, peut donc se révéler inapproprié pour certains actes (106) ;

- dans une étude de 2011, Plotzke (107) avait cherché à valider l'hypothèse d'une sélection des procédures les plus profitables par les ASCs. À partir de la base de données NSAS qui inclut des patients *Medicare* ayant eu une chirurgie ambulatoire en 1994, 1996 et 2006 (n=86 000 procédures chirurgicales réalisées), les auteurs avaient calculé le taux de marge des interventions réalisées en calculant un ratio (tarif perçu par l'ASC/coût moyen estimé¹⁰⁹). La probabilité qu'une intervention chirurgicale profitable soit réalisée dans un ASC a été estimée à l'aide d'un modèle linéaire. Après ajustement sur le type de chirurgie pratiquée, les auteurs avaient trouvé qu'un accroissement de 10 % de la marge était associé à une augmentation de 1,2 à 1,4 point de la probabilité qu'un patient soit traité dans un ASC.

► Concurrence avec les hôpitaux

Les ASCs entrant en compétition avec les hôpitaux, cela incite ces derniers à réaliser des gains de productivité, afin de maintenir leurs parts de marché. Les ASCs sont ainsi considérés comme favorisant une « saine » concurrence par les autorités fédérales antitrusts (108).

Pour autant, la concurrence instaurée par les ASCs est souvent considérée par les hôpitaux comme déloyale pour plusieurs raisons d'après les auteurs :

- Dummit (109) pense que les hôpitaux généraux peuvent ne pas être en mesure d'améliorer leur efficacité sur l'ensemble de leur gamme de services qui par définition est plus large que celle des ASCs. Leur organisation est donc structurellement plus « versatile » car elle doit être capable de s'adapter à une production multiple de services non forcément reliés entre eux. Ils peuvent être également amenés à fonctionner en surcapacité afin d'être en mesure de faire face aux besoins de soins en urgence ou d'absorber les variations saisonnières de l'activité ;
- pour Carey (108), les ASCs sélectionneraient¹¹⁰ les patients et les services dont la prise en charge apparaît la plus rentable, laissant les autres services ou patients aux établissements hospitaliers. Cette hypothèse serait confirmée par les caractéristiques des patients pris en charge dans les ASCs (*cf. infra*) ;
- selon Carey (108), les hôpitaux ne pouvant plus traiter les patients pour lesquels ils réalisaient une marge positive par rapport au financement octroyé, ne peuvent plus faire du subventionnement croisé avec des activités non rentables, notamment la prise en charge des personnes non assurées, ce qui les conduirait à être structurellement en déficit ;
- néanmoins, d'après Meyerhoefer (106), les hôpitaux pourraient réaliser des économies de gamme, ce que ne peuvent pas faire les ASCs. Les patients les plus sévères ne peuvent être traités qu'à l'hôpital en raison de la disponibilité de services auxiliaires et de soins d'urgence ;
- les médecins sont autorisés à adresser des patients de *Medicare* et *Medicaid* vers des ASCs pour lesquels, en tant que détenteurs de parts sociales, ils ont des intérêts financiers, ce qui engendrerait des conflits d'intérêts pouvant conduire à la réalisation de procédures chirurgicales non nécessaires (phénomène de demande induite) (108). L'une des justifications avancées pour cet adressage est le coût plus faible de la pratique en ASC (106) ;
- les ASCs se spécialisent sur les actes les plus attractifs pour les patients et les médecins, et non sur ceux qui sont les moins chers pour le financeur (108).

Sept études économétriques (108, 110-115) et une étude qualitative (95) par interviews avaient tenté

109. Comme les coûts moyens des ASCs ne sont pas connus par les CMS, les auteurs ont approximé le coût des ASCs par celui des coûts moyens des procédures dans les hôpitaux.

110. Par écrémage de cas, i.e. phénomène du *cream skinning*.

d'estimer l'impact des ASCs sur les établissements hospitaliers en utilisant des données macroéconomiques accessibles dans différentes bases de données. Elles sont présentées dans le Tableau 6. Leurs résultats sont résumés ci-après :

- **impact sur les volumes** : dans deux études (110, 114), la présence de centres indépendants ASCs diminuait, mais de manière modérée, l'activité ambulatoire des hôpitaux généraux (de l'ordre de - 4 %), et seulement lorsque les deux structures se situaient à proximité l'une de l'autre. Aucun effet sur l'activité d'hospitalisation classique des hôpitaux n'était observé ;
- **impact sur les résultats financiers** :
 - les données analysées n'avaient pas permis de montrer que les ASCs produisaient des soins de manière plus efficiente que les hôpitaux ; une

étude montrait même que les ASCs produisaient de manière moins efficiente (112),

- en revanche, la présence des ASCs semblait augmenter l'efficacité des hôpitaux en les incitant à diminuer leurs coûts de production (108, 111), ce qui contribuait à augmenter leurs marges (111) mais diminuait leurs revenus (108),
- l'entrée d'un nouvel ASC n'avait pas d'impact sur les marges des hôpitaux généraux (111), une interprétation pouvait être que les ASCs ne s'implantaient que dans les zones profitables, où les établissements hospitaliers réalisaient le plus de marges (notamment en zones urbaines) (115),
- il existait parfois des économies de gamme et un subventionnement croisé dans les hôpitaux généraux, grâce à la diversification entre activité ambulatoire et hospitalisation classique (112, 115).

Tableau 6. Études d'impact des ASCs sur l'activité et les parts de marché des hôpitaux

Auteur, date	Données analysées, méthodes	Résultats
Casalino, 2003 (95)	Objectif : analyse de l'impact des ASCs et hôpitaux de spécialité sur les pratiques et l'efficacité, 2000-2001 et 2002-2003. Données utilisées : étude rétrospective sur la base de visites de sites par le CTS¹¹¹ : interviews de directeurs d'établissements (n = 26) et de directeurs médicaux des hôpitaux (n = 39) dans 20 aires métropolitaines sélectionnées aléatoirement. Méthode : évaluation par scoring (échelle 1 à 5 ; 5 indiquant un accord fort).	Avantages des ASCs ou hôpitaux de spécialité : meilleur contrôle sur l'environnement de travail et planification médecins (4,5¹¹²), directeurs (3,7). Augmentation de l'efficacité : médecins (4,1), directeurs (3,0). Processus organisationnels favorisant la qualité ASC médecins (4,0), directeurs (2,4). Sélection patients : médecins (2,1), directeurs (3,5). Transfert de revenu vers les médecins : médecins (2,9), directeurs (3,7). Opinion des hôpitaux généraux Les médecins des hôpitaux généraux reconnaissent les performances des ASCs et des hôpitaux spécialisés, mais font état d'une sélection de patients rendant injustes les avantages compétitifs obtenus par les ASCs ou les hôpitaux de spécialité ; les résultats financiers se sont d'après eux dégradés dans les hôpitaux. Les centres spécialisés restent dépendants des hôpitaux en cas de problème.
Bian, 2007 (110)	Objectif : analyse de l'effet des ASCs sur les volumes ambulatoires des établissements hospitaliers. Données utilisées : étude rétrospective à partir des statistiques de l'American Hospital Association (AHA) et du Medicare Online Survey Certification and Reporting System (OSCAR) sur la période 1993-2001. Nombre d'ASCs pour 100 000 dans les zones urbaines (n = 317). Méthode : estimation par la méthode de régression basée sur la méthode des moindres carrés ordinaires.	L'augmentation des ASCs pour 100 000 est statistiquement associée à une baisse des interventions en ambulatoire pratiquées à l'hôpital (un ASC supplémentaire pour 100 000 réduisait en moyenne de 4,3 % par an les interventions ambulatoires à l'hôpital ; p < 0,01). Pas d'effet statistiquement significatif sur le nombre d'interventions pratiquées en hospitalisation complète.

111. Center for studying Health System Change's community tracking study.

112. Il s'agit du score obtenu auprès des personnes interrogées.

Auteur, date	Données analysées, méthodes	Résultats
Schneider, 2007 (111)	Objectif : analyse de l'effet des ASCs sur les performances financières des établissements hospitaliers, période 1997-2004. Données utilisées : étude rétrospective à partir des données financières obtenues via le <i>Medicare's Healthcare Cost Reporting Information System</i> (HCRIS) pour les hôpitaux de court séjours. 548 hôpitaux localisés dans un comté avec au moins un ASC. Méthode : modèle multivarié permettant d'expliquer le revenu, les coûts et la marge.	La présence d'un ASC avait un impact négatif sur les coûts (- 4,5 % par rapport à la situation sans ASC dans le secteur) (log-log $R^2 = 0,9$) et un impact positif sur les marges des hôpitaux généraux (translog $R^2 = 0,93$). L'entrée d'un nouvel ASC n'avait pas d'impact ni positif ni négatif sur les marges des hôpitaux généraux. La présence des ASCs semble augmenter l'efficacité des hôpitaux généraux.
Carey, 2008 (112)	Objectif : comparaison de coûts entre les hôpitaux de spécialité et les hôpitaux généraux. Données utilisées : données <i>Medicare Cost Reports</i> 1998-2004, données de l'<i>American Hospital Association</i> et données de sorties pour les hôpitaux de spécialité au Texas, en Californie et en Arizona. Méthode : estimation de la fonction de coût en utilisant une frontière stochastique de production.	Pas d'évidence sur les données analysées montrant que les hôpitaux de spécialité (score d'inefficacité 0,425 spécialité contre 0,274 hôpitaux généraux) fournissent des services de manière plus efficace que les hôpitaux (valeur du $t = 0,151$; $p < 0,01$). Les hôpitaux de spécialité semblent moins performants dans l'orthopédie et la chirurgie (valeur du $t = 0,197$; $p < 0,01$). Des économies de gamme sont enregistrées dans les hôpitaux généraux entre l'ambulatoire et l'hospitalisation complète.
Carey, 2009 (113)	Objectif : mesure de l'impact de l'entrée d'un hôpital de spécialité sur la gamme de services offerts par les hôpitaux généraux. Données utilisées : étude rétrospective, à partir des données de l'<i>American Hospital Association</i> 1997-2004, sur 10 États et 1 249 hôpitaux généraux, dont 309 en 1997 et 575 en 2004 en concurrence avec au moins un hôpital de spécialité. Méthode : régression logistique, l'unité d'observation est l'hôpital.	Les hôpitaux généraux ont réagi à l'introduction des hôpitaux de spécialité en engageant une compétition directe avec eux par extension de la gamme des services proposés et par accroissement de l'offre en technologies (IRM, PET, CT, échographies, lithotripteurs). L'introduction de service de chirurgie ambulatoire n'était pas corrélée à l'introduction des hôpitaux de spécialité.
Courtemanche, 2010 (114)	Objectif : analyse de l'effet des ASCs sur les volumes des établissements hospitaliers généraux. Données utilisées : données des <i>Centers for Medicare and Medicaid Services</i> (CMS) et des <i>Provider of Services</i> (POS) et données de l'<i>American Hospital Association</i> entre 1999 et 2004 et géocodage ; 2 243 hôpitaux moyenne 5 600 chirurgie ambulatoire et 3 600 interventions en hospitalisation classique par an. Méthode : régression du log du nombre d'interventions ambulatoires par rapport au nombre d'ASCs sur le marché.	Par rapport à la situation initiale, l'entrée des ASCs a globalement un impact négatif sur l'activité des hôpitaux généraux (- 2,7 % à - 3,2 %, $p < 0,001$), mais cet effet n'est enregistré que lorsque ceux-ci sont distants de seulement quelques kilomètres. La réduction de volume apparaît limitée (2 à 4 % en fonction des sites) et n'a pas d'impact significatif sur les volumes en hospitalisation complète.
Gregg, 2010 (115)	Objectif : effet des ASCs sur les marges des hôpitaux ruraux. Données utilisées : étude rétrospective sur les caractéristiques du marché des ASCs entre 1997 et 2006 ; données de l'<i>American Hospital Association</i>, du <i>Medicare Online Survey Certification and Reporting System</i> (OSCAR), <i>Medicare's Healthcare Cost Reporting Information System</i> (HCRIS). Hôpitaux ruraux (d'après le Département de l'Agriculture). Méthode : modèle de régression utilisant la fonction XTIVREG de Stata.	Les hôpitaux ruraux dont l'ASC le plus proche était situé à moins d'un mile avaient en moyenne des marges par patient et des marges totales plus élevées ($p < 0,05$). Les hôpitaux situés entre 1 et 50 miles d'un ASC avaient des marges plus faibles voire négatives ($p = 0,05$). La proximité d'un ASC rendrait donc l'hôpital plus profitable, néanmoins les auteurs signalaient que des accords (<i>joint ventures</i>) étaient conclus avec les ASCs pour les interventions chirurgicales, ce qui les rendait plus profitables. La puissance de l'étude était limitée car 453 ASCs seulement se situaient en zone rurale contre 4 201 en zone urbaine.

Auteur, date	Données analysées, méthodes	Résultats
Carey, 2011 (108)	Objectif : effet des ASCs sur les revenus, les coûts et les marges des hôpitaux. Données utilisées : 49 marchés régionaux de santé (<i>Hospital Reference Regions</i>)¹¹³ couvrant trois États (Arizona, Californie et Texas) ; données des CMS et bases de données de l' <i>American Hospital Association Annual Survey Database</i> (AHA). Méthode : trois modèles de régression¹¹⁴ ont été estimés pour trois variables dépendantes : le revenu net par patient, le total des dépenses de l'hôpital, la marge.	Le nombre moyen d'ASCs intervenant (sur une ou deux années) dans la région étudiée avait plus que doublé, passant de 14,6 en 1997 à 33,1 en 2004. Le nombre d'ASCs était significativement négativement corrélé avec les revenus des hôpitaux et les coûts ($p < 0,01$). Chaque ASC supplémentaire diminuait le revenu des établissements hospitaliers de 293 000 \$, le coût de 190 000 \$ et la marge de 0,08 %. La variation du nombre global d'hôpitaux présents dans la zone n'avait pas d'impact sur les revenus et les coûts. Cependant, le nombre d'hôpitaux spécialisés dans l'orthopédie et la chirurgie était positivement associé aux revenus et aux coûts ; alors que le nombre d'entrants ayant une activité cardiaque l'était négativement. La croissance de la population locale n'était pas reliée avec les revenus ou les coûts.

2.5.3 Les *Independent Sector Treatment Centres* britanniques (ISTCs)

Au Royaume-Uni, les centres indépendants de chirurgie ambulatoire se sont développés à la faveur de la création des centres de traitements indépendants dits « ISTCs » (*Independent Sector Treatment Centres*).

Les soins proposés par les différents ISTCs couvrent plusieurs spécialités (principalement l'ophtalmologie et l'orthopédie). Ils concernent les consultations externes, les actes de diagnostic et la chirurgie ambulatoire. Il s'agit d'organismes privés commerciaux ou appartenant au NHS qui pratiquent une chirurgie programmée, dont les procédures sont standardisées. Leur localisation se situe en dehors des établissements hospitaliers.

La création des ISTCs s'est déroulée en plusieurs vagues :

- le premier centre a vu le jour en 1999 au *Central Middlesex Hospital*. Quinze autres centres ont ensuite été ouverts ;
- un programme national a été annoncé en 2002 (116), permettant de créer dès 2003 25 ISTCs fixes et deux mobiles ;

- 48 centres appartenant au NHS (*NHS Treatment Centres*) se sont également développés au début des années 2000 (117) ;
- une deuxième vague de création a eu lieu en 2007 (avec création de 10 nouveaux ISTCs).

Au niveau de leur activité, fin 2007, les ISTCs pratiquaient 4 % des opérations de la cataracte, 7 % des opérations de la hanche et 9 % des arthroscopies réalisées au Royaume-Uni (117).

L'objectif initial poursuivi par le NHS à travers le développement des ISTCs était d'augmenter les capacités de production des soins et de réduire ainsi les listes d'attente. Il était également d'offrir plus de choix aux patients, ainsi que d'augmenter la productivité, en offrant des modèles innovants de prise en charge, et en favorisant la meilleure pratique¹¹⁵ (54, 118). L'objectif était enfin d'introduire de la concurrence avec les hôpitaux relevant du NHS (117).

Par ailleurs, ces centres prenant en charge les interventions de chirurgie programmée réputées les moins risquées en ophtalmologie, orthopédie et chirurgie ambulatoire, le postulat du NHS était que la séparation entre

113. Marché régional hospitalier défini dans le *Dartmouth Atlas of Health Care*. Il existe aux États-Unis 306 *Hospital Reference Regions* (HRRs). Les régions ont été définies en fonction des établissements où sont orientés les patients devant subir des interventions chirurgicales majeures en cas de problèmes cardiovasculaires et pour la neurochirurgie.

114. Modèles de panels pour les données longitudinales.

115. Entendue ici comme l'utilisation d'unités mobiles pour favoriser l'accès aux soins des patients dans certaines zones, l'organisation de la structure autour du flux de patients, la rationalisation de l'approvisionnement en prothèses en limitant l'étendue des gammes, l'utilisation de l'anesthésie locale plutôt que générale pour réduire le temps d'attente des patients, l'amélioration de la conservation et le recyclage des produits sanguins, *fast-track*.

les interventions chirurgicales pratiquées en urgence et les interventions planifiées permettrait de réduire les délais d'attente pour ces dernières (117).

► Financement et tarification

Le financement des ISTCs repose sur un contrat de cinq ans négocié avec le Département de la Santé britannique :

- le prix des interventions se base sur les tarifs nationaux par groupes HRGs du NHS, accompagné d'un supplément (de 11,2% en moyenne), afin d'inciter les opérateurs à entrer sur ce marché et leur permettant de couvrir leurs coûts d'installation (117, 119) ;
- le contrat prévoyait également une garantie de paiement (système appelé « *Take or pay* ») permettant à l'ISTC d'atteindre un certain niveau de rémunération permettant de couvrir les coûts fixes de la structure¹¹⁶, indépendamment du nombre de procédures réalisées (116).

► Évaluation de la phase initiale du dispositif ISTCs

En 2006, la *House of Commons Health Committee* (116) avait publié un rapport d'évaluation de la première phase de mise en place des ISTCs. Ce rapport reposait sur des auditions de professionnels de santé, d'experts en politique de santé et sur une visite de trois centres.

Le résultat de cette évaluation était très nuancé quant à l'atteinte des objectifs des ISTCs. En particulier, il était souligné :

- que les ISTCs n'avaient pas apporté de contribution directe aux capacités de production du NHS ;
- que l'implantation des ISTCs n'était souvent pas appropriée, notamment concernant les zones en tension sur l'offre ;
- que les listes d'attente avaient diminué, mais que cet effet n'était pas globalement attribuable aux ISTCs ;

- que les ISTCs avaient augmenté le choix des patients, mais qu'en l'absence d'informations sur la qualité, les patients n'étaient pas en mesure de faire un choix éclairé ;
- que les ISTCs étaient facturés à un prix inférieur, ce qui avait contribué à faire diminuer le coût des soins payé par le NHS.

Le rapport recommandait que des données standardisées sur la qualité soient publiées. En réponse, l'audit *Patient Outcomes in Surgery* (POS) fut établi afin de comparer les caractéristiques des patients et les résultats ajustés au case mix rapportés pour ces patients. Le POS élaborait une étude pilote examinant la faisabilité d'une collecte en routine des données de résultat (*Patient Reported Outcome Measures* ou PROM).

► Complexité des cas traités dans les ISTCs et performance de la prise en charge

Les ISTCs prennent en charge des patients moins complexes que les établissements hospitaliers. Trois études (54, 119, 120) avaient cherché à évaluer cette complexité, deux études conduites dans le cadre du POS l'avaient associée aux résultats de santé :

- une première étude pilote du programme POS avait été conduite pour la période 2006-2007 et portait sur 769 patients traités dans six ISTCs et 1895 patients dans 20 hôpitaux du NHS¹¹⁷ (54), pour quatre procédures chirurgicales (hernie inguinale, opération des varices, cataracte, prothèse du genou ou de la hanche). Elle avait montré :
- que les patients traités en ISTCs étaient en meilleure santé, avaient moins de comorbidités et étaient plus jeunes que les patients traités dans les établissements hospitaliers¹¹⁸,
- qu'après ajustement sur les caractéristiques préopératoires, le résultat de santé des ISTCs, mesuré par deux échelles (VF14¹¹⁹ et EQ-5D¹²⁰) était plus favorable aux ISTCs pour la cataracte (VF14 : 2,6 points

116. Le montant total des paiements attribués aux ISTCs était de 1,4 milliard de £ par an (117).

117. Recrutés par les personnels au fur et à mesure de l'admission.

118. Cataracte : comorbidités NHS = 78,8% des patients, ISTCs = 71,4% ; mauvaise santé NHS = 22,3%, ISTCs = 16,4% ; hernie : comorbidités NHS = 49,1% des patients, ISTCs = 39,1% ; mauvaise santé NHS = 8,1%, ISTCs = 5,8% ; varice : comorbidités NHS = 59,5% des patients, ISTCs = 57,2% ; mauvaise santé NHS = 10,2%, ISTCs = 5,7% ; prothèse hanche : comorbidités NHS = 86,2% des patients, ISTCs = 80,4% ; mauvaise santé NHS = 21,5%, ISTCs = 14,9% ; prothèse genou : comorbidités NHS = 86,7% des patients, ISTCs = 80,7% ; mauvaise santé NHS = 21,7%, ISTCs = 11,5%.

119. Il s'agit d'une échelle de vision fonctionnelle spécifique aux pathologies ophtalmologiques.

120. EuroQol-5D : échelle générique normalisée pour l'usage comme mesure de résultats de santé. Applicable à un éventail d'états de santé et de traitements, elle fournit un profil descriptif simple et une valeur d'index simple pour l'état de santé.

sur une échelle de 100 points, $p = 0,005$; EQ-5D : 0,03 point sur une échelle de 0 à 1, $p = 0,01$), et la chirurgie de la hanche (OHS¹²¹ : 2,4 points sur une échelle de 70, $p = 0,03$; EQ-5D : 0,06 point, $p = 0,03$). Les patients traités dans les ISTCs avaient moins de complications que les patients du NHS, en particulier concernant la cataracte ($p = 0,004$), la chirurgie de la hernie ($p < 0,001$) et du genou ($p < 0,001$),

- cette étude pilote souffrait de nombreux biais méthodologiques soulignés par les auteurs : le nombre d'ISTCs participants était limité et difficilement généralisable. Les ajustements pour les différences de *case mix* étaient limités ;

■ une deuxième étude POS plus étendue avait donc été menée par la même équipe¹²² en 2008-2009 (120) sur 25 ISTCs et 72 hôpitaux du NHS. Elle concernait :

- pour les opérations de la hanche, 5 671 patients dans les ISTCs et 14 292 patients du NHS,
- pour les hernies inguinales, 640 patients ISTCs et 2 023 NHS,
- pour les varices, 248 patients ISTCs et 1 336 NHS.

Cette étude avait confirmé que :

- les patients traités en ISTCs présentaient un état de santé moins dégradé que les patients pris en charge dans les hôpitaux du NHS¹²³,
- les patients NHS, après ajustement au *case mix*, enregistraient un moins bon résultat de santé - 1,7 point sur l'OHS (IC 95 %, - 2,5 à - 0,9) et - 0,9 point sur l'Oxford Knee Score (IC 95 %, - 1,6 à - 0,2) ; ils présentaient plus souvent des complications Odds Ratio de 1,3 (IC 95 % : 1,1 à 1,5) pour la hanche et 1,4 (IC 95 % : 1,2 à 1,6) pour le genou. En revanche, il n'existait pas de différence dans le résultat après la chirurgie de la hernie et les opérations des varices.

Les auteurs de l'étude POS concluaient que les patients traités dans les ISTCs étaient en meilleur

état de santé que les patients du NHS. Une fois ajusté au *case mix*, il existait peu de différences dans les résultats de santé observés entre les deux types d'organisations ;

- Mason *et al.* (119) avaient quant à eux exploité les données 2007-2008 issues de l'*Hospital Episode Statistics* (HES). Il existait 6,97 millions de patients traités dans des établissements hospitaliers du NHS contre 93 457 patients seulement dans les ISTCs. Pour les 30 HRGs codés les plus fréquemment, les patients ISTCs :

- avaient significativement ($p < 0,01$) moins de diagnostics associés (WMD¹²⁴ - 0,59 ; IC 99 % [- 0,79 à - 0,39]),
- combinaient moins de procédures (WMD - 0,66, IC 99 % [- 0,81 à - 0,51]) et venaient de zones plus défavorisées que les patients ISTCs (WMD - 1,56 %, IC 99 % [- 2,21 % à - 0,92 %]).

L'une des limites de l'étude était la forte incertitude concernant les patients traités dans les ISTCs, puisque 36 % d'entre eux n'avaient pas fait l'objet d'un codage HRGs, contre moins de 1 % pour les patients du NHS.

Plus généralement, pour Pollock *et al.* (118, 121), le Département de la Santé britannique ne parvenait pas à collecter des données fiables permettant d'évaluer l'activité des ISTCs, et notamment de mettre en relation l'état de santé obtenu et avec les tarifs pratiqués. La qualité et la performance des ISTCs demeuraient donc inconnues.

Pour Mason *et al.* (119), la tarification HRGs avec supplément pour les ISTCs ne se justifiait pas puisque les patients étaient moins complexes que ceux traités dans les hôpitaux du NHS. Les auteurs recommandaient donc d'améliorer la classification des HRGs de manière à mieux distinguer la complexité des patients et de la prendre en compte dans les grilles tarifaires.

121. Oxford Hip Score.

122. Les auteurs appartenaient au Royal College of Surgeons et à la London School of Hygiene and Tropical Medicine.

123. Avant la chirurgie, les patients NHS devant subir une opération de la hanche avaient un hip score 1,7 point inférieur, un score EQ 5D 0,03 point inférieur ; pour le remplacement du genou le knee score était inférieur de 0,9 point et le EQ-5D de 0,02 point ; pour la hernie inguinale, les patients NHS étaient plus âgés, vivaient dans des zones économiquement défavorisées et avaient plus de comorbidités ; pas de différence pour les patients devant subir une opération des varices.

124. Weighted Mean Difference ou différence moyenne pondérée – DMP, cet indicateur est souvent utilisé dans les méta-analyses. En mettant en commun les résultats individuels d'études dans une méta-analyse, une pondération statistique peut être attribuée aux résultats des études incluses. En attribuant ce facteur de pondération, il est possible d'attribuer dans l'analyse plus de poids aux études réalisées auprès de populations numériquement plus importantes ou de meilleure qualité méthodologique. La différence moyenne pondérée est le résultat d'une méta-analyse incluant des études dont les résultats sont exprimés en variables continues (rapportées avec moyenne et écart type) pondérées et mises en commun.

2.5.4 Les centres indépendants en Allemagne

La chirurgie ambulatoire pratiquée dans les hôpitaux ne s'est développée que tardivement en Allemagne (21)¹²⁵ car ces derniers n'étaient pas autorisés à la pratiquer jusqu'en 1993.

En revanche, du fait d'une séparation forte entre le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier, les chirurgiens (principalement en ophtalmologie et en orthopédie) avaient développé de longue date une activité chirurgicale ambulatoire dans leurs cabinets. Ils y ont été encouragés, dans les années 1980, par une évolution système tarifaire leur permettant de couvrir leurs coûts additionnels (équipement, personnel, anesthésie). Le renforcement des conditions de sécurité et la réglementation depuis 1993 ont conduit à une diminution des pratiques en cabinet au profit de centres indépendants (46).

Aujourd'hui, la chirurgie ambulatoire en Allemagne est très majoritairement pratiquée dans ces centres indépendants initialement créés à l'initiative de médecins spécialistes. Leur appellation est variable (« *day clinics* », « *praxis clinics* », « *surgical centers* ») ainsi que leur taille ; le centre le plus important ayant réalisé, pour la seule année 2006, 8500 interventions chirurgicales dans cinq salles d'opération (46).

Au total, 69 % de l'activité de chirurgie ambulatoire serait réalisée dans ces centres indépendants contre seulement 31 % dans les établissements hospitaliers (45, 46). Ces centres doivent répondre aux mêmes exigences organisationnelles et structurelles que les hôpitaux.

Le catalogue des opérations chirurgicales réalisables en ambulatoire est négocié entre les hôpitaux, les médecins spécialistes de ville et les caisses d'assurance maladie. Il comprend plus de 2000 procédures¹²⁶. Ce catalogue distingue :

- les interventions de chirurgie ambulatoire qui devraient être habituellement pratiquées en centres indépendants ;
- les interventions qui peuvent être pratiquées en centres indépendants ou dans les établissements hospitaliers.

Il existe un débat en Allemagne concernant la frontière entre ces deux types de procédures, notamment parce

que certains actes pourraient continuer à être pratiqués en établissements hospitaliers, alors qu'ils seraient potentiellement réalisables en centres indépendants.

2.5.5 Les centres indépendants en France

► Historique

En France, le premier centre indépendant a été créé en 1980, à Strasbourg, par le chirurgien Guy Foucher (122) pour la chirurgie orthopédique des membres supérieurs, en dehors de tout cadre juridique. En 1984, une convention est signée avec la Caisse régionale d'assurance maladie. L'accord est ensuite appliqué aux quelques établissements de ce type créés par la suite, à savoir le centre d'Angers, spécialisé dans la chirurgie de la main et celui de Saint-Jean-de-Luz, spécialisé en ophtalmologie. Il s'agissait de structures alternatives à l'hospitalisation en dehors des établissements de santé publics et privés qui pratiquaient une activité ambulatoire exclusive et ne disposaient pas de lits d'hospitalisation, mais d'une convention de repli pour adresser leurs malades à un établissement avec hospitalisation, en cas de besoin.

D'autres centres se sont ensuite développés, toujours axés sur des créneaux étroits d'activité chirurgicale : la chirurgie de la main pour SOS Main à Strasbourg et Angers, l'ophtalmologie à Nice et Saint-Jean-de-Luz, la gastro-entérologie à Marseille et à Reims. Ces centres disposaient de véritables plateaux techniques. Totale-ment détachés d'un établissement de soins, ils avaient un fonctionnement autonome et sont le fruit d'initiatives privées. On en dénombrait une trentaine en 1991 (122).

Au niveau tarifaire, la signature de l'accord permettait à ces trois établissements de percevoir une indemnité compensatrice d'une valeur égale à celle du FSO (forfait de salle d'opération). La faiblesse de l'indemnité rendait difficile la réalisation de projet d'investissement. Ce type d'accord est resté exceptionnel (122).

Ces structures indépendantes hors établissement de santé avec hébergement n'existent aujourd'hui en France que dans le cas où leur création résulte d'établissements de santé qui ont fait disparaître leur capacité d'hébergement tout en gardant leur entité juridique (11, 84).

125. Cf. chapitre 14, Geissler *et al.* *Germany: understanding G-DRGs consequences* (21).

126. Document à paraître : Quentin Wilm, *Hit Germany, European Observatory on Health Systems and Policy*.

À partir d'une interrogation du Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS), la HAS a recensé en 2012, sur un total de 1 082 établissements de santé avec activité de chirurgie, environ cinq établissements réalisant exclusivement des séjours de chirurgie en ambulatoire, sans autre activité. Leurs caractéristiques sont présentées dans le tableau 7.

En 2012-2013, il n'existe pas de spécificité tarifaire pour les centres indépendants autorisés, qui sont tarifés de la même manière que les établissements hospitaliers privés ex-OQN.

► Évolution récente

Considérant que le développement et l'expérimentation de sites de chirurgie ambulatoire isolés géographiquement d'un centre de réalisation de la chirurgie en hospitalisation classique était une piste pour assurer le développement de la chirurgie ambulatoire, l'Agence régionale de santé d'Île de France a pris un arrêté en 2012 – n° 12-111 – (123) permettant l'ouverture d'une fenêtre dérogatoire (à titre exceptionnel et dans l'intérêt de la santé publique) pour la création de centres indépendants de chirurgie ambulatoire, à hauteur d'une à deux implantations sur la région Île de France par transfert géographique, regroupement ou conversion, le nombre d'autorisations de chirurgie devant rester constant sur la région.

Dans cet arrêté, un centre indépendant de chirurgie ambulatoire est défini comme une structure géographiquement indépendante, possédant en propre l'ensemble des moyens matériels et humains exigés pour la pratique ambulatoire. Il s'agit d'une structure de chirurgie ambulatoire totalement détachée d'un établissement de soins classique et devant répondre aux conditions de fonctionnement prévues aux articles D6124-301 et suivants du Code de la santé publique concernant les structures de soins alternatives à l'hospitalisation, à savoir :

- les prestations délivrées équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet ; en particulier, le secteur opératoire du centre indépendant doit posséder un secteur opératoire conforme aux caractéristiques fixées par l'arrêté

du 7 janvier 1993 relatif aux caractéristiques du secteur opératoire mentionné à l'article D. 712-31 du Code de la santé publique pour les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire visées à l'article R. 712-2-1 du CSP ;

- ces structures doivent être aisément identifiables par leurs usagers et font l'objet d'une organisation spécifique. Elles sont organisées en une ou plusieurs unités de soins individualisées et disposent de moyens dédiés en locaux et en matériel ;
- elles disposent également d'une équipe médicale et paramédicale dont les fonctions et les tâches sont définies par la charte de fonctionnement prévue à l'article D. 6124-305 et dont tous les membres sont formés à la prise en charge à temps partiel ou à celle d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires ;
- les membres de l'équipe n'intervenant pas à titre principal en secteur opératoire sont affectés à la seule structure d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires pendant la durée des prises en charge ;
- les unités garantissent l'accessibilité et la circulation d'un patient couché, appareillé et accompagné. Les conditions d'accès de ces unités aux divers éléments du plateau technique sont organisées de manière à limiter le plus possible les déplacements des patients.

Le cahier des charges de l'ARS précise que ces structures, géographiquement indépendantes, peuvent :

- appartenir à la même entité juridique qu'un établissement de santé ;
- être un établissement de santé juridiquement indépendant.

Tableau 7. Unités de chirurgie ambulatoire et centres d'endoscopies ambulatoires indépendants répertoriés en France – Places et activité

Nom de l'établissement et département	Activités*
Clinique Mozart, Nice (dépt. 06) – 10 places	Ophthalmologie, phlébologie, gynécologie, gastro-entérologie, chirurgie générale : hernie inguinale, chirurgie de la main, chirurgie dermatologique, chirurgie stomatologique, chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, chirurgie ORL
Centre de chirurgie ambulatoire des Hauts d'Avignon, Les Angles (dépt. 30) – 15 places	Dermatologie, chirurgie esthétique ou plastique, gastro-entérologie, gynécologie, implantologie dentaire, orthopédie, ORL
Centre de la Main, Trélazé (dépt. 49) – 7 places	Chirurgie de la main
Clinique Roosevelt, Paris (dépt. 75) – 2 places	ORL, ophtalmologie
Clinique Avicenne, Le Port (dépt. 97) – 5 places	Ophthalmologie, stomatologie, dermatologie, oto-rhino-laryngologie et de chirurgie esthétique

* Cinq centres indépendants pratiquant des endoscopies ont été également identifiés, mais cette activité n'est pas considérée comme de la chirurgie ambulatoire au niveau des classifications de la TZA (pas de code en C).
Sources : Base FINESS, Plateforme d'informations sur les établissements de santé (PLATINES) et site Internet des établissements cités, relecture et correction par la DGOS.

Points clés

Pour accélérer le développement de la chirurgie ambulatoire, certains pays (États-Unis et Royaume-Uni notamment) ont choisi de favoriser l'implantation de « centres indépendants de chirurgie ambulatoire ». Ils sont le plus souvent distincts géographiquement et administrativement des établissements hospitaliers environnants. Il en existe également en Allemagne et en France.

1- Centres indépendants aux États-Unis

Aux États-Unis, la chirurgie ambulatoire est réalisée dans trois types de structures : les hôpitaux, les centres de chirurgie ambulatoire indépendants – ou *Ambulatory Surgery Centers* (ASCs) – et les officines de praticiens. Encouragés par *Medicare* afin de favoriser l'accès des patients à la chirurgie ambulatoire et de limiter les listes d'attente, le nombre d'ASCs a rapidement crû depuis 1980. Il en existait 5 316 en 2010 représentant 37 % de l'activité de chirurgie ambulatoire. Le coût total des ASCs pour *Medicare* est ainsi passé de 1,2 milliard de \$ en 1999 à 3,4 milliards de \$ en 2010, soit une croissance de 183 % en onze ans.

Tarification

Au début des années 2000, les tarifs de la chirurgie ambulatoire pratiquée en ASC étaient plus élevés que ceux pratiqués dans les établissements hospitaliers pour huit des dix codes de procédures alors utilisés. Ce système tarifaire aurait contribué à accélérer le développement des ASCs. Il a donc été modifié en 2008 par *Medicare*, et les ASCs ont eu quatre ans (2007-2011) pour s'y adapter. Deux types de tarification sont actuellement utilisés :

- pour les procédures pouvant également être réalisées en cabinet médical : le système tarifaire des ASCs est calqué sur celui des cabinets médicaux (i.e. *Medicare Physician Fee Schedule* – MPFS). Toutefois, le coefficient d'intensité pour frais professionnels est plus faible que celui des cabinets médicaux et l'on rajoute un paiement pour les installations (*facility payment*) ;
- pour les procédures non susceptibles d'être réalisées en cabinet médical : chaque séjour est désormais classé dans la même grille de 201 codes APC (*Ambulatory Payment Classification*)¹²⁷ que celle utilisée pour les hôpitaux. Le tarif de conversion monétaire des codes APC pratiqués dans les ASCs est plus faible que celui des hôpitaux (42,63 \$ US en ASC contre 70,12 \$ en établissements hospitaliers en 2012).

Évaluation

Les études portent sur les caractéristiques des patients et la qualité de la prise en charge dans les ASCs comparées aux cabinets de médecins et aux hôpitaux. Les travaux recensés montraient que :

- du fait de la multiplicité des paramètres pouvant entrer en jeu (type de procédures, caractéristiques socio-démographiques des patients) et de résultats parfois contradictoires, les données de la littérature ne permettaient pas d'établir qu'il existait des différences de qualité (mesurée par le taux d'événements indésirables) dans les interventions en chirurgie ambulatoire réalisées par les ASCs, par rapport à celles pratiquées dans les hôpitaux ou dans les cabinets des médecins ;

...

127. Avant 2008, les ASCs classaient les interventions dans seulement neuf groupes de paiement dont le tarif variait entre 333 et 1 339 \$ (96).

Points clés (suite)

- les patients opérés dans les ASCs présentaient des caractéristiques différentes de ceux pris en charge dans les hôpitaux. Ils étaient moins âgés, plutôt couverts par une assurance privée, et ont moins de comorbidités que les patients pris en charge par les hôpitaux. Ces constats ne valident pas pour autant l'hypothèse d'une sélection des cas, dans la mesure où les ASCs se situent plus souvent dans les grandes métropoles urbaines qui ont des caractéristiques socio-démographiques proches de celles de la population recrutée, contrairement aux hôpitaux de communauté qui recrutent des patients sur des bassins de population plus diversifiés ;
- les données validant l'hypothèse d'un impact des ASCs sur l'activité des hôpitaux généraux sont peu robustes, notamment parce que l'information sur les tarifs et la population traitée dans les ASCs ne sont pas librement accessibles, et que les estimations portent sur des données macroéconomiques générales. Elles ne documentent pas de manière précise les modifications dans les cas traités ni la gravité des patients pris en charge dans chaque structure ;
- les données analysées n'avaient pas permis d'établir que les ASCs produisaient des soins de manière plus efficiente que les hôpitaux. En revanche, la présence d'ASCs sur le périmètre géographique des établissements hospitaliers permettait d'améliorer l'efficacité de ces derniers.

2- Centres indépendants au Royaume-Uni

Au Royaume-Uni, la chirurgie ambulatoire s'est développée dans des centres de traitements indépendants dits « ISTCs » (*Independent Sector Treatment Centres*) qui peuvent être de statut public ou privé. Les soins proposés par les différents ISTCs couvrent plusieurs spécialités (principalement l'ophtalmologie et l'orthopédie). Ils concernent les consultations externes, les actes de diagnostic et la chirurgie ambulatoire. Au nombre d'une centaine environ, leur importance reste marginale dans la réalisation de la chirurgie ambulatoire au Royaume-Uni (seulement 4 % des opérations de la cataracte, 7 % des opérations de la hanche et 9 % des arthroscopies en 2007).

Tarification

- le prix des interventions se base sur celui lié à l'activité des hôpitaux (groupes HRGs du *National Health Service* britannique), accompagné d'un supplément (de 11,2 % en moyenne) afin d'inciter les opérateurs à entrer sur ce marché et de leur permettre de couvrir leurs coûts d'installation ;
- le contrat de cinq ans avec le NHS prévoit également une garantie de couverture (système « *Take or pay* ») des coûts fixes de la structure, quelle que soit son activité.

Évaluation

Au total, les données d'évidence disponibles dans les trois études publiées montraient que les patients traités dans les hôpitaux du NHS étaient plus complexes que ceux traités dans les ISTCs. Ces différences pouvaient justifier des différences de tarifs, mais dans le sens inverse de ce qui était retenu par le NHS, c'est-à-dire en octroyant un tarif plus élevé pour les patients pris en charge dans les hôpitaux du NHS plutôt qu'à ceux pris en charge dans les ISTCs. Pour autant, le niveau du différentiel de tarif ne pouvait être déterminé car la qualité des soins et la performance des ISTCs n'étaient pas connues.

3- Centres indépendants en Allemagne

En Allemagne, les établissements hospitaliers n'ont été autorisés à pratiquer la chirurgie ambulatoire qu'après 1993. Des centres indépendants ont été créés à l'initiative de spécialistes de ville, puis se sont développés jusqu'à représenter près de 70 % des interventions ambulatoires pratiquées sur le territoire. Une grille tarifaire des actes ambulatoires est utilisée pour les interventions qui doivent être habituellement pratiquées en centres indépendants. Pour les interventions qui peuvent être pratiquées à la fois en centres indépendants et en établissements hospitaliers, la tarification à l'activité (G-DRGs) est appliquée. Les caisses d'assurance maladie doivent appliquer pour la chirurgie ambulatoire un tarif compris entre 50 et 90 % de l'hospitalisation classique.

Aucune étude évaluant le fonctionnement des centres indépendants en Allemagne n'a été retrouvée.

4- Centres indépendants en France

Quelques centres indépendants ont été créés au début des années 1980 en France. En 2012, il en existe cinq identifiés dans le fichier FINESS (qui disposent d'une seule autorisation de chirurgie, sous la forme de chirurgie ambulatoire).

En 2012, l'Agence régionale de santé d'Île-de-France a pris un arrêté permettant l'ouverture d'une fenêtre dérogatoire (à titre exceptionnel et dans l'intérêt de la santé publique) pour la création de centres indépendants de chirurgie ambulatoire, à hauteur d'une à deux implantations sur la région Île-de-France.

Les modalités tarifaires de ces centres sont identiques à celles pratiquées dans les autres établissements de santé (GHS et tarification en J).

Aucune étude évaluant le fonctionnement des centres indépendants en France et les caractéristiques des patients traités n'a pu être retrouvée dans la littérature publiée.

2.6 Les nouveaux principes tarifaires proposés à l'étranger

Les critiques adressées à la tarification à l'activité ont conduit à la recherche de modèles alternatifs de tarification. La principale limite reposait sur le fait que les modèles de paiement à l'activité ne portent en eux aucune incitation pour améliorer la qualité des soins produits. Par ailleurs, la mise en relation entre le tarif et le coût de production observé n'est légitime que si l'on postule que le mode de production des établissements est approprié voire optimisé.

Certains pays ont recherché un modèle d'incitation conduisant les professionnels à fournir le traitement le plus approprié à la situation du patient pour le coût le plus faible possible (efficience).

Pour ce faire, il est nécessaire de s'affranchir des tarifs basés sur les coûts (cost based pricing) (24) et d'utiliser des principes tarifaires adaptés à l'objectif poursuivi. On parle alors de tarification normative (*normative pricing*) (27).

Dans le domaine de la chirurgie, deux types de tarification normative ont été développés très récemment (i.e. depuis 2009). Il s'agit de la tarification à la meilleure pratique (*Best Practice Tariff*) en Grande-Bretagne (partie 2.6.1) et de la tarification à l'épisode de soins (*Bundled Payment*) aux États-Unis (partie 2.6.2).

2.6.1 Tarif à la meilleure pratique (*Best Practice Tariff*)

Le principe du tarif à la meilleure pratique¹²⁸ a été conçu en Grande-Bretagne pour inciter les offreurs à produire des soins de qualité et coût-efficaces. Il se démarque de la tarification au coût moyen par HRGs qui avait été introduite dans ce pays, dans le cadre du paiement au résultat (« *Payment by Results* »). Ce système de paiement repose sur l'évaluation des coûts d'une pratique d'excellence plutôt qu'en utilisant les prix basés sur le coût moyen.

Ses modalités de calcul sont spécifiques à chaque type de procédure, il n'existe donc pas une modalité unique

de calcul. Une approche spécifique a été développée pour chaque tarif, conçue à partir des pratiques cliniques de la meilleure pratique et de la disponibilité des données sur la qualité (124).

► Rationnel

Le concept de tarif à la meilleure pratique fait suite à la publication en Grande-Bretagne d'un rapport sur le benchmarking publié en 2008 par l'*Office of Health Economics* de Londres (38). Selon ce rapport, le *benchmarking* se définit comme « une comparaison des pratiques et des niveaux de performance des organisations de manière à identifier des opportunités d'amélioration ».

Typologie du benchmark

On distingue quatre formes de *benchmarking* :

- le *benchmarking* « interne », qui compare des processus similaires dans une même organisation ;
- le *benchmarking* « concurrentiel », qui consiste à comparer des organisations qui sont des concurrents directs. Les payeurs peuvent utiliser le *benchmark* pour créer des « pseudo compétiteurs » entre organisations, dans les secteurs où il existe traditionnellement peu de concurrence ; ce type de *benchmarking* associé à une gratification financière selon la performance relative est appelé concurrence par comparaison (23) et est utilisé dans le cadre du paiement par DRG, HRG ou de la T2A ;
- le *benchmarking* « fonctionnel », qui consiste à comparer les pratiques des organisations d'un secteur avec celles d'autres secteurs¹²⁹ ;
- le *benchmarking* « générique », qui compare la pratique à un comparateur externe qui représente les meilleures pratiques de chaque opération réalisée par l'organisation.

Limites des HRGs britanniques

Les techniques traditionnelles de *benchmarking* les plus utilisées (compétitif et fonctionnel) posent plusieurs problèmes :

- les bonnes pratiques ne sont pas identifiées et ne se diffusent que lentement. Cette transmission peut

128. Ce tarif national est obligatoire et s'applique à l'ensemble du territoire pour l'hospitalisation que ce soit en ambulatoire ou en hospitalisation complète et à la plupart des actes pratiqués en soins externes, pour tous les producteurs de soins excepté les centres de traitements indépendants (*Independent Sector Treatment Centres* ISTCs), qui sont payés en fonction des services rendus contractualisés.

129. On compare ainsi parfois les processus de la chirurgie ambulatoire avec ceux mis en place dans l'industrie aéronautique en matière de gestion des risques.

être particulièrement lente dans le secteur public qui a une fluidité du marché du travail plus limitée, ne facilitant pas le transfert de compétences entre les organisations ;

- le *benchmarking* se limite souvent à chercher l'amélioration des pratiques des sites les plus en retard ;
- la plupart des producteurs de soins du NHS ne sont pas directement motivés par les incitations financières (notamment les établissements publics ou les fondations). La reconnaissance au sein de l'organisation ainsi que la sensation de faire un travail de qualité peuvent être plus importantes. Les incitations financières peuvent alors se révéler contre productives.

Plusieurs critiques ont par ailleurs été adressées à l'utilisation de coûts de référence de type HRG pour fixer le niveau de coût souhaitable. Ces critiques proviennent de la méthode de calcul initial des coûts de référence publiée au Royaume-Uni en 1998 et qui s'est avérée approximative du fait de la mauvaise qualité des données collectées :

- on considère qu'il n'existe pas de « comparateur naturel » permettant de déterminer la pratique « idéale » et son niveau de coût. On construit donc artificiellement ce comparateur, ce qui peut s'avérer particulièrement complexe¹³⁰ ;
- dans les organisations où la plupart des coûts sont fixes, des différences faibles dans les montants alloués par la tutelle peuvent avoir des conséquences importantes sur la santé financière de l'établissement ;
- les incitations poussent les acteurs les moins performants à ne pas se situer dans les « queues de distribution », mais n'incitent pas les autres à améliorer leur pratique ou à diminuer leurs coûts ;
- beaucoup d'organisations du NHS sont multi-tâches. Les incitations financières introduites sur un certain nombre de tâches les poussent à se focaliser sur elles au détriment des autres créant un « effet tunnel »¹³¹. La multiplication des incitations peut poser des problèmes si elles s'avèrent intenable, voire contradictoires, ou si l'incitation sur une activité particulière s'intègre dans un ensemble beaucoup plus large.

Recommandations pour le NHS

Les auteurs du rapport formulaient donc un certain nombre de recommandations pour le NHS britannique :

- utiliser des indicateurs qui associent les coûts et la qualité. La qualité doit être évaluée en fonction du *case mix* (en utilisant par exemple la mortalité ajustée au risque). L'absence d'indicateur de qualité conduit les producteurs à produire le service de soins au plus faible coût, plutôt que de produire un service efficient ;
- les incitations financières même faibles ayant des conséquences importantes sur le fonctionnement de l'organisation¹³², le niveau de l'incitation doit rester modéré quitte à se renforcer ensuite progressivement. Des données complémentaires sur l'impact des incitations doivent être collectées ;
- il est nécessaire d'identifier les activités à un niveau fin et de privilégier les incitations directement associées à cette activité ;
- le nombre total d'incitations financières dans chaque organisation doit être limité.

Au total, le Département de la Santé britannique, après avoir rappelé les effets positifs sur l'efficacité de la tarification basée sur la moyenne des coûts, a souligné la difficulté à établir une liste de tarifs basés sur les pratiques cliniques les plus efficaces. Il a toutefois reconnu la nécessité d'utiliser des grilles tarifaires plus normatives (125), en particulier lorsqu'il s'agit de faire en sorte que la meilleure pratique soit adoptée. Cela permet à la fois d'accroître la qualité des soins et l'efficacité. L'exemple de la prise en charge en ambulatoire par rapport à l'hospitalisation classique est cité. La meilleure pratique doit alors être fondée sur l'évidence et le changement tarifaire doit être progressif.

► Application à la chirurgie

La chirurgie ambulatoire est l'un des domaines pour lesquels les techniques de *benchmarking* sont les plus facilement applicables. Elle s'applique à des techniques bien maîtrisées, reproductibles, et largement pratiquées en routine, pour lesquelles la variabilité des pratiques cliniques est considérée comme faible. Cela engendre a

130. Il est ainsi difficile de calculer le coût moyen des procédures chirurgicales à partir de l'observation des coûts de tous les établissements.

131. Ainsi, certains établissements du NHS ont pu se focaliser exclusivement sur les interventions de la cataracte afin de diminuer les délais d'intervention moyens, au détriment d'autres interventions chirurgicales.

132. Du fait de l'importance des coûts fixes et des coûts non maîtrisables par l'établissement.

priori une possibilité d'estimer la consommation type des ressources, notamment en fonction des temps passés au bloc opératoire (on utilise généralement une estimation du coût par minute de bloc).

En Grande-Bretagne, ce principe de *benchmark* à la fois qualitatif et tarifaire a pris le nom de « *Best Practice Tariff* ou BPT ». L'objectif du BPT est de disposer de tarifs structurés pour rembourser de manière identique l'ensemble des producteurs, tout en encourageant les pratiques de qualité. Le BPT a été mis en place pour tarifier certaines interventions chirurgicales et encourager le développement de la pratique ambulatoire.

L'introduction du BPT pour deux procédures chirurgicales

Le BPT a été d'abord introduit en 2010 pour la cholécystectomie et la cataracte (53)¹³³ selon les principes suivants :

- **dans le traitement de la cataracte**, l'élément déterminant de la meilleure pratique consistait à traiter les patients d'une manière décloisonnée et efficace, en effectuant tous les examens préopératoires au même moment, en fixant comme pratique de référence la chirurgie ambulatoire, et en s'assurant de la réalisation de la totalité des examens de suivi sur une seule journée, deux semaines après l'intervention ;
- **pour la cholécystectomie**¹³⁴, la meilleure pratique a été déterminée à partir des données d'évidence disponibles dans la littérature, et le BPT a été conçu pour encourager la chirurgie laparoscopique en ambulatoire, considérée comme la meilleure pratique à diffuser (126). Pour déterminer la meilleure pratique, une visite sur des sites (observation directe et entretiens avec 150 membres du personnel de l'UCA et de patients) pratiquant la chirurgie ambulatoire avait été réalisée et avait permis de retracer le processus actuel de prise en charge du patient (126), puis de le comparer à un processus recommandé (cf. annexe 3) qui devait couvrir 95 % des cas traités, même s'il existait toujours une certaine flexibilité dans les cas exceptionnels. La modification de la procédure devait permettre de :
 - limiter les examens redondants (notamment les examens de sang),

- limiter les examens inutiles (cholangiographie par exemple),
- limiter les réadmissions d'urgence pour cholécystite/colique biliaire,
- mieux articuler les soins ambulatoires avec les séjours de 23 heures et les courts séjours, en flexibilisant les capacités et en permettant l'utilisation du bloc opératoire l'après-midi, les patients les plus complexes pouvant rester une nuit, si nécessaire, plutôt que d'être admis par défaut en court séjour,
- s'assurer que chaque chirurgien avait pratiqué au moins 200 interventions sur les cinq années précédentes pour assurer le maintien de la maîtrise des gestes techniques.

La mise en application de ces « meilleures pratiques » permettrait, selon le Département de la Santé britannique, de rendre la prise en charge plus efficiente et d'accroître la satisfaction des patients.

Au niveau tarifaire, plutôt que d'être calculé sur les coûts moyens, le tarif appliqué devait refléter le coût de cette meilleure pratique qui pouvait se situer au-dessus ou au-dessous du coût moyen. Toutefois, puisque la pratique souhaitée était la chirurgie ambulatoire, le tarif national devait a priori se situer en dessous de celui des coûts moyens nationaux, car ces derniers intégraient jusqu'alors une part de chirurgie classique, plus coûteuse (53).

D'autres mesures ont accompagné la mise en place des BPT au niveau des instances locales avec notamment :

- l'admission par défaut de tout patient concerné en chirurgie ambulatoire plutôt qu'en chirurgie classique ;
- le recrutement de personnels formés à la pratique de la chirurgie ambulatoire ;
- la visite des UCA les plus « performantes » par les personnels des UCA moins performantes.

De plus, le tarif national doit s'appliquer, non seulement à l'intervention chirurgicale, mais également aux étapes de la prise en charge en amont et en aval du diagnostic ainsi qu'au suivi postopératoire. Il s'agit, si nécessaire, de décomposer le paiement, afin de favoriser la meilleure trajectoire de soins entre offreurs lorsque les données

133. www.dh.gov.uk/health/2011/12/bpt-update/

134. Il y avait eu 49 077 cholécystectomies en Grande-Bretagne pratiquées entre avril 2005 et mars 2006, dont 86 % programmées et 14 % étaient réalisées lors d'une admission en urgence. Quatre-vingt-quatre pour cent étaient des laparoscopiques, mais il existait de fortes différences entre les régions (le taux allant de 50 à 90 %). Le taux national de chirurgie ambulatoire était de 6,4 %, mais dans certaines régions de 50 % avec un taux de 70 % au niveau national considéré comme atteignable (126).

d'évidence ont permis de l'établir (125), et d'inciter, lorsque que cela est possible, une prise en charge hors des établissements hospitaliers (principe appelé « *unbundling tariff* »). Cette modalité tarifaire a été introduite uniquement pour la chirurgie de la cataracte.

Pour cette pathologie, chaque étape de la prise en charge est décrite dans le Tableau 8. La prise en charge est décomposée en sept étapes. Les étapes 2 à 5 de la prise en charge sont incluses dans le tarif proposé, les étapes 6 et 7 faisant l'objet d'un deuxième tarif (124).

Tableau 8. Étapes de la trajectoire de prise en charge de la cataracte (124)

Étape	Description	Caractéristiques de la prise en charge
1	Diagnostic initial de la cataracte	Réalisée en soins primaires par un médecin généraliste ou un optométriste.
2	Confirmation du diagnostic et inscription sur la liste des interventions chirurgicales	Première visite en consultation externe.
3	Évaluation préopératoire	
4	Extraction de la cataracte (1 ^{er} œil)	Intervention pratiquée le plus souvent en chirurgie ambulatoire mais pouvant être exceptionnellement réalisée en chirurgie classique.
5	Suivi postopératoire	Revoir une infirmière, un optométriste ou un ophtalmologiste idéalement dans les deux semaines suivant l'intervention.
6	Extraction de la cataracte (2 ^e œil)	Intervention pratiquée le plus souvent en chirurgie ambulatoire mais pouvant être exceptionnellement réalisée en chirurgie classique.
7	Suivi postopératoire	Revoir une infirmière, un optométriste ou un ophtalmologiste idéalement dans les deux semaines suivant l'intervention. Le tarif inclut le coût de la consultation du patient à cette étape. Revoir après quatre à six semaines un optométriste (cette étape n'est pas incluse dans le tarif, car elle est considérée comme relevant des soins primaires).

Source : (124).

L'extension du dispositif à d'autres procédures chirurgicales

Le BPT a été étendu à partir du 1^{er} avril 2011 à une liste établie par la *British Association of Day Surgery* (BADS)¹³⁵ à 12 procédures en chirurgie mammaire, de la hernie, orthopédique et en urologie (cf. Tableau 9). Les critères de sélection de ces procédures étaient basés sur (124) :

- l'impact important mesuré par :
 - un volume élevé, soit plus de 5 000 admissions annuelles,
 - des différences de pratiques importantes entre les producteurs et des taux nationaux inférieurs à ceux recommandés par la *British Association of Day Surgery* (BADS),

- un impact significatif en termes de résultats de santé ;

- l'existence de données d'évidence et d'un consensus clinique sur les caractéristiques de la meilleure pratique, alors que l'on observait une certaine hétérogénéité dans les pratiques (principalement concernant les taux de chirurgie ambulatoire) entre les régions.

La méthode de détermination des tarifs reposait sur un calcul en deux étapes (124) :

- la première étape consistait à déterminer la part souhaitée entre l'activité en ambulatoire et celle en hospitalisation conventionnelle ;

135. La chirurgie ambulatoire est considérée comme nécessaire pour la plupart des interventions dans cette liste. Cf. <http://www.daysurgeryuk.net/bads/shop/shopdisplayproducts.asp?search=yes&bc=no>.

- la seconde étape consistait à séparer les tarifs de l'hospitalisation conventionnelle et de la chirurgie ambulatoire, tout en respectant les contraintes suivantes :
 - le total des coûts pour les deux procédures ne devait pas dépasser celui observé à l'état initial, c'est-à-dire avant la mise en place du tarif BPT (principe de l'enveloppe fermée),
 - le tarif de la chirurgie ambulatoire, considérée comme la meilleure pratique, doit être plus élevé que celui de l'hospitalisation conventionnelle, dans un rapport déterminé,
 - le tarif de la chirurgie ambulatoire devait être plus faible ou égal à celui obtenu par la combinaison des tarifs chirurgie ambulatoire/hospitalisation classique obtenus à partir du taux de chirurgie ambulatoire observé.

On constate (cf. Tableau 9) que le tarif de l'ambulatoire est systématiquement plus élevé que celui de la chirurgie classique pour la même procédure.

Évaluation de l'impact du BPT sur les pratiques

Une seule étude évaluant l'impact du BPT a pu être identifiée (127). Cela tient au caractère très récent de la mise en place du dispositif.

Les auteurs avaient cherché à estimer si, pour la cholécystectomie, la mise en place du BPT avait permis :

- d'augmenter la proportion de patients traités en chirurgie laparoscopique en ambulatoire ;
- sans apparition d'effets négatifs potentiels mesurés par :
 - la sélection des patients (par l'âge ou le genre),
 - une baisse de la qualité (augmentation de la mortalité et des réadmissions),
 - une diminution de la productivité (variation des volumes de patients traités avec mise sur liste d'attente en attendant qu'une place en chirurgie ambulatoire se libère) ;
- et sans engendrer de comportements opportunistes pour maximiser les gains liés à la mise en place des incitations financières¹³⁶.

À partir des fichiers statistiques sur les séjours hospitaliers (*Hospital Episode Statistics* – HES) interrogés pour la période allant du 1^{er} avril 2007 au 31 mars 2011 pour les interventions de cholécystectomie¹³⁷, les auteurs avaient estimé l'effet du BPT sur certaines variables de résultats en utilisant une méthodologie dite « *Difference-in-Differences* » ou DID¹³⁸. Le groupe contrôle comprenait 1 463 335 épisodes de soins avec une cholécystectomie et le groupe test comprenait 199 565 cholécystectomies pratiquées en ambulatoire.

Les données disponibles étaient le nombre d'interventions pratiquées en chirurgie ambulatoire et la durée moyenne de séjour, le nombre d'interventions réalisées avec une laparoscopie. La complexité des patients était représentée par le nombre de comorbidités. Les taux de décès et le taux de réadmission à 30 jours étaient également disponibles, ainsi que le délai d'attente avant l'intervention (médiane et moyenne).

L'analyse avait montré :

- que le taux de chirurgie ambulatoire avait été augmenté de sept points de pourcentage (DID 0,069 ; $p < 0,01$) concernant la proportion de cholécystectomies sur la période 2010 - 2011 accompagnée d'une baisse de la durée de séjour moyenne entre les deux groupes ;
- en revanche, il n'y avait pas eu de modification de pratique concernant le recours à la technique laparoscopique, mais au contraire plus de recours à la chirurgie ouverte (DID 0,005 ; $p < 0,01$) ;
- concernant les effets indésirables :
 - il n'y avait pas eu d'augmentation statistiquement significative du nombre de décès ou concernant le taux de réadmissions. La sélection des patients mesurée par l'âge avait montré un léger effet négatif significatif concernant l'âge des patients de moins de 70 ans (DID - 0,482 ; $p < 0,1$) suggérant donc moins de sélection des patients, et aucun effet sur la proportion de patients de plus de 70 ans (DID - 0,0002 ; non significatif),
 - le passage au BPT avait un impact sur la durée d'attente qui augmentait (DID corrigé par la tendance

136. Comme par exemple la programmation des patients en chirurgie laparoscopique en ambulatoire, sans changer pour autant le mode de prise en charge effectivement réalisé.

137. Codes OPCS-4 : J183, J188, J189 et J268.

138. Méthode quasi expérimentale utilisée en économétrie. Elle permet de mesurer les changements induits par une mesure particulière. L'estimateur DID représente la différence pré- post-mesure pour les sujets soumis à la mesure et pour le groupe contrôle. Cf. http://en.wikipedia.org/wiki/Difference_in_differences.

d'évolution 14,014 ; $p < 0,01$) et sur les stratégies de codage concernant les comorbidités ; il existait plus d'un patient sur quatre (DID corrigé de la tendance d'évolution 0,267 ; $p < 0,01$) codés avec des comorbidités ;

- des différences étaient observées en fonction des régions. Celles qui avaient déjà des taux de cholecystectomies excellents ou bons avaient enregistré un accroissement significatif des taux de la chirurgie ambulatoire (DID 0,080 ; $p < 0,01$), une réduction de

l'âge des patients (DID - 0,6 ; $p < 0,05$) et un accroissement des hommes pris en charge (DID 0,010 ; $p < 0,1$). Les comorbidités avaient augmenté (DID 0,289 ; $p < 0,01$), mais le taux de conversion vers des procédures ouvertes avait diminué (DID - 0,005 ; $p < 0,01$).

Pour les régions ayant de faibles performances, le taux de réadmission avait diminué (DID - 0,012 ; $p < 0,05$). L'accroissement du délai d'attente avait quant à lui augmenté, quelle que soit la région.

Tableau 9. Liste des spécialités pour lesquelles le paiement à la meilleure pratique s'applique en Grande-Bretagne

Sous-spécialité chirurgicale	Procédure	Taux cible de la BADS*	Taux actuel constaté	Taux utilisé pour le calcul du tarif ambulatoire	Codes HRG	Tarif ambulatoire	Tarif chirurgie classique
Chirurgie mammaire	Ganglion sentinelle : repérage et résection	80 %	48 %	80 %	JA06Z, JA07A, JA07B, JA07C, JA09B, JA09D	1 376 €	1 076 €
	Mastectomie simple	15 %	2 %	15 %	JA07B, JA07C	2 385 €	2 085 €
Chirurgie générale	Réparation d'une hernie ombilicale	85 %	66 %	85 %	FZ18A FZ18B FZ18C	1 118 €	818 €
	Réparation primaire d'une hernie inguinale	95 %	61 %	95 %		1 126 €	826 €
	Réparation d'une hernie inguinale récurrente	70 %	49 %	70 %		1 124 €	824 €
	Réparation primaire d'une hernie crurale	90 %	62 %	90 %			
Gynécologie/urologie	Interventions pour maîtriser l'incontinence féminine	80 %	31 %	45 %	LB23Z	995 €	695 €
Chirurgie orthopédique	Arthroscopie thérapeutique de l'épaule – décompression sous-acromiale	80 %	51 %	-	HB62C	2 253 €	2 053 €
	Opérations pour hallux valgus avec ou sans correction interne et correction des tissus mous	85 %		85 %	HB34E HB35B HB35C	1 279 € 1 489 € 993 €	1 079 € 1 289 € 79 €
	Dupuytren	95 %		95 %	HB53Z	2 297 €	2 097 €
Urologie	Résection endoscopique de la prostate	15 %	1 %	15 %	LB25B LB25C	2 030 € 1 863 €	1 880 € 1 713 €
	Résection de la prostate par laser	90 %	16 %	60 %	LB25C	1 863 €	1 563 €

Source : (124, 128). * British Association of Day Surgery.

2.6.2 Tarification à l'épisode de soins (*Bundled Payment*)

Le système du paiement à l'acte ou par DRGs, largement utilisé aux États-Unis, présente plusieurs limites soulignées en 2008 par la *Medicare Payment Advisory Commission* – MedPAC (129), ce qui l'a amenée à préconiser un nouveau système de paiement basé sur l'épisode de soins (*Bundled Payment*). Ce système de paiement a été expérimenté dans différents programmes (notamment *Prometheus*, *Geisenger's ProvenCare*) portant notamment sur la chirurgie, puis recommandé dans le cadre de la loi sur la protection des patients et des soins abordables de 2010.

► Rationnel

Pour la MedPAC (129), les tarifs utilisés aux États-Unis rémunèrent une prestation de service dont le périmètre est relativement étroit, et ne concernent à chaque fois qu'un seul producteur de soins (consultation du médecin, tests de laboratoire, intervention chirurgicale de l'établissement hospitalier, etc.), ce qui conduit à une approche non coordonnée des soins en « silos ». Ce mode de paiement encourage l'augmentation des volumes de soins :

- parce qu'il ne prend pas en compte l'ensemble des services fournis à un même patient et morcelle donc la prise en charge et les risques de doublons d'examen, d'autant plus que les producteurs sont rémunérés isolément ;
- parce qu'il rémunère le producteur à chaque nouveau recours et ce quel que soit le niveau de qualité des soins fournis lors du premier recours. Ainsi par exemple, en cas de réadmission¹³⁹, l'établissement hospitalier perçoit le même paiement que lors de l'admission initiale ;
- parce qu'il rémunère souvent plus généreusement les interventions les plus techniques, même si des prises en charge alternatives, moins techniques et moins coûteuses existent, pour un résultat de santé identique, voire plus élevé.

Par ailleurs, pour les médecins hospitaliers, tout se passe comme si les services consommés étaient gratuits, puisqu'ils n'assument pas les risques financiers de la consommation de ressources liés par exemple au maintien des patients dans les services de soins intensifs ou de la consommation de médicaments coûteux. Ils ne

sont donc pas incités à recourir aux pratiques les plus efficaces (130). Ainsi, un paiement global qui inclut la rémunération de l'établissement hospitalier et des médecins permettrait de faire converger les objectifs et les incitations vers des pratiques plus efficaces.

Pour résoudre ces difficultés, plusieurs systèmes de paiement à la performance (P4P) avaient été mis en place, mais ils maintenaient, voire renforçaient le morcellement des offreurs et l'intérêt à agir seul en fonction de ses propres objectifs, y compris au détriment des autres offreurs ou de l'intérêt du patient. La coordination des soins n'est pas favorisée, ce qui peut générer des gaspillages ou des doublons (131).

Un système de paiement alternatif appelé « *Bundled Payment* » a donc été proposé en 2010 dans le cadre de l'*Affordable Care Act américain* (132).

► Principes

Aux États-Unis, certains modes de paiement des offreurs de soins regroupaient déjà plusieurs interventions. Ainsi, tel est le cas :

- du paiement prospectif par DRG, qui est un paiement à l'épisode de soins puisqu'il couvre de manière forfaitaire la plupart des prestations et des coûts intervenant durant le séjour ;
- du paiement global (« *global surgical fee* ») reçu par les chirurgiens américains, qui couvre les services fournis par le chirurgien autour de l'intervention.

Le principe du *Bundled Payment* va plus loin puisqu'il fournit un paiement unique pour l'ensemble des soins dont le patient a besoin au cours d'un épisode morbide donné, plutôt que de rémunérer les offreurs pour chaque acte réalisé isolément (132, 133).

Ce paiement s'étend donc à plusieurs offreurs de soins qui doivent se coordonner entre eux et se partager une rémunération globale inférieure à la somme des paiements antérieurement perçus.

Les offreurs passent ensemble un contrat avec le payeur (i.e. *Medicare*, *Medicaid* ou une compagnie d'assurance privée) qui a préalablement évalué les coûts de l'épisode de soins à l'aide de ses bases de données (134).

139. Un séjour est généralement considéré comme une réadmission lorsqu'il intervient, pour la même pathologie, dans les 30 jours après la sortie.

Le paiement à l'épisode de soins est l'une des déclinaisons possibles du paiement à la performance (P4P) appelée *performance-based bundled*. Les modalités de détermination du montant alloué par le financeur sont les suivantes :

- le coût moyen de la prise en charge médicale la plus appropriée à l'état du patient est déterminé sur la base des recommandations de pratiques cliniques ou des opinions d'experts (131) ;
- les offreurs de soins reçoivent alors, pour chaque patient et un épisode de soins donné, un paiement fixe couvrant l'ensemble des étapes de cette prise en charge (135) ;
- les offreurs se partagent entre eux le montant reçu, en fonction des engagements contractuels préalablement déterminés.

En proposant un prix global pour une procédure, ce système a vocation à remplacer le paiement à l'acte ou à l'activité pour les établissements hospitaliers.

Il rémunère les offreurs pour la pratique recommandée par les professionnels. Il favorise une « approche patient », en tenant compte de l'intégralité de sa prise en charge, que ce soit dans le temps ou entre les offreurs.

Ce système de paiement prévoit également la possibilité d'une certaine variabilité entre les patients, mais reflète généralement le coût moyen par patient pour un ensemble de services. Il est donc nécessaire de le compléter en couvrant le risque financier lié à l'existence d'outliers (complications par exemple) en utilisant un contrat dit « *stop loss* »¹⁴⁰ destiné à limiter les risques de pertes financières, aussi bien pour l'assureur que pour l'établissement (134).

L'objectif de ce nouveau principe tarifaire est donc (129, 132) :

- d'accroître l'efficacité de la prise en charge en augmentant la qualité des services de santé fournis, les volumes et en réduisant les coûts par l'élimination de services de santé inefficaces ou dupliqués ;
- d'encourager la coordination des offreurs en les rendant collectivement responsables du coût global de la prise en charge (136). Les producteurs de soins

concernés peuvent ensuite développer de nouvelles modalités d'allocation des ressources entre eux.

► Mise en œuvre

Aux États-Unis, quelques assureurs avaient mis en place des paiements à l'épisode de soins dès le début des années 1990 (136) pour le pontage coronarien et la chirurgie de la cataracte. Il avait également fait l'objet d'une phase d'expérimentation entre 2008 et 2011 pour des sites pilotes.

Les deux principales expérimentations sont les programmes *Prometheus* et *Geisenger's ProvenCare* (135). Elles sont présentées ci-après.

Les premières expériences pour la tarification du pontage coronarien et la chirurgie de la cataracte

La première expérimentation de paiement à l'épisode de soins avait été conduite par *Medicare* de 1991 à 1996 (130, 136-139) pour sept hôpitaux répartis sur le territoire, concernant le paiement à l'épisode de soins de l'établissement hospitalier et des médecins en chirurgie cardiaque (pontage coronarien¹⁴¹).

L'épisode de soins concernait à la fois les prestations délivrées durant l'hospitalisation¹⁴² et les dépenses de médecins (pré- et post-admission), ainsi que les réadmissions à 72 heures ; mais en revanche, aucune rémunération n'était prévue pour les cas « *outliers* » particulièrement coûteux.

Les établissements hospitaliers et les centres médicaux associés à l'expérimentation étaient autorisés à se partager et à conserver les excédents.

L'hypothèse faite était qu'avec ce nouveau système de rémunération, les médecins allaient être incités à accroître l'efficacité de la prise en charge du pontage coronarien. La durée initiale de l'expérimentation était de trois ans (1991-1994) pour quatre sites. Elle a été prolongée jusqu'en 1996 pour trois établissements supplémentaires.

140. Contrat d'assurance destiné à limiter les pertes du souscripteur. Des contrats de « partage des risques » peuvent également être mis en place. Ils sont une solution alternative au paiement à l'épisode de soins « pur ». Par exemple, le payeur et les offreurs contractant peuvent déterminer un prix cible (par exemple, 30 000 \$ par patient) et s'accorder sur un partage de risque pour lequel le producteur de soins assume le risque pour une partie seulement de la perte ou du gain sur un patient.

141. DRG 106 et 107.

142. Y compris les dépenses en capital et l'éducation médicale. est financé par le Commonwealth Fund et par la Robert Wood Johnson Foundation.

Le programme Prometheus

Le programme Prometheus¹⁴³ a été développé en 2006 par *Prometheus Payment Inc.* (132).

Les étapes permettant de déterminer le tarif étaient les suivantes :

- chaque procédure soumise au paiement par épisode de soins était classé dans un ECR (*Evidence-informed Case Rates*) incluant les soins hospitaliers et non hospitaliers associés à cette procédure ;
- un coût était calculé pour l'ensemble des éléments de la prise en charge du patient (y compris les actes de laboratoire, les médicaments, les actes d'imagerie et la réadaptation après l'intervention) en faisant référence aux pratiques médicales optimales (en utilisant les guidelines cliniques, les données d'évidence ou les dires d'experts), et en valorisant ces coûts à l'aide de ceux observés en moyenne dans les systèmes de liquidation des assurances maladie ;
- ce coût était ajusté au risque sur la base de la sévérité et de la complexité de la prise en charge du patient (140). Prometheus distinguait deux sources de variation des coûts liées au risque (132, 140) :
 - la probabilité d'occurrence du risque chez le patient. La notion de risque est ici celle retenue en assurance, à savoir la probabilité qu'un évènement aléatoire se produise chez un patient,
 - la survenue d'un risque « technique » lié à la production de soins. À la différence du premier, ce risque est contrôlable par le producteur et varie en fonction de ses compétences et du processus de soins qu'il utilise. La survenue d'un risque technique conduit à l'apparition d'une complication évitable.

Les modalités de paiement des offreurs étaient les suivantes :

- le tarif global de l'épisode de soins se situait en dessous de celui qu'auraient obtenu les producteurs dans le cadre d'un tarif à l'acte et/ou par GHS ;
- le coût de l'épisode de soins avait été calculé sur la base des coûts historiques constatés, y compris

pour le coût des complications évitables¹⁴⁴. Aux États-Unis, le coût des complications évitables avait été chiffré à 20 % environ du coût total des hospitalisations et procédures pratiquées en court séjour (140). Le tarif à l'épisode de soins inclut ce coût des complications évitables mais jusqu'à un certain niveau¹⁴⁵ ;

- si la complication évitable ne survient pas, les producteurs peuvent conserver l'excédent de tarif (bonus). Les payeurs et les producteurs de soins peuvent modifier ces paramètres dans le cadre de contrats négociés ;
- en plus d'inciter à réduire les complications évitables, les paiements obtenus peuvent inclure d'autres incitations (bonne pratique clinique, résultat de soins, etc.) ;
- le paiement à l'épisode est ensuite redistribué à l'ensemble des producteurs. Ces derniers avaient donc une incitation à fournir collectivement des soins de qualité.

Prometheus a d'abord été expérimenté sur trois sites, à la fois par les payeurs qui comprenaient les plans de santé des entreprises¹⁴⁶, mais également dans le cadre des assurances santé des travailleurs indépendants, ainsi que les organisations de santé volontaires (132, 140).

Le programme avait défini 21 épisodes de soins au total qui concernaient des maladies chroniques comme le diabète, mais également des soins aigus, dont 10 épisodes étaient relatifs à des actes de chirurgie classique (pontage coronarien, résection du colon, chirurgie bariatrique, remplacement de la hanche, remplacement du genou) ou ambulatoire (coloscopie, cholécystectomie, hystérectomie, arthroscopie du genou, angioplastie).

Geisenger's ProvenCare

Ce système de paiement à l'épisode de soins avait été mis en place en Pennsylvanie. Il a été développé par Geisenger dans le cadre de son système de soins intégré

143. Acronyme *Provider Payment Reform for Outcomes Margins Evidence Transparency Hassle-reduction Excellence Understandability and Sustainability*. Ce programme est financé par le *Commonwealth Fund* et par la *Robert Wood Johnson Foundation*.

144. *Potentially Avoidable Complications*.

145. Principe de la garantie (*warranty*).

146. i.e. « *Independence Blue Cross* » avec le « *Crozer Keystone Health System in Pennsylvania* » concernant le remplacement de la hanche et du genou, « *Employers' Coalition on Health de Rockford* », Illinois sur le diabète, l'hypertension et les maladies coronariennes, le « *Priority Health-Spectrum Health* » du Michigan sur le diabète, les attaques cardiaques, l'asthme, les maladies pulmonaires et la résection du colon (140).

(HMO)¹⁴⁷ pour rémunérer le pontage coronarien et mis en place à partir de février 2006 (142). Le postulat des promoteurs du système étaient que si les recommandations issues des consensus d'experts¹⁴⁸ étaient scrupuleusement suivies, les complications seraient plus rares, et les coûts de prise en charge plus faibles.

Les différentes étapes permettant de déterminer le tarif étaient les suivantes :

- l'épisode de soins était décomposé en 40 phases qui doivent suivre des guidelines concernant les phases préopératoires, péri-opératoires et postopératoires, jusqu'à 90 jours après l'intervention ;
- pour déterminer le niveau du paiement à l'épisode de soins, Geisinger calculait l'ensemble des coûts de soins fournis en routine pour chaque étape incluse dans la recommandation et ajoutait au montant du tarif un paiement égal à la moitié du coût des complications constatées (135, 144) ;
- le cas échéant, les médecins conservaient la possibilité de dévier des recommandations, mais devaient le justifier.

Le principe retenu par Geisinger était de transférer le risque financier du payeur vers le producteur de soins (142). Le payeur était ainsi déchargé de l'aléa lié au risque financier en cas de complications ; en contrepartie, les professionnels percevaient l'équivalent d'un bonus si les patients n'avaient pas de complications, puisque le forfait versé comprenait une partie destinée à couvrir ces coûts supplémentaires.

L'intérêt pour ce programme s'est intensifié au cours de l'année 2009 ; il a été cité en exemple par le président des États-Unis, Barack Obama, dans certains de ses discours sur les réformes du système de santé.

► Évaluation des expériences du paiement à l'épisode de soins

L'impact sur l'efficacité des expérimentations de paiement à l'épisode de soins a été évalué dans quelques études. Elles seront présentées pour chacune des expérimentations exposées précédemment.

Medicare : pontage coronarien

L'expérience initiale de *Medicare* pour le pontage coronarien avait été évaluée dans quatre études (130, 139, 145).

La *Health Care Financing Administration* avait mené en 1998 une évaluation qualitative sur neuf dimensions (137) différentes, à laquelle avait été ajoutée une étude d'impact sur les coûts de prise en charge, dont les principaux éléments sont résumés dans le Tableau 10.

Au total, la HCFA avait estimé que l'expérience était globalement positive, aussi bien au niveau de sa faisabilité et son acceptabilité, que des économies potentielles sur le coût des soins que pouvait réaliser *Medicare*.

Toutefois, l'expérience avait été conçue dans un contexte concurrentiel et *Medicare* attendait des modifications de parts de marché liées à l'expérimentation. Néanmoins, la participation à l'expérience n'avait pas permis d'augmenter les parts de marché des établissements sélectionnés pour participer à l'expérience. Il existait également des difficultés techniques concernant la collecte des données.

Selon Cromwell *et al.* (139), durant la phase initiale de l'expérimentation, les dépenses de *Medicare* et de ses bénéficiaires avaient décliné durant les deux premières années (1991-1993) de 17,2 millions de \$ (- 15,5 %). La diminution des dépenses avait essentiellement porté sur les dépenses d'hospitalisation (de 85 à 93 % de la baisse).

Les patients bénéficiaires de *Medicare* avaient quant à eux enregistré des dépenses en baisse de 1,8 million de \$ (139), principalement liées à la négociation par *Medicare* de tarifs plus bas pour les prestations.

Par ailleurs, l'évaluation de Wynn (145), menée sur toute la durée du programme, avait montré que l'économie réalisée par *Medicare* était de 52,3 millions de \$, dont 42,3 millions de \$ liés aux contrats passés avec les établissements hospitaliers, et 7,9 millions de \$ liés à la baisse des co-paiements.

147. Fondé par Abigail Geisinger en 1915, le *Geisinger Health System* est un système de soins intégré (*Health Maintenance Organization*) localisé dans le centre et le nord de la Pennsylvanie représentant 2,6 millions d'individus. Il comprend à la fois l'offre de soins représentée par 740 médecins, dont 200 assurant les soins primaires, le reste étant des spécialistes et trois hôpitaux assurant les soins aigus de troisième et de quatrième niveau (soins hospitaliers spécialisés), ainsi qu'un plan d'assurance santé qui couvre environ 30 % des individus sur le territoire, les autres relevant de payeurs différents (i.e. *Medicare*, *Medicaid*, *Capital Blue Cross*, *Coventry*, *Highmark*) (141).

148. Parfois appelés « *Proven Care Benchmarks* », ils sont issus des guidelines établis par l'*American College of Radiology* et l'*American Heart Association* (ACC-AHA) (143).

Tableau 10. Évaluation de l'expérimentation Medicare pour le pontage coronarien (130, 137)

Dimension évaluée	Résultats	Bilan
Acceptabilité et faisabilité du paiement à l'épisode de soins	L'expérience n'a été conduite que sur sept hôpitaux, mais 209 établissements avaient été volontaires confirmant la volonté de mener ce type d'expérience. Les fichiers de la HFCA permettaient de réaliser ce modèle de paiement.	Positif
Impact sur volumes de pontages coronariens, délivrés par l'hôpital et variation de la durée de séjour	Deux établissements avaient enregistré une croissance statistiquement significative de leur volume et trois établissements ont enregistré une baisse. Tous les hôpitaux ont observé une baisse de la durée de séjour (de 0,5 à 1 jour par année comparable au taux national).	Mitigé
Réduction des dépenses pour l'hôpital, l'assureur et les bénéficiaires du programme	- Baisse de 42,3 millions de \$ des dépenses pour les patients ayant un pontage coronarien (dépenses prises en compte jusqu'à 90 jours après l'hospitalisation), ce qui représentait une baisse d'environ 10 % du total des dépenses (qui étaient de 438 millions de \$). 86 % de la réduction était liée à des réductions dans les contrats passés par Medicare avec les hôpitaux dans le cadre de l'hospitalisation, 5 % sur la période suivant l'hospitalisation et 9 % liées au changement de parts de marché vers des établissements moins coûteux. - Les co-paiements des bénéficiaires avaient quant à eux diminué de 7,9 millions d'€. - Trois hôpitaux sur quatre impliqués dans le programme initial avaient enregistré des changements de pratiques impliquant des réductions de coûts (en soins infirmiers avec désignation d'une infirmière référente durant tout le séjour, en dépenses de médicaments par substitution vers des produits moins coûteux, et en soins intensifs - 10 à 40 %). Les marges des établissements étaient positives, mais avaient décliné pour deux établissements universitaires.	Positif
Impact en termes de résultats de santé pour les patients	Le taux de mortalité national un an après l'intervention des patients de Medicare ajusté au risque avait baissé de 6,4 % à 5,4 % entre 1990 et 1996. Ce même taux était de 4,6 % sur la période 1991-1996 pour les sept établissements ayant participé à l'expérience. Des différences statistiquement significatives en termes de baisse de la mortalité avaient été retrouvées pour quelques établissements (contrôlés sur la sévérité et les autres facteurs de risques). Deux sites dont le taux de mortalité était au dessus de la moyenne avaient enregistré des baisses durant l'expérimentation. Une petite baisse des complications avait par ailleurs été enregistrée (IC = 90 %). La complexité des cas traités s'était accrue (plus d'angioplasties pratiquées).	Positif
Impact en termes de pertinence de soins délivrés	Les soins étaient appropriés pour 97,7 % des patients en considérant qu'il n'existait pas d'alternative via l'angioplastie et 72,7 % des interventions étaient appropriées en considérant l'existence de l'alternative angioplastie (à dire d'experts).	Non interprétable
Conséquences sur la sélection de l'hôpital par les patients, la satisfaction et l'environnement concurrentiel	36 % des patients savaient qu'ils étaient hospitalisés dans un hôpital participant à l'expérience. 32 % des patients avaient choisi l'établissement pour cette raison. Les patients étaient sensibles à la baisse des coûts pour eux (facture réduite). Une proportion statistiquement significative de patients était très satisfaite des compétences des infirmières et de la durée de séjour. L'environnement concurrentiel s'était renforcé durant l'expérience lié à la diffusion des techniques de pontage coronarien sur un plus grand nombre d'hôpitaux, conduisant les établissements à avoir des stratégies marketing plus agressives et à valoriser la qualité des soins dans l'expérimentation. Un établissement avait perdu des parts de marché durant les premières années de l'expérimentation.	Mitigé

Dimension évaluée	Résultats	Bilan
Gestion de la répartition du paiement entre les médecins et les hôpitaux	Les professionnels de santé (chirurgiens, anesthésistes, cardiologues, radiologues) avaient reçu des paiements directement de l'hôpital avec lequel ils avaient contracté (et non de <i>Medicare</i>). Ce paiement s'effectuait à la capitation i.e. il n'était pas lié au nombre de patients traités. Le partage des excédents ne s'était pas fait uniquement sous forme monétaire. Il était aussi en nature dans quelques établissements avec, par exemple, l'extension des plages horaires du bloc opératoire pour les chirurgiens, ou en salariant par l'hôpital les infirmières ou les assistants avec lesquels les praticiens travaillaient, initialement rémunérés par eux.	Positif
Difficultés rencontrées pour les remboursements des soins par le gouvernement	Des retards de paiement des professionnels et des établissements avaient parfois été observés générant des problèmes de « <i>cash flow</i> ». Le système de co-paiement par les patients s'était simplifié du fait de l'expérience, puisqu'ils n'avaient plus qu'un seul paiement à effectuer contre plusieurs et avec des taux de prise en charge différents d'auparavant.	Négatif pour les professionnels, positif pour les patients
Atteinte des objectifs	• La satisfaction des participants concernant l'expérience était mitigée, certains d'entre eux reprochant à Medicare de ne pas promouvoir suffisamment l'expérimentation et de ne pas avoir prévu d'exonération du co-paiement pour les personnes non assurées. • À la suite de l'expérimentation, les établissements avaient généralement signé des contrats de paiement à l'épisode de soins pour la chirurgie cardiaque. • L'expérience a bien permis de réduire les coûts dans trois établissements sur quatre disposant de données de microcosting. • L'alignement des incitations entre les hôpitaux et les chirurgiens était considéré comme l'une des clés pour modifier les comportements des chirurgiens. • L'augmentation observée de la sévérité des cas pourrait être liée à un codage des complications plus systématique, par les départements d'assurance qualité des établissements. • L'insatisfaction générale des établissements est liée aux difficultés de collecte des données et de facturation (existence de coûts irrécupérables non financés par <i>Medicare</i>), liées à la mise en place de procédures et programmes informatiques pour collecter ces données.	Plutôt positif

Les gains d'efficacité réalisés par les hôpitaux n'étaient pas uniformément répartis, ils portaient essentiellement sur la réduction des coûts de la prise en charge et étaient hétérogènes en fonction des DRGs ou des hôpitaux (de - 2 à 23 % selon les cas¹⁴⁹) (137).

D'après les interviews de professionnels réalisées, ces gains étaient essentiellement liés aux changements de pratiques et de protocoles. Ainsi, par exemple, les hôpitaux avaient introduit un nouveau protocole de prise en charge 24 heures après l'intervention en unité de soins intensifs et utilisaient des produits d'anesthésie à action plus courte, de manière à favoriser la récupération rapide des patients et favoriser le retour rapide à domicile. La durée de séjour avait ainsi diminué de 14 à 32 % selon les établissements. Des gains d'efficacité étaient également attribuables aux soins infirmiers (amélioration des flux de patients), aux actes de laboratoire, et au poste médicament.

À la suite de cette expérience, le HFCA avait annoncé la conduite d'autres expérimentations du même type.

Geisenger

L'évaluation du programme Geisenger réalisée en 2007 par Casale *et al.* (142) avait montré qu'avant la mise en place du nouveau système de paiement, 59 % des patients seulement bénéficiaient du processus de soins défini. Ils étaient 100 % après trois mois, 86 % entre trois et cinq mois, mais de nouveau 100 % six mois après la mise en place du nouveau système. Le niveau d'adhésion des professionnels au processus *ProvenCare* était statistiquement significatif ($p = 0,001$ ¹⁵⁰).

Au niveau des résultats financiers, l'étude avant-après (comportant 137 patients en 2005 et 117 patients en 2006) (142) avait mis en évidence une durée de séjour plus faible (5,3 jours dans le groupe *ProvenCare* contre

149. Non ajusté par l'inflation.

150. En utilisant le *Cochran-Armitage Trend test*.

6,3 jours avant l'expérience) et une réduction des coûts hospitaliers de 5 %. Le taux de réadmission à 30 jours était passé de 7,1 % à 6 %. Pour autant, ces résultats, obtenus sur un nombre trop faible d'observations, n'étaient pas statistiquement significatifs.

Les résultats ayant été jugés satisfaisants pour le pontage coronarien, le nombre d'interventions financées par cette méthode avait été étendu au remplacement de la hanche, à la chirurgie de la cataracte, à l'utilisation de l'érythropoïétine, à la chirurgie bariatrique, à l'angioplastie dans le cas d'un infarctus du myocarde aigu et aux soins en périnatalité (146).

Prometheus

Le programme Prometheus n'avait pas réellement fait l'objet d'une évaluation concernant son efficience. Cela tient au fait que le système de paiement restait encore en construction dans les sites expérimentateurs. Deux études avaient été retrouvées, la première (131) évaluait le coût des événements évitables et la seconde (132) s'intéressait au retour d'expériences à partir des sites pilotes ayant développé ce type de paiement.

Dans l'étude réalisée en 2005-2006 par Rastogi *et al.* (131), le poids des événements évitables et l'impact du paiement potentiel à l'épisode de soins avait été évalué pour des patients relevant d'une assurance privée commerciale et ayant eu une arthroplastie du genou ou de la hanche. L'épisode considéré comprenait à la fois les dépenses de soins réalisées durant l'intervention, mais également celles concernant les professionnels de santé, les médicaments et autres types de dépenses. Le coût médical total pour les patients (2 076) ayant eu une arthroplastie de la hanche était de 54,9 millions de \$, dont 7,8 millions de \$ relevant d'événements évitables (14 %). L'arthroplastie du genou concernait 3 403 patients, soit 93,3 millions de \$ et 12,7 millions d'événements évitables (14 %).

L'étude publiée par Hussey en 2011 (132) avait évalué la faisabilité et l'intérêt de Prometheus en réalisant une enquête qualitative par interviews (entre 2009 et 2011) auprès des sites pilotes du programme. Cette enquête avait mis en évidence plusieurs éléments :

- **une mise en œuvre difficile dans un système d'offre cloisonné** : l'une des principales limites de ce système de paiement est qu'il implique de raisonner

d'un point systémique, alors que les producteurs de soins sont souvent cloisonnés. Il est donc difficile à mettre en œuvre d'un point de vue administratif (132). Le partage de la rémunération mais également du risque est rendu difficile, par exemple entre les médecins libéraux et les établissements hospitaliers ;

- **la complexité du système de paiement mis en place** : le paiement à l'épisode de soins est complexe et doit s'intégrer dans un système de santé également complexe. Prometheus a été considéré comme ajoutant un niveau de complexité supplémentaire, les sites pilotes ayant trouvé difficile l'application des ECR à leur propre système d'information (132) ;
- **pour optimiser le paiement, la réorganisation des soins nécessaires est souvent jugée trop importante par les acteurs**. Pour que le paiement à l'épisode de soins permette d'améliorer la qualité à coût identique voire à coût plus faible, des modifications substantielles dans la manière d'appréhender la production de soins devraient être réalisées, et il est peu probable que les producteurs soient en mesure de les mettre en œuvre (132).

En conclusion, les auteurs soulignaient que l'intérêt du paiement par épisode de soins apparaissait plus théorique que réellement constaté. Par ailleurs, les résultats venant des études pilotes de Prometheus avaient mis en évidence des retards dans la mise en œuvre liés à la complexité du dispositif. Ainsi, en mai 2011, aucun site pilote n'était en mesure d'utiliser le système Prometheus comme système de paiement des offreurs (132).

► Évaluation de la faisabilité d'une extension du paiement à l'épisode de soins à Medicare

Le paiement à l'épisode de soins a d'abord été utilisé par les assureurs privés. Son utilisation par Medicare est en cours par le biais d'encouragement à la conduite d'expérimentation.

Diffusion des paiements à l'épisode de soins dans les assurances santé américaines

Afin de connaître les modalités de diffusion de la tarification à l'épisode de soins aux États-Unis, le GAO (*Government Accountability Office*) (136) avait réalisé entre mars et décembre 2010 une enquête auprès des cinq principaux assureurs santé privés (*Aetna, Cigna,*

Humana, UnitedHealth Group et WellPoint), complétée par des entretiens auprès des sociétés savantes médicales ayant une position sur la tarification à l'épisode de soins.

Les cinq assureurs avaient déclaré :

- utiliser des systèmes de paiement à l'épisode de soins depuis une vingtaine d'années, mais uniquement dans le domaine de la transplantation d'organes¹⁵¹ ou de la moelle osseuse. Ces paiements incluaient généralement les soins hospitaliers, le paiement des médecins et tous les services auxiliaires pour l'ensemble de l'épisode de soins (évaluation initiale, fourniture de l'organe, hospitalisation, réadmission et suivi de 30 à 365 jours selon les assureurs). La consommation de services était évaluée à partir de la trajectoire de soins. La transplantation avait été choisie car il s'agissait d'une intervention très coûteuse pour laquelle l'assureur souhaitait poser une limite de prise en charge. Il n'existait pas d'ajustement en fonction de la sévérité des cas, mais quatre des assureurs avaient établi des provisions pour faire face financièrement aux outliers. Pour ces outliers, le paiement s'effectuait à la journée ;
- deux assureurs seulement avaient développé des paiements à l'épisode de soins pour d'autres procédures : pour la chirurgie bariatrique en 2009 dans 22 États, et pour le pontage coronarien dans un État ;
- trois assureurs avaient passé des contrats avec des centres d'excellence de manière à encourager les utilisateurs à se tourner vers les hôpitaux ayant de forts volumes, une pratique de qualité et à favoriser l'efficacité. Dans ce cadre, les hôpitaux étaient prêts à consentir des réductions de paiement, parce qu'ils étaient assurés d'avoir un fort volume.

Le payeur contractualisait directement avec l'établissement hospitalier et les médecins concernés qui étaient, soit des médecins travaillant pour l'établissement, soit des médecins ayant passé des contrats¹⁵² avec ces établissements, le traitement des dossiers se faisant la plupart du temps manuellement. Les patients bénéficiaient d'un « *case manager* » afin de les aider à choisir le centre le plus approprié, et de faciliter les relations entre l'offreur de soins et l'assureur.

Au total, les paiements à l'épisode de soins étaient pratiqués par les assureurs privés pour des procédures complexes, clairement dans le cadre d'une démarche assurantielle visant à limiter le risque financier associé à cette prise en charge. Les interventions avaient également été choisies parce qu'il existait des protocoles de prise en charge bien définis.

Freins et leviers d'une extension du dispositif pour Medicare

Les cinq principaux assureurs privés et les experts médicaux avaient également identifié les freins et les leviers d'une utilisation par Medicare du principe de la tarification à l'épisode de soins aux États-Unis (136).

Les leviers identifiés par les personnes interrogées étaient :

- la bonne connaissance par les producteurs des principes de la tarification à l'épisode de soins liée aux expérimentations et à une acceptation progressive ;
- le poids de Medicare dans le système de santé, qui est plus important que celui des assureurs privés (plus de 50 % de l'activité hospitalière). Medicare a donc un pouvoir incitatif important et peut avoir un effet d'entraînement sur l'ensemble des acteurs ;
- le paiement à l'épisode de soins permet d'accroître l'efficacité, en favorisant les pratiques d'excellence et en limitant le nombre d'actes redondants.
- Les freins concernaient :
 - le traitement des dossiers à la main et la nécessité de négocier avec chaque établissement ;
 - la difficulté pour établir un contrat unique pour tous les acteurs impliqués dans la prise en charge ;
 - l'absence de définition standardisée concernant l'épisode de soins. Pour les experts médicaux interrogés, le paiement à l'épisode de soins pouvait ne pas être applicable pour de nombreuses procédures qui n'avaient pas de protocole de prise en charge standardisé ;
 - les « *case managers* » apparaissaient essentiels dans la prise en charge, or Medicare ne dispose pas de ce type de personnel ;
 - des registres publics sur la qualité des transplantations réalisées n'existaient pas, mais Medicare

151. Cœur, foie, rein et pancréas.

152. Hospital-affiliated practice plans.

pourrait contribuer à la constitution de ce type de registres ;

- le paiement est unique, pour tous les producteurs, or la prise en charge financière par *Medicare* se caractérise par différents types de franchises ou tickets modérateurs en fonction des offreurs, ce qui pourrait donc constituer une difficulté technique d'application ;
- la sélection de centres d'excellence pourrait poser problème dans la mesure où *Medicare* doit théoriquement référencer tous les offreurs de soins, dès lors qu'ils remplissent certaines conditions permettant de participer au programme.

Définition du périmètre de l'épisode de soins

Le périmètre de l'épisode restait difficile à définir, en particulier concernant la prise en compte des interventions médicales réalisées après l'hospitalisation. Dans une étude de 2010, sur 600 000 séjours *Medicare*, pour les interventions chirurgicales liées au remplacement des articulations, Avalere¹⁵³ (133) avait montré :

- que l'épisode de soins pouvait être considéré comme achevé pour 90,8 % des patients, 30 jours après l'intervention ;
- qu'en revanche, 9,2 % (dont 7,2 % de 31 à 60 jours) des patients avaient des épisodes de soins liés à l'intervention d'une durée plus longue. Avalere soulignait donc que le financement des réhospitalisations jusqu'à 30 jours pouvait s'avérer insuffisant pour ces patients ;
- par ailleurs, la moyenne de durée de l'épisode de soins était de 15 jours, mais la médiane était de quatre jours.

Le cabinet de conseil s'interrogeait donc sur la pertinence d'envisager les réhospitalisations en fixant une barre à 30 jours, qui ne correspondait en fait à aucune réalité clinique.

Il suggérait donc d'étudier la possibilité de créer deux types de tarification à l'épisode de soins, en fonction de la sévérité des patients, et recommandait de prendre en compte les diversités géographiques des pratiques.

Éléments à considérer avant le développement d'un paiement à l'épisode de soins

À la suite des difficultés identifiées, l'AHA (138) avait listé un certain nombre de questions à se poser par *Medicare* avant la mise en place d'un système de paiement à l'épisode de soins :

1. À quelles conditions est-il possible d'appliquer un paiement à l'épisode de soins ?
2. Quels sont les offreurs et les services qui doivent être inclus dans le paiement à l'épisode de soins ?
3. Comment sont déterminées les données comptables des offreurs ?
4. Quelle est la période de temps couverte par l'épisode de soins ?
5. Quelles sont les capacités nécessaires à l'organisation pour qu'elle puisse administrer le paiement à l'épisode de soins ?
6. Comment doivent être organisés les paiements ?
7. Comment le paiement à l'épisode de soins doit-il être ajusté au risque ?
8. Quelles sont les données nécessaires pour mettre en place un paiement à l'épisode de soins ?

► Position de *Medicare*

La position de *Medicare Payment Advisory Commission* (129) est très clairement en faveur du développement des expériences de paiement à l'épisode de soins. Ainsi, dès 2008, elle recommandait un passage progressif vers ce type de paiement pour un grand nombre d'interventions médicales.

En 2009, *Medicare* avait mis en place un programme d'expérimentation du paiement à l'épisode de soins sur une période de trois ans pour les hospitalisations en soins aigus (procédures cardiovasculaires et orthopédiques) sur 15 sites (134). Les établissements participants devaient avoir des volumes élevés d'activité, dans le but de tester la possibilité de bénéficier d'économies d'échelle. Les paiements considérés concernaient à la fois les parties A (soins hospitaliers) et B (soins des médecins, soins externes, équipements médicaux, et

153. Entreprise américaine de consulting stratégique en santé.

autres services médicaux) des tarifs *Medicare*, ainsi que les tests réalisés avant l'hospitalisation, mais pas les soins suivant l'hospitalisation. *Medicare* partageait les économies réalisées avec les sites participants et les patients.

En 2010 et 2011, dans le cadre du suivi du *Patient Protection and Affordable Care Act* (loi sur la protection des patients et des soins abordables)¹⁵⁴, les CMS ont publié¹⁵⁵ une note incitant au développement d'initiatives de paiement à l'épisode de soins à partir de janvier 2013 (134, 136). Les CMS doivent encourager les expérimentations volontaires avec les offreurs de soins et sur cinq ans. Les exemples cités étaient ceux du pontage coronarien et du remplacement de la hanche.

Les offreurs mettant en application ce dispositif sont rémunérés sur la base d'un paiement à l'acte, mais à un taux réduit négocié. À la fin de l'épisode de soins, le total des paiements effectués pour cet épisode était comparé au forfait de paiement à l'épisode cible. Si le total des paiements effectués est inférieur à la cible, les producteurs de soins se partagent la différence. Quatre modèles sont proposés par les CMS :

- **modèle 1** : l'épisode de soins est un séjour hospitalier en court séjour. *Medicare* rémunère alors l'établissement sur la base du paiement prospectif pour les séjours hospitaliers (*Inpatient Prospective Payment System*) avec une décote (de 0 % la première année à 2 % en année 3). Les soins ambulatoires sont payés en utilisant la grille MPFS. Les professionnels hospitaliers et autres peuvent se partager les gains liés à une meilleure coordination des soins ;
- **modèle 2** : le paiement à l'épisode de soins comprend à la fois le séjour hospitalier et les phases aval de l'hospitalisation (de 30 à 90 jours après la sortie). Le forfait de l'épisode de soins comprend tous les services consommés pendant l'hospitalisation, mais également ceux liés à la réadmission du patient, ainsi que les tests de laboratoire, le financement des équipements, les prothèses et autres dispositifs médicaux. La réduction de tarif est de 3 % pour les séjours de 30 à 89 jours et de - 2 % pour les séjours de plus de 90 jours ;
- **modèle 3** : il ne concerne que le paiement de l'épisode de soins après l'hospitalisation, il comprend

tous les services facturés après l'hospitalisation, y compris les réadmissions ;

- **modèle 4** : il ne comprend que la phase de l'hospitalisation aiguë et éventuellement la réadmission, que ce soit concernant les médecins de l'établissement hospitalier ou non. Dans ce cas, les médecins ne facturent pas à *Medicare* la prestation via la grille MPFS et seront rémunérés par l'hôpital dans le cadre de l'épisode de soins. Le taux de réduction par rapport au tarif initial est fixé à moins 3 %.

154. Votée le 30 mars 2010.

155. CMS, *Fact Sheet, August 23, 2011, Bundled Payment for Care Improvement Initiative*.

Points clés

Pour dépasser les limites de la tarification à l'activité, certains pays ont recherché un modèle tarifaire permettant d'améliorer l'efficacité et la qualité de la prise en charge.

Pour ce faire, le modèle tarifaire retenu doit s'affranchir des tarifs basés sur les coûts (*cost based pricing*), utiliser des principes tarifaires adaptés à l'objectif poursuivi. On parle alors de tarification normative (*normative pricing*).

Deux types de tarification normative ont été développés très récemment et appliqués à la chirurgie ambulatoire. Il s'agit de la tarification à la meilleure pratique (*Best Practice Tariff*), mise en place en Grande-Bretagne, et de la tarification à l'épisode de soins (*Bundled Payment*) utilisée aux États-Unis.

1- Tarification à la meilleure pratique

Le principe du tarif à la meilleure pratique a été conçu en Grande-Bretagne pour inciter les offreurs à produire des soins de qualité et coût-efficaces. Il se démarque de la tarification à l'activité qui est au coût moyen. Ce système de paiement repose sur l'évaluation des coûts d'une pratique d'excellence ou *a minima*, d'une bonne pratique.

Le *Best Practice Tariff* a été introduit en 2010 pour deux procédures de chirurgie ambulatoire avec extension à 12 procédures supplémentaires en 2011.

Principe

Pour la chirurgie ambulatoire, ce nouveau modèle tarifaire représente un véritable changement de paradigme par rapport au tarif identique au coût moyen pratiqué jusqu'alors en Grande-Bretagne :

- il rétablit deux tarifs distincts pour la chirurgie ambulatoire et la chirurgie conventionnelle ;
- il calcule le coût non plus sur la base de la moyenne observée dans les établissements, mais sur la base de la pratique la plus efficace (la chirurgie ambulatoire parfois combinée à une technique opératoire ou à un mode d'organisation de la prise en charge du patient) ;
- il fixe les tarifs pour la chirurgie ambulatoire à un niveau plus élevé que celui de la chirurgie classique, en tenant compte du taux d'atteinte de l'objectif cible (taux de chirurgie ambulatoire à atteindre sur le territoire).

Le BPT combine ainsi la recherche de l'efficacité avec la mise en place d'un processus d'incitation tarifaire visant à atteindre un taux cible.

Évaluation

L'évaluation de l'impact du BPT au Royaume-Uni n'a été réalisée que dans une étude. Elle montrait que le BPT avait eu un impact sur le taux de cholécystectomies pratiquées en ambulatoire, mais ces résultats restaient limités à une procédure et ont été analysés sur une période brève. Par ailleurs, certains effets négatifs liés à l'utilisation du BPT avaient été enregistrés, notamment concernant l'accroissement des délais d'attente et les modifications de codage des comorbidités. Enfin, l'augmentation du recours à la technique laparoscopique, qui était souhaité, n'était pas toujours observée.

2- Tarification à l'épisode de soins

Considérant que les tarifs à l'activité ou à l'acte utilisés aux États-Unis rémunéraient une prestation de service dont le périmètre est relativement étroit, sans approche coordonnée des soins, ce qui encourage la multiplication des actes, la MedPAC (*Medicare Payment Advisory Commission*) a proposé d'expérimenter en 2008 un nouveau modèle tarifaire à l'épisode de soins (*Bundled Payment*).

Principe

Le principe est un paiement unique pour l'ensemble des soins dont le patient a besoin au cours d'un épisode morbide donné, plutôt que de rémunérer les offreurs pour chaque acte réalisé isolément.

Ce paiement s'étend :

- à plusieurs offreurs de soins qui doivent se coordonner entre eux et se partager une rémunération globale ;
- la rémunération globale est inférieure à la somme des paiements isolés antérieurement perçus ;
- le tarif de l'épisode de soins prévoit généralement une rémunération pour couvrir les risques aléatoires, mais les coûts des risques techniques (complications évitables) sont à la charge des producteurs de soins.

Les offreurs passent ensemble un contrat avec le payeur (i.e. *Medicare*, *Medicaid* ou une compagnie d'assurance privée), qui a préalablement évalué le coût global de l'épisode de soins à l'aide de ses bases de données.

Expérimentation

Ce système a été expérimenté et évalué dans trois programmes : *Medicare* (dans les années 1990 pour le pontage coronarien), le programme Promethus en 2006 concernant différents plans de santé et 10 procédures de chirurgie, et *Geisinger's ProvenCare* à partir de 2006 dans le cadre d'un système de soins intégré pour le pontage coronarien.

Évaluation

Le dispositif de paiement à l'épisode de soins présente potentiellement des avantages en termes d'efficacité et a donné des résultats prometteurs dans les sites où il a été expérimenté, mais les données d'évidence validant ces présupposés théoriques sont peu nombreuses, et portent sur les expérimentations les plus anciennes.

En revanche, des difficultés pratiques de mise en application ont été soulignées. Elles sont essentiellement d'ordre administratif (collecte des informations, coordination des offreurs, etc.). Pour les résoudre, il est nécessaire que la mise en place soit progressive, et s'accompagne d'une période d'expérimentation préalable.

Pour la chirurgie, ce système présente surtout un intérêt pour les interventions coûteuses ou mobilisant un nombre important de producteurs de soins qui doivent se coordonner (ex. : prise en charge autour du pontage coronarien). Il a toutefois été expérimenté pour quelques interventions en chirurgie ambulatoire, dans le cadre du programme Promethus. L'intérêt du paiement à l'épisode de soins pour tarifier la chirurgie ambulatoire repose plus sur la capacité à définir l'intervention

...

Points clés (suite)

la plus appropriée, les étapes de la prise en charge et le chemin clinique du patient, pour ensuite en déterminer le coût. Le paiement à l'épisode

de soins aurait par ailleurs l'avantage d'être incitatif pour l'amélioration de la qualité, s'il incluait par exemple les réadmissions à 30 jours.

2.7 Relation entre les modèles tarifaires et l'efficience

Le développement de la chirurgie ambulatoire doit être réalisé en y associant des objectifs de qualité et d'efficience (cf. instruction DGOS/R3 n°2010-457 du 27 décembre 2010). Les mesures tarifaires doivent donc à la fois permettre le développement de la chirurgie ambulatoire, mais également permettre d'en accroître l'efficience. Dans cette partie du rapport, on s'intéresse d'abord à la manière dont la tarification à l'activité dans son ensemble devrait être construite pour améliorer l'efficience (2.7.1), puis on analyse le type d'efficience que la tarification actuelle de la chirurgie ambulatoire permet d'améliorer (2.7.2), pour enfin présenter les éléments de choix qui s'offrent au décideur pour un renouveau du modèle de tarification de la chirurgie ambulatoire en France (2.7.3).

2.7.1 La tarification à l'activité vise à améliorer l'efficience

En France, comme l'a souligné dans son rapport de 2012 l'Inspection générale des finances¹⁵⁶ (33), le rôle précis joué par la tarification à l'activité est ambigu. Pour l'IGF, il existe deux schémas possibles de raisonnement :

- le premier schéma conçoit les outils tarifaires comme des instruments d'allocation des ressources dans une logique budgétaire. Dans ce cas, les outils tarifaires doivent être des instruments de financement garantissant le respect de l'enveloppe fermée de l'ONDAM. La hiérarchie des coûts enregistrée dans l'ENCC permet alors de déterminer une clé de ventilation entre les GHS. Le tarif par GHS tient compte de cette hiérarchie tout en incluant la contrainte macro-économique de l'ONDAM. Si l'on se situe dans ce cadre de raisonnement :
 - le principe de neutralité tarifaire devrait être respecté,

- les corrections pour les politiques de santé publique ou incitations vers une pratique spécifique seraient supprimées, dès lors que l'outil tarifaire n'aurait vocation qu'à répartir des financements de manière équitable entre les établissements, et non à orienter des comportements économiques.

Pour l'IGF, ce premier schéma trouverait cependant rapidement ses limites en gommant tout signal prix. Les tarifs calculés ne prenant en compte que la contrainte budgétaire ne correspondraient plus à la réalité économique sous-jacente concernant les coûts de production des soins. Ce modèle, s'il était retenu, devrait s'accompagner parallèlement de mécanismes d'incitation à l'efficience productive ;

- dans le second schéma, les outils tarifaires doivent être conçus comme des instruments de financement poursuivant prioritairement un objectif d'efficience. La T2A conduirait les établissements à améliorer leur efficience productive. Dans ce cadre, il conviendrait :
 - d'améliorer le recueil d'informations standardisées sur les pratiques médicales et sur les coûts (représentativité de l'échantillon, réduction du décalage temporel entre coûts et tarifs, harmonisation des comptabilités analytiques, etc.),
 - de fixer les tarifs au coût efficient, c'est-à-dire au coût réputé être le coût minimum rentable pour un établissement exerçant dans des conditions optimales. L'IGF envisage deux méthodes pour déterminer les coûts efficients :
 - valoriser les référentiels de bonnes pratiques médicales établis ou à établir par la HAS (conduite thérapeutique de référence),
 - utiliser une méthode, de nature statistique pour déterminer le coût efficient.

La première option a des limites, car il s'agit d'un travail complexe et long à réaliser pour toutes les procédures médicales ou chirurgicales. Par ailleurs, la HAS déter-

156. Cf. annexe 5.

mine actuellement plutôt les meilleures pratiques que les bonnes pratiques. L'approche statistique est plus facilement réalisable. Dans ce cadre, l'IGF propose, pour déterminer le coût efficient, de ne plus raisonner sur la moyenne de coût, mais de retenir par exemple le troisième décile des coûts observés dans l'ensemble des établissements.

Cette méthode statistique serait complétée par un travail d'expertise de la HAS qui vérifierait que ces coûts calculés se rapportent bien à des pratiques efficientes.

La mise en place des tarifs aux coûts efficients présente une limite importante. Elle est en effet peu compatible avec la régulation prix-volume introduite via l'ONDAM, ou surtout avec la pression « homothétique » de l'ONDAM, qui pénalise aujourd'hui tous les établissements, y compris ceux qui sont efficients.

Par ailleurs, en ne couvrant financièrement que le coût efficient, il existe un risque de dégradation de la qualité des soins qui devrait être prévenu en durcissant les conditions réglementaires (par exemple, par la certification des équipes médicales, l'entente préalable, les programmes de gestion des risques, etc.) définies par les ARS à partir des référentiels de la HAS.

L'IGF¹⁵⁷ a proposé la mise en place de systèmes tarifaires alternatifs (33), de manière expérimentale et ciblée, et n'ayant pas vocation à devenir universels. Elle préconise de sortir d'un paiement segmenté pour s'orienter vers une approche plus coordonnée en :

- renforçant le poids des rémunérations complémentaires hors outils tarifaires. D'ores et déjà, le système de financement de l'offre intègre des flux financiers hors outils tarifaires(33) ; il peut s'agir de forfaits (pour les urgences par exemple) ou de dotations (pour certaines activités non rémunérées à l'activité comme la psychiatrie ou les MIGAC). Ces dotations complémentaires peuvent être attribuées au niveau national ou au niveau local (via les ARS) ;
- faisant émerger une tarification à l'épisode de soins ;
- expérimentant un mécanisme de financement sous forme d'enveloppes régionales réparties sur appel d'offres.

2.7.2 Quel type d'efficience la tarification de la chirurgie ambulatoire vise-t-elle à améliorer ?

Les incitations tarifaires développées dans le cadre de la chirurgie ambulatoire ont été mises en place afin de favoriser la substitution de la chirurgie classique par la chirurgie ambulatoire, jugée plus efficiente.

Le schéma tarifaire retenu correspond donc au second schéma de raisonnement présenté par l'IGF visant à améliorer l'efficience via l'incitation à pratiquer un mode de prise en charge des patients plutôt qu'un autre.

Il convient donc d'analyser en détail le lien entre le principe de tarification identique retenu comme principal outil incitatif et sa capacité effective à améliorer l'efficience.

► Un objectif premier d'amélioration de l'efficience allocative

À travers le développement de la chirurgie ambulatoire, le régulateur recherche à obtenir des gains d'efficience dite « allocative ». En effet, la pratique de la chirurgie ambulatoire, réputée moins coûteuse pour le financeur et au moins aussi efficace médicalement que la chirurgie classique (3), devrait permettre de réduire l'allocation des ressources en dégagant des marges de financement pour d'autres activités au sein du système de santé, que ce soit pour d'autres activités chirurgicales ou pour d'autres interventions de santé. On raisonne ici en termes de coûts d'opportunité d'une stratégie de prise en charge par rapport à une autre.

L'obtention des gains d'efficience allocative est néanmoins en partie incompatible avec le principe de tarification identique qui a été retenu.

En effet, si on égalise le tarif de la chirurgie ambulatoire avec celui de la chirurgie classique, les deux types d'intervention auront de fait le même coût pour l'Assurance maladie. Cette dernière n'enregistrera donc plus de gains d'efficience en termes de coûts associés à la substitution d'une activité par l'autre. De même, l'établissement de santé, s'il raisonne dans une approche strictement « recettes », verra ces dernières augmenter de la même manière, qu'il choisisse l'un ou l'autre des deux types d'hospitalisation.

156. Cf. annexe 4.

Alors que l'amélioration de l'efficacité attendue repose essentiellement sur la baisse attendue des coûts de la chirurgie pour l'Assurance maladie, la tarification identique a pour effet d'annuler les gains espérés d'efficacité allocative, voire même à les diminuer, si le développement de la chirurgie ambulatoire nécessite de réaliser au préalable des investissements coûteux, à la charge de l'Assurance maladie, ou de l'établissement de santé. La substitution de la chirurgie classique par la chirurgie ambulatoire peut également se traduire par un accroissement du nombre d'interventions totales pratiquées ayant pour effet d'accroître les dépenses de l'Assurance maladie. Cet objectif peut être recherché dans les systèmes de santé où il existe pénurie d'offre comme au Royaume-Uni, mais tel n'est pas le postulat de départ en France.

En revanche, par son mode de calcul qui fait progressivement diminuer le tarif vers le coût de la chirurgie ambulatoire en fonction du pourcentage d'interventions réalisées en ambulatoire, la tarification identique permet, à l'issue du processus, d'améliorer l'efficacité allocative. En effet, lorsque la très grande majorité des interventions auront basculé vers l'ambulatoire, le niveau du tarif identique deviendra très proche de celui de l'ambulatoire, ce qui permettra potentiellement de diminuer la charge financière globale de ces interventions pour l'Assurance maladie, par rapport à la situation initiale. Ainsi, la règle de calcul du tarif (moyenne des tarifs du J et du niveau 1 d'hospitalisation classique pondérée par le taux de chirurgie ambulatoire dans le secteur où le taux d'ambulatoire est le plus élevé) permettra d'atteindre l'efficacité allocative à l'issue de la phase de développement de la chirurgie ambulatoire (si un objectif cible proche de 100 % d'interventions en chirurgie ambulatoire est atteint), et non le tarif identique en lui-même.

► La tarification identique ne permet pas d'enregistrer tous les gains potentiels d'efficacité productive

La tarification à l'activité permet de générer des gains d'efficacité productive par le mécanisme de la concurrence par comparaison. Les établissements qui enregistrent des coûts de production supérieurs au tarif pratiqué sont conduits à rechercher des processus de production leur permettant de réduire leurs coûts. De ce fait, la tarification identique permet d'inciter les établissements soit à diminuer leurs coûts de chirurgie classique qui sont

tarifiés à un niveau inférieur à leurs coûts de production, soit à basculer leur activité de chirurgie classique vers la chirurgie ambulatoire.

Pour autant, la tarification identique ne permet pas de garantir l'atteinte d'un niveau d'efficacité productive satisfaisant de la chirurgie ambulatoire pour deux raisons :

- le tarif identique n'a pas respecté le principe de la neutralité tarifaire et a sanctionné plus fortement les pratiques de chirurgie classique qu'il n'a gratifié la chirurgie ambulatoire ;
- le mode de calcul actuel du tarif identique est basé sur les coûts moyens de l'ENCC, et non sur les coûts des unités de chirurgie les plus efficaces, c'est-à-dire sur celles qui se situent sur la frontière d'efficacité productive, et qui ont donc optimisé leur processus de production et leurs flux de patients.

En résumé, la tarification identique permet de développer la chirurgie ambulatoire, mais les gains d'efficacité allocative associés ne peuvent être enregistrés qu'à la condition que le tarif fixé soit proche du coût de la chirurgie ambulatoire. Le tarif identique ne permet pas de garantir le niveau maximum de gains d'efficacité productive, tant que le tarif repose sur les coûts moyens et non les coûts reflétant la bonne pratique. Il est donc souhaitable de proposer des pistes d'amélioration du modèle tarifaire, de manière à combiner l'amélioration de l'efficacité allocative et l'efficacité productive, tout en incitant les établissements à développer l'activité de chirurgie ambulatoire lorsqu'elle est pertinente.

► Quels enseignements des modèles étrangers ?

Dans cette section, les effets sur l'efficacité de la tarification à la meilleure pratique adoptée au Royaume-Uni, ainsi que ceux du paiement à l'épisode de soins adopté aux États-Unis sont présentés successivement.

Le Best Practice Tariff

Plusieurs éléments composant le *Best Practice Tariff* britannique avaient pour objectif l'amélioration de l'efficacité :

- le BPT repose sur la détermination des bonnes pratiques, en utilisant les référentiels professionnels, afin de limiter les examens redondants ou inutiles, les réadmissions, l'articulation avec la prise en charge en ambulatoire et le maintien de la compétence

technique du chirurgien. Cette méthode contribue à améliorer l'efficacité et la qualité de la prise en charge, mais pas forcément à en diminuer les coûts, qui peuvent in fine se situer au-dessus des coûts moyens observés antérieurement. Le tarif calculé pour le BPT, en relation avec le coût, peut donc être plus élevé qu'antérieurement, avec une qualité supérieure. L'impact du BPT sur l'efficacité productive dépend par conséquent du différentiel coût-résultat obtenu ;

- le BPT repose sur la détermination, par les sociétés savantes, d'un taux cible de chirurgie ambulatoire qui est ensuite introduit dans la règle de détermination tarifaire. Dans ce cadre, il encourage collectivement à la recherche d'une meilleure efficacité allocative, en faveur de la chirurgie ambulatoire. Pour autant, le différentiel de tarif, qui est en faveur de la chirurgie ambulatoire, envoie un signal prix instantané défavorable à ce type d'intervention pour le financeur, pouvant lui laisser penser, à tort, que la chirurgie ambulatoire est devenue plus coûteuse que la chirurgie classique ;
- le tarif national BPT pour la chirurgie ambulatoire doit se situer en dessous du tarif antérieur fixé en relation avec le coût moyen pondéré observé¹⁵⁸, mais reste au-dessus du coût moyen des seules interventions ambulatoires. Il a donc l'avantage de limiter les pertes potentielles d'efficacité allocative liée à la tarification favorable de la chirurgie ambulatoire, mais en partie seulement.

Au total, le système britannique tente de concilier, dans une règle tarifaire unique, trois objectifs différents, dans un contexte de gestion des files d'attente :

- amélioration de l'efficacité productive via sa composante résultat en déterminant la meilleure pratique ;
- amélioration de l'efficacité allocative en fixant des tarifs en deçà des coûts moyens observés pour les deux pratiques ;
- incitation à pratiquer plus de chirurgie ambulatoire par la détermination de taux cibles et prise en compte de ces taux dans la règle tarifaire.

Pour autant, en fixant le tarif de l'ambulatoire délibérément au-dessus de celui de la chirurgie classique, ce modèle tarifaire :

- ne permet pas de réaliser les gains espérés d'efficacité allocative, puisque le tarif fixé pour la chirurgie ambulatoire est au final plus élevé que celui de la chirurgie classique ;
- introduit un surplus pour les établissements ayant fortement développé l'ambulatoire, au risque de limiter leur recherche de gain d'efficacité productive sur la chirurgie ambulatoire. Cela pourrait conduire notamment à une sous-utilisation des capacités de production.

L'objectif du régulateur britannique a clairement été ici une préoccupation différente de celle du régulateur français. Il privilégie en effet l'amélioration de la qualité de la prise en charge (meilleure pratique au sein de l'ambulatoire) et la mise en place d'une forte incitation tarifaire pour encourager à la substitution d'une activité par l'autre. Cela se fait au détriment de la recherche de gains d'efficacité productive côté coûts et de gains d'efficacité allocative. Au total, la règle tarifaire aura pour effet d'améliorer le taux de chirurgie ambulatoire, d'améliorer la qualité, mais sera globalement vraisemblablement plus coûteuse pour le système de santé britannique.

Le paiement à l'épisode de soins

Le paiement à l'épisode de soins introduit aux États-Unis vise quant à lui à améliorer l'efficacité productive à différents niveaux en :

- déterminant les phases de la prise en charge, en amont et en aval de l'intervention conformément aux guidelines et données d'évidence disponibles. Comme pour le BPT, cette méthode contribue à améliorer la qualité de la prise en charge, sans forcément en diminuer les coûts ;
- favorisant la coordination entre les professionnels dans les différentes structures de prise en charge limitant ainsi les examens redondants ou les coûts cachés liés à l'absence de coordination.

Son objectif est également d'enregistrer des gains d'efficacité allocative en introduisant :

- un tarif de l'épisode de soins plus faible que celui obtenu en additionnant les coûts de prise en charge par les producteurs de soins considérés de manière isolée ;

158. i.e. tenant compte de la part respective de la chirurgie ambulatoire et de la chirurgie classique.

- un système de partage des risques financiers entre les établissements et le financeur, de manière à diminuer le taux de survenue d'événements indésirables.

Le paiement à l'épisode de soins se situe dans une perspective plus globale (prise en compte de l'ensemble des producteurs de soins). Il permet de combiner la recherche de gains d'efficacité, productive et allocative, mais ne comprend pas de composante incitative visant à substituer une activité par une autre.

2.7.3 Éléments pour un renouveau du modèle tarifaire français de la chirurgie ambulatoire

Dans cette dernière partie du rapport, on présente, en s'appuyant sur les données de la littérature et les modèles tarifaires étrangers, les choix qui s'offrent au décideur en France pour proposer des règles tarifaires en fonction de ses priorités. Ces propositions peuvent, pour certaines, être combinées entre elles.

Si l'on privilégie le maintien de la tarification identique et la recherche de l'efficacité productive de la chirurgie ambulatoire côté « coûts ».

Toutes choses égales par ailleurs (i.e. calcul des tarifs basé sur les coûts moyens et maintien de la tarification identique), pour améliorer à la fois l'efficacité productive côté « coûts » de la chirurgie ambulatoire et favoriser la substitution de la chirurgie classique par de la chirurgie ambulatoire, il faudrait :

- que le tarif de la chirurgie ambulatoire se situe au niveau du coût moyen de celle-ci. Les gains d'efficacité productive entre les unités de chirurgie ambulatoire sont alors obtenus par le jeu du mécanisme de concurrence par comparaison relatif à cette activité ;
- que pour l'hospitalisation classique de niveau de sévérité 1, le tarif appliqué soit celui qui correspond au coût ENCC de la chirurgie ambulatoire. Il n'existerait alors plus d'incitation financière à pratiquer la chirurgie ambulatoire, mais une désincitation financière à réaliser de la chirurgie en hospitalisation classique.

Cette solution a néanmoins l'inconvénient de ne pas assurer la neutralité tarifaire pour la chirurgie classique, et de potentiellement sous-financer cette pratique, même lorsqu'elle est pertinente pour les patients.

Si l'on souhaite favoriser la recherche de gains d'efficacité productive du côté « résultat de santé ».

L'amélioration du résultat de santé peut être obtenue si tous les patients bénéficient des techniques les plus appropriées au regard de leur situation clinique. Le coût calculé pour la chirurgie ambulatoire doit être celui de la meilleure ou, a minima de la bonne pratique. Pour déterminer cette pratique, il existe trois méthodes :

- la définition de pratiques de référence ou de bonnes pratiques (type HAS) qui sont ensuite valorisées monétairement ;
- l'évaluation des standards à partir des frontières d'efficacité (méthode type *Data Envelopment Analysis* : cf. partie 2.4.1) ;
- l'utilisation d'une méthode statistique (par exemple, en raisonnant sur des quartiles de coûts observés).

L'intérêt et la faisabilité de ces différentes méthodes en France pour la chirurgie ambulatoire devraient être évalués.

Si l'on privilégie le principe de neutralité tarifaire pour les deux pratiques considérées isolément et que l'on souhaite reconnaître les spécificités organisationnelles de la chirurgie ambulatoire.

Le mode de prise en charge ambulatoire, même si l'acte technique est le même, correspond à un mode d'organisation différent, une séquence d'actes différente par rapport à la chirurgie classique, voire, dans certains cas, à des techniques (chirurgicales ou anesthésiques) retenues différentes. Elles sont d'ailleurs codées dans des GHS différents. Le processus de production en chirurgie ambulatoire n'est donc pas semblable à celui de la chirurgie classique. Les coûts sont donc différents dans leur structure.

Pour respecter la neutralité tarifaire et pour reconnaître la chirurgie ambulatoire comme un modèle d'organisation différent de celui de la chirurgie classique, il conviendrait donc de restaurer un tarif différent pour la chirurgie ambulatoire et pour la chirurgie de niveau 1, et par conséquent de rompre avec le principe de la tarification identique.

Le niveau des tarifs de l'ambulatoire se situerait alors au niveau du coût observé pour cette pratique. Pour autant, le principal inducteur de coût en chirurgie ambulatoire n'étant pas la durée de séjour, il conviendrait de redéfinir ses modalités de calcul, en particulier pour les charges

en personnel qui pourraient reposer par exemple sur les temps de bloc opératoire nécessaires aux interventions comme proposé dans deux études (25, 51).

Si l'on souhaite rompre avec le rôle d'évaluation-sanction de la pertinence de la chirurgie classique joué par la tarification.

La tarification identique revient à financer en dessous de son coût de production la chirurgie classique, et au-dessus de son coût de production la chirurgie ambulatoire. On a donc un mécanisme de sanction pour l'une et de récompense pour l'autre. Cela revient à supposer que la chirurgie classique, quand elle est pratiquée, pourrait l'être de manière inappropriée et doit donc être tarifiée en dessous de son coût de revient. Il existe donc une dimension implicite d'évaluation des pratiques dans le système tarifaire retenu.

On peut considérer qu'il est inapproprié de faire jouer ce rôle à la tarification pour deux raisons :

- on ne peut postuler de la pertinence de la chirurgie ambulatoire sans évaluer au préalable la situation clinique, sociale et environnementale du patient. La pratique la moins coûteuse (la chirurgie ambulatoire) n'a d'intérêt que si c'est celle qui est également la plus adaptée à la situation du patient, au risque autrement de voir apparaître des événements indésirables (réadmissions, morbidité, etc.) ;
- il existe déjà un dispositif dont le rôle est précisément d'évaluer la pertinence de la chirurgie classique, en fonction de la situation du patient. En effet, depuis 2008, dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale, certains établissements (sur décision de l'ARS) ont été mis sous accord préalable (MSAP) de l'Assurance maladie. La MSAP d'un établissement est décidée par l'ARS sur proposition de l'Assurance maladie, pour une durée maximale de six mois. Elle concerne 17 gestes chirurgicaux¹⁵⁹ réalisables en ambulatoire. En pratique, cela signifie que lorsqu'une hospitalisation complète est souhaitée pour un patient sur l'un des gestes sélectionnés, l'établissement doit requérir l'accord du service médical de l'Assurance maladie. La MSAP contrôle

donc a priori que l'intervention réalisée est celle qui est la plus pertinente, au regard de la situation clinique du patient.

Si l'on souhaite faire en sorte que les incitations portent sur les établissements de santé en fonction de leurs pratiques

Les objectifs de développement de la chirurgie ambulatoire en France ont été fixés au niveau macroéconomique (taux global de 50 % d'actes pratiqués en chirurgie ambulatoire d'ici à 2016). Les incitations tarifaires sont également pratiquées au niveau macroéconomique puisque le tarif identique est appliqué à tous les établissements.

Or les situations individuelles des établissements de santé vis-à-vis du développement de la chirurgie ambulatoire et du niveau d'efficience déjà atteint sont hétérogènes. Par ailleurs, la décision de développer ou non la chirurgie ambulatoire est prise au niveau de l'établissement de santé. Le taux de chirurgie ambulatoire enregistré au niveau national par l'ATIH est donc la somme de microdécisions prises isolément au niveau des unités de chirurgie de chaque établissement, voire même au niveau de chaque patient. Ces microdécisions sont indépendantes les unes des autres, même si le système tarifaire choisi (tarif au coût moyen de l'ensemble des hôpitaux, tarif identique se rapprochant de celui de la chirurgie ambulatoire au fur et à mesure de l'atteinte de l'objectif national), les rend, de fait interdépendantes. Il faut donc que la tarification incite avant tout :

- les établissements qui réalisent déjà de la chirurgie ambulatoire à poursuivre voire à étendre cette activité, tout en recherchant des gains d'efficience productive ;
- les établissements qui pratiquent essentiellement de la chirurgie classique à développer la chirurgie ambulatoire, en complément ou en substitution de la chirurgie classique.

Le niveau de la décision de s'engager dans la chirurgie ambulatoire est celui des établissements de santé. Il est donc logique que le niveau des incitations soit le même.

159. Adénoïdectomies, arthroscopies du genou hors ligamentoplasties, chirurgie anale, chirurgie du canal carpien et autres libérations nerveuses (MS), chirurgie de la conjonctive (ptérygion), chirurgie de la maladie de Dupuytren, chirurgie des bourses, chirurgie des hernies inguinales, chirurgie des varices, chirurgie du cristallin, chirurgie du sein/tumorectomie, chirurgie réparatrice des ligaments et tendons (main), chirurgie du strabisme, chirurgie de l'utérus, vulve, vagin et AMP, coelioscopie gynécologique, extraction dentaire, exérèses de kystes synoviaux.

Par ailleurs, au niveau de l'établissement, l'équilibre tarif-coût repose sur les gains d'efficacité productive qu'il est en mesure de réaliser en optimisant son processus productif. Ces gains sont d'autant plus difficiles à obtenir que l'établissement a optimisé son processus productif. De plus, l'optimisation de l'efficacité productive renvoie à deux notions différentes : les gains d'efficacité productive réalisés grâce aux économies d'échelle (accroissement des volumes) et les gains d'efficacité par économies de gamme, ces dernières pouvant reposer sur une plus grande spécialisation ou au contraire sur une diversification plus forte de l'éventail de cas traités.

Enfin, l'incitation à agir n'est efficace que si le bénéfice des incitations perçues au niveau de l'établissement est ensuite, au moins en partie, redistribué aux personnels qui en sont à la source. Cette redistribution n'est pas obligatoirement monétaire, elle peut se traduire par une amélioration des conditions de travail, une meilleure formation, etc.

Pour inciter et encourager la chirurgie ambulatoire au niveau de chaque établissement, plusieurs pistes pourraient être explorées :

- **privilégier l'incitation plutôt que la sanction pour réaliser des gains d'efficacité allocative**

L'objectif étant d'augmenter le taux de chirurgie ambulatoire, il pourrait être envisagé de mesurer les gains d'efficacité allocative générés annuellement par l'amélioration du taux de CA sur une procédure donnée à effectif constant. Les gains d'efficacité seraient alors partagés entre l'Assurance maladie et les établissements en répartissant l'enveloppe en fonction du taux d'effort au développement de l'ambulatoire consenti par l'établissement considéré.

- **combiner l'incitation tarifaire avec d'autres mesures d'accompagnement**

L'incitation tarifaire seule ne peut suffire au développement de la chirurgie ambulatoire. Ainsi, en Grande-Bretagne, la mise en place du BPT a bénéficié de mesures d'accompagnement comme l'admission par défaut de tout patient en chirurgie ambulatoire pour les procédures sélectionnées, le recrutement de personnels formés spécifiquement à la pratique de la chirurgie ambulatoire, la visite des équipes les plus performantes.

En France, selon l'IGF¹⁶⁰ (33), l'adaptation de l'offre de soins aux besoins selon le mode de prise en charge le plus pertinent (développement des capacités de l'ambulatoire au détriment de l'hospitalisation conventionnelle) combine plusieurs facteurs tels que la formation, la bonne articulation des parcours de soins (par exemple, la réduction de la DMS d'une personne âgée par la prise en charge en ambulatoire implique des solutions d'aval adaptées) et l'intérêt à agir (via le tarif ou la rémunération). Selon elle, le rôle de l'outil tarifaire doit donc être relativisé et accompagné d'autres mesures dont plusieurs ont été recommandées récemment :

- **la contractualisation entre les ARS et les établissements**

L'IGAS (33) propose qu'en contrepartie de l'atteinte d'objectifs de développement de la chirurgie ambulatoire, adaptés au positionnement local des établissements et à leur patientèle, des rétributions temporaires soient attribuées, financées dans le cadre des MIGAC. L'incitation n'aurait pas vocation à être prolongée une fois les objectifs locaux atteints.

Pour l'IGAS, ce mode d'incitation, hors tarifs, est d'autant plus pertinent que le développement de la chirurgie ambulatoire conduit souvent à des réorganisations de la pratique hospitalière. Selon elle, il faut inciter les établissements pour qu'ils entreprennent cette réorganisation, mais il n'existe pas de raison de maintenir l'incitatif une fois que la chirurgie ambulatoire est devenue la pratique de routine. Pour autant, ces MIGAC devraient alors pouvoir bénéficier aussi bien aux établissements publics que privés dans le cadre de ces réorganisations.

- **l'amélioration de la lisibilité de la politique d'investissement**

Pour l'IGAS (31), la réorganisation de l'offre de soins nécessaire pour favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire peut nécessiter la réalisation d'opérations de restructuration, souvent liée à la capacité d'investir. Pour la chirurgie ambulatoire, la restructuration doit s'organiser autour de l'accueil et du circuit du patient.

160. Cf. annexe 4.

La construction des tarifs (31) via l'ENCC prend en compte les dépenses d'investissement (dépenses de groupe 4 : amortissements et frais financiers). Les tarifs intègrent donc un effort moyen et lissé d'investissement consenti par les établissements de santé participants à l'ENCC. Néanmoins, les plans Hôpital 2007 et 2012 et le recours au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMSEPP) ont permis de financer des dépenses exceptionnelles, mais selon l'IGAS, cela a pu conduire à des effets d'aubaine avec des équipements surdimensionnés par rapport à l'activité et les sommes affectées le sont au détriment des sommes affectées aux tarifs.

D'après l'IGAS, la situation financière des établissements s'étant dégradée depuis la mise en

place de la T2A, leur capacité d'autofinancement (CAF) a diminué, même si ce constat global cache d'importantes disparités. L'IGAS recommandait donc de construire une théorie de l'investissement des établissements hospitaliers, qui prendrait en compte leur plus grande sensibilité qu'auparavant à la rentabilité de ces investissements et aux interrogations sur le financement de ces derniers. Elle préconise un accompagnement plus cohérent de la part de la tutelle.

Pour l'IGAS, la tutelle doit préciser aux établissements si les tarifs d'une activité doivent servir à financer l'investissement courant, les investissements structurants étant financés par des allocations de ressources supplémentaires.

Points clés

La tarification à l'activité vise à améliorer l'allocation des ressources entre les établissements de santé et à réaliser des gains d'efficience par le biais du mécanisme de concurrence par comparaison. Pour autant, l'enveloppe fermée consacrée aux établissements de santé dans le cadre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie a tendance à faire tendre la tarification à l'activité T2A vers un mécanisme d'allocation budgétaire. Pour l'IGF, cette dérive devrait être corrigée, de manière à ce que les règles tarifaires assurent une production aux coûts efficaces, les modalités pratiques de détermination de ces coûts efficaces restant à déterminer (par référentiels de bonne pratique et détermination statistique).

Pour la chirurgie, la tarification identique a été introduite afin de favoriser la substitution de la chirurgie classique par la chirurgie ambulatoire, et de dégager des gains d'efficience allocative, puisque cette dernière est réputée moins coûteuse pour le financeur. Pour autant, avec la tarification identique, les gains d'efficience allocative deviennent plus limités que ceux initialement prévus, puisqu'ils ne peuvent se réaliser que lorsque le tarif pratiqué a convergé vers le coût de la chirurgie ambulatoire, à la suite du développement de cette activité. De plus, parce qu'elle ne respecte pas la neutralité tarifaire et reste déterminée par rapport aux coûts moyens, la tarification identique ne permet pas de réaliser la totalité des gains d'efficience potentiellement productive.

Les modèles de tarification utilisés à l'étranger (tarification à la meilleure pratique en Grande-Bretagne et tarification à l'épisode de soins aux États-Unis) ont été introduits dans des contextes spécifiques mais avaient également pour objectif d'augmenter l'efficience :

- l'objectif du régulateur britannique était de privilégier en effet l'amélioration de la quantité d'offre ambulatoire tout en améliorant la qualité de la prise en charge (meilleure pratique) et la mise en

place d'une forte incitation tarifaire pour encourager à la substitution d'une activité par l'autre. Toutefois, le modèle des tarifs à la meilleure pratique encourage l'amélioration de la qualité de la prise en charge, mais pas forcément la réalisation de gains d'efficience car les coûts de la meilleure pratique peuvent s'avérer plus élevés. De plus, l'incitation tarifaire à la substitution conduit à sur-tarifier la chirurgie ambulatoire par rapport à son coût réel pour l'établissement. Au total, la règle tarifaire aura pour effet d'améliorer le taux de chirurgie ambulatoire, d'améliorer la qualité, mais sera globalement vraisemblablement plus coûteuse pour le système de santé britannique ;

- le modèle américain du paiement à l'épisode de soins se situe dans une perspective plus globale (prise en compte de l'ensemble des producteurs de soins). Il permet de combiner la recherche de gains d'efficience, productive et allocative, mais ne comprend pas de composante incitative visant à substituer une activité par une autre.

L'analyse de la littérature a permis de montrer que différents éléments peuvent contribuer au renouveau du modèle tarifaire français de la tarification identique. Le fait d'en privilégier certains dépend des objectifs et contraintes du régulateur :

- si l'objectif est la recherche de l'efficience productive de la chirurgie ambulatoire tout en maintenant la tarification identique, ce tarif devrait être fixé au niveau du coût constaté de la chirurgie ambulatoire ;
- si l'on souhaite favoriser la recherche de gains d'efficience productive du côté résultats de santé, le tarif devrait être calculé en référence au coût de production des bonnes pratiques en chirurgie ambulatoire ;

...

Points clés (suite)

- si l'on privilégie le principe de neutralité tarifaire tout en reconnaissant les spécificités organisationnelles de la chirurgie ambulatoire, il conviendrait de renoncer à la tarification identique et de fixer le tarif de chacune des prises en charge au niveau de son coût propre (un pour les séjours en J et un pour les séjours de niveau de sévérité 1) ;
- si l'on souhaite renoncer à la dimension « évaluation de la pratique de chirurgie classique » que joue implicitement la tarification identique, il conviendrait de renoncer à cette dernière et à davantage recourir aux mécanismes permettant d'évaluer la pertinence des pratiques de chirurgie classique (comme par exemple la mise sous accord préalable par l'Assurance maladie) ;

- si l'on souhaite renforcer les incitations en mettant en place des dispositifs au niveau des établissements, le partage des gains d'efficience allocative en fonction des niveaux d'effort de chaque établissement devrait être réalisé et des mesures d'accompagnement (contractualisation, politique d'investissement) pourraient être envisagées au niveau national ou local via les ARS.

Ces différentes propositions pourraient être combinées en fonction de l'objectif poursuivi par les tutelles.

3. CONSTATS ET RECOMMANDATIONS



L'objectif du programme commun HAS-ANAP sur la chirurgie ambulatoire est de proposer différents leviers permettant d'atteindre un taux d'interventions chirurgicales pratiquées en ambulatoire de l'ordre de 50 % à l'horizon 2016.

Ce rapport d'orientation s'inscrit dans l'axe 4 du programme intitulé « Évaluation, outil et recommandations économiques ». Son objectif est de dresser un état des lieux des règles tarifaires applicables à la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger, puis de proposer des pistes d'amélioration permettant à la fois d'augmenter le taux de chirurgie ambulatoire en France, et d'accroître l'efficacité de la chirurgie.

L'état des lieux proposé dans ce document a permis de montrer que plusieurs mesures d'incitation de nature tarifaire ont été mises en place depuis 2004, et renforcées sur la période récente (2012-2013). Ces mesures représentent un effort majeur du régulateur pour encourager ce type de pratique. Elles s'inscrivent par ailleurs dans la problématique plus large des incitations liées aux principes de la tarification à l'activité, et trouvent un écho au niveau international, plusieurs pays ayant mis en œuvre des dispositifs proches.

À l'issue de l'analyse de la situation de la tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger, et à partir des éléments fournis par la revue de la littérature, un ensemble de constats ont pu être effectués et plusieurs leviers d'action identifiés. Ils ont permis de dégager 25 recommandations présentées ci-après.

Ces recommandations s'adressent au régulateur et, plus généralement, concernent l'ensemble des protagonistes impliqués dans la chirurgie ambulatoire. Elles doivent être resituées dans la perspective plus globale de la stratégie d'offre de soins sur le territoire, dont la tarification ne saurait être le seul levier. Elles sont cohérentes avec les recommandations organisationnelles proposées dans le cadre de l'axe 3 du programme commun ANAP-HAS sur la chirurgie ambulatoire.

Place des incitations tarifaires dans la politique de développement de la chirurgie ambulatoire

Constat

Dans plusieurs pays, y compris la France, les incitations tarifaires liées à la tarification à l'activité ne sont pas la seule méthode incitative utilisée pour encourager le développement de la chirurgie ambulatoire. D'autres mesures incitatives ont été mises en place par les régulateurs.

Elles se situent au niveau des établissements de santé et portent sur l'admission par défaut de tout patient en chirurgie ambulatoire, le recrutement et la formation des personnels à la pratique spécifique de l'ambulatoire, la détermination des bonnes pratiques, la visite des équipes plus performantes, la mise en place de contrats avec les tutelles, etc.

Recommandations

1. Relativiser l'importance et l'impact de l'incitation tarifaire dans l'ensemble des mesures favorisant le développement de la chirurgie ambulatoire.
2. Accompagner les mesures tarifaires d'autres mesures financières et non financières hors T2A. Ces mesures, dont les modalités sont à définir, pourraient être mises en place au niveau des établissements par les agences régionales de santé (plan d'investissement, contractualisation avec l'établissement, plan de formation, etc.).
3. S'assurer que les différentes incitations sont compatibles et ne comportent pas des injonctions contradictoires, en particulier entre l'objectif national, les possibilités de chaque établissement, et les stratégies des ARS.

Tarification à l'activité, tarification identique

Constat

La tarification à l'activité favorise en principe la diminution de la durée de séjour et donc le développement de la prise en charge en chirurgie ambulatoire. Néanmoins, une décote tarifaire a initialement été appliquée aux séjours en chirurgie ambulatoire, par rapport aux séjours effectués en hospitalisation complète. Cela a pu contribuer en partie au retard dans le développement initial de cette activité dans plusieurs pays, y compris en France.

L'analyse de la littérature et l'enquête menée auprès de l'IAAS ont montré que la tarification identique entre la chirurgie classique et la chirurgie ambulatoire était le principal levier tarifaire utilisé dans les pays européens du début des années 2000 à 2013. Les données collectées n'ont toutefois pas permis d'établir un lien entre tarification identique et taux élevé de chirurgie ambulatoire dans les différents pays.

Le régulateur français a quant à lui utilisé tardivement (à partir de 2009) le levier de la tarification identique pour une liste déterminée de procédures (39 en 2012), cette liste ayant vocation à s'étendre. Par ailleurs, en France, certaines bornes basses de durée de séjour ont été supprimées pour certains GHS sans J, qui de ce fait bénéficient également d'une tarification identique.

La tarification identique devrait constituer un incitatif potentiellement puissant pour favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire. En effet, en rémunérant la chirurgie ambulatoire au-dessus de son coût de production mesuré dans l'échelle nationale de coûts commune, elle permet aux établissements souhaitant développer cette activité de bénéficier d'un effet d'aubaine, qui peut ainsi déclencher une dynamique de développement de cette activité.

Néanmoins, peu d'études se sont intéressées à l'impact de la tarification identique et plus généralement de la tarification à l'activité sur le développement de la chirurgie ambulatoire. Ces études sont hétérogènes dans leurs méthodes et leurs objectifs. Elles sont de faible niveau de preuve. Au total les acteurs hospitaliers font néanmoins état de la complexité du dispositif et de son manque de stabilité dans le temps, ce qui ne favorise pas sa lisibilité et de ce fait sa portée incitative.

Recommandations

4. Faire évoluer progressivement l'actuel principe de tarification identique en maîtrisant l'évolution des tarifs (évolution limitée à la modification des parts d'activité chirurgie classique/ambulatoire) et en assurant une meilleure lisibilité pour les acteurs souhaitant développer cette activité.
5. Réaliser une étude sur la période 2012-2016 permettant de connaître la part attribuable de la tarification identique dans le développement de la chirurgie ambulatoire pour les GHS concernés.
6. Pour favoriser le développement de nouvelles procédures de chirurgie ambulatoire ou la prise en charge de patients plus complexes (de niveau de sévérité 2, 3) en chirurgie ambulatoire, une enquête régulière sur l'état des pratiques de chirurgie ambulatoire en France devrait être réalisée. Après évaluation de leur pertinence et de leur sécurité, en encourageant les expérimentations, une tarification adaptée pourrait être mise en place pour les procédures concernées, par exemple en supprimant les bornes basses de durée de séjour.

Neutralité tarifaire

Constat

Actuellement, les tarifs fixés dans le cadre de la tarification identique ne respectent pas le principe de neutralité tarifaire qui fonde la tarification à l'activité. La neutralité tarifaire implique que les tarifs établis soient en relation étroite avec les coûts moyens constatés dans les établissements faisant partie de l'échelle nationale de coûts commune. Ce principe n'est actuellement plus respecté lorsque l'on considère la masse tarifaire des GHS à tarification identique (entre le niveau de sévérité 1 et le niveau J) et au niveau de chaque couple de GHS à tarification identique.

Il ne l'est a fortiori plus lorsque l'on considère les GHS en J et de niveau de sévérité 1 pris isolément du fait de la mise en place de la tarification identique ; mais, dans ce cas, la non-neutralité se justifie par la politique incitative mise en place en faveur de la chirurgie ambulatoire qui suppose que la chirurgie ambulatoire bénéficie d'un gain par rapport à son coût de l'ENCC.

Recommandations

7. Tant que les tarifs seront calculés sur les bases actuelles (méthode ENCC fondée sur les coûts moyens), s'assurer que le principe de la neutralité tarifaire est respecté :
 - pour la masse tarifaire de l'ensemble des GHS de chirurgie à tarification identique ;
 - pour la masse tarifaire de chaque couple de GHS à tarification identique considéré de manière agrégée (entre le niveau de sévérité 1 et la chirurgie ambulatoire).
8. Maintenir en revanche la non-neutralité tarifaire à visée incitative entre l'hospitalisation complète de niveau de sévérité 1 et la chirurgie ambulatoire pour les GHM à tarification identique.

Dynamique d'évolution

Constat

La règle de calcul du tarif identique repose sur la moyenne des coûts constatés pour la chirurgie classique et la chirurgie ambulatoire, pondérée par la part de chacune des activités. En dynamique, le tarif identique baissera donc mécaniquement vers un niveau de plus en plus proche du coût de la chirurgie ambulatoire à mesure que cette activité se développe. Cette règle de calcul conduit donc à ce que :

- les rentes tarifaires initialement constatées sur la chirurgie ambulatoire ne soient que temporaires, et disparaissent progressivement lorsque le taux de chirurgie ambulatoire devient élevé, et donc que l'objectif est atteint ;*
- symétriquement, à mesure que le tarif appliqué se rapproche du coût de la chirurgie ambulatoire, les activités de chirurgie classique de niveau de sévérité 1 en hospitalisation classique soient de moins en moins bien rémunérées.*

Recommandations

9. Analyser les conséquences de la dynamique d'évolution des règles tarifaires sur la configuration de l'activité de chirurgie souhaitée à moyen terme (*a minima* à l'horizon 2016 fixé par le régulateur). Les règles actuelles de fixation du tarif identique devraient inciter à l'abandon par les établissements de l'activité de chirurgie classique pour les séjours de niveau de sévérité 1 au profit de la chirurgie ambulatoire. Il convient de définir si cet objectif est bien celui que poursuit le régulateur pour tous les GHS à tarification identique (*cf.* question de la différenciation des taux cibles).

Taux cible

Constat

Un taux cible national de 50 % de procédures pratiquées en chirurgie ambulatoire a été fixé par le régulateur à l'horizon 2016. Le rapport HAS - ANAP « Socle de connaissances » avait mis en évidence la forte hétérogénéité dans les taux de chirurgie ambulatoire actuellement constatés en fonction des procédures. Le niveau « d'effort » à consentir pour parvenir à l'objectif est donc différent d'une procédure à l'autre et d'un établissement à l'autre.

A l'étranger, la mise en place du best practice tariff en Grande-Bretagne s'est accompagnée de la définition de taux cibles par procédure de la British Association for Day Surgery (BADS) et l'intensité de l'incitation tarifaire dépend en partie de l'écart avec la cible par procédure.

Recommandations

10. Décliner le taux cible national de chirurgie ambulatoire en taux par procédure ou par racine de GHM. À ce titre, l'expérience de la British Association for Ambulatory Surgery pourrait alimenter la réflexion au niveau français.
11. Étudier la pertinence d'une modulation de l'intensité des incitations tarifaires en considérant l'écart entre la pratique actuelle et le taux à atteindre par procédure au niveau national.

Tarification des centres indépendants de chirurgie ambulatoire

Constat

Plusieurs pays, dont la France, ont développé des centres indépendants de chirurgie ambulatoire. Aux États-Unis et en Grande-Bretagne, ces centres ont bénéficié dans un premier temps d'une tarification plus élevée de la chirurgie ambulatoire par rapport aux établissements hospitaliers, et au-dessus de leurs coûts de production, afin d'encourager leur lancement et leur développement.

Cette tarification attractive a eu pour effet un développement rapide de ces centres. Cela a amené les autorités à réviser dans un deuxième temps les grilles tarifaires des centres indépendants à la baisse (i.e. nettement en dessous des tarifs de chirurgie classique aux États-Unis), d'autant que les études montraient que la population prise en charge dans ces centres était moins âgée, plus souvent couverte par une assurance privée, et avait moins de comorbidités que les patients traités dans les hôpitaux.

Recommandations

12. Documenter, pour la France, les statuts, les modalités d'organisation, la patientèle, ainsi que l'impact sur les coûts de production, l'offre et la qualité des soins de structures sans hébergement de type « centres indépendants » de chirurgie ambulatoire existant sur le territoire. Cette analyse devrait être réalisée tant du point de vue de l'établissement que du point de vue de la société.
13. Si l'option d'un développement d'autres centres indépendants était retenue, une réflexion sur les modalités de tarification pertinentes applicables à ces centres devrait être engagée.

Tarification et efficience

Constat

La tarification identique a eu pour effet de positionner au même niveau le coût pour le financeur de la chirurgie classique et celui de la chirurgie ambulatoire, ce qui lui fait perdre dans un premier temps les gains d'efficience allocative qu'il pouvait attendre du développement de la chirurgie ambulatoire. Ces gains ne seront réalisés que dans un deuxième temps, lorsque la chirurgie ambulatoire sera suffisamment développée pour que le tarif devienne proche du coût de la chirurgie ambulatoire (du fait de la règle de calcul adoptée).

En raison du mode de tarification fondé sur le coût moyen de certains établissements, ni la tarification à l'activité ni la tarification identique ne garantissent que les coûts constatés correspondent à des pratiques efficaces (aussi bien au niveau des coûts que de l'organisation ou des techniques chirurgicales utilisées), pour la chirurgie classique comme pour la chirurgie ambulatoire.

Cette critique a fait l'objet d'études au niveau international et des propositions associant tarification et amélioration de l'efficience ont été mises en application au Royaume-Uni et aux États-Unis.

Recommandations

14. À terme, s'affranchir progressivement des tarifs fondés sur le coût moyen pour privilégier des tarifs fondés sur les pratiques les plus efficaces (en tenant compte de l'intégralité des dimensions de l'efficience).
15. La chirurgie ambulatoire, parce qu'elle répond à des protocoles standardisés, pourrait faire l'objet d'études permettant de définir les principes d'une tarification à la meilleure pratique (*best practice tariff*) telle que développée en Grande-Bretagne.
16. Afin d'inciter à la diminution des effets indésirables, le paiement à l'épisode de soins (*bundled payment*) mis en place aux États-Unis pourrait être expérimenté pour rémunérer l'ensemble de la prise en charge dans le cadre de la chirurgie ambulatoire, de la confirmation du diagnostic aux éventuelles réhospitalisations.
17. Approfondir les connaissances sur les modalités précises de calcul des tarifs incitatifs à l'étranger et leur appropriation par les intervenants.

Coûts pour l'hôpital de la chirurgie ambulatoire

Constat

Des études françaises ont montré que les établissements raisonnaient souvent encore du point de vue strict des « recettes » supplémentaires ou perdues dans le cadre du développement de la chirurgie ambulatoire ou de la substitution à la chirurgie classique. Cette approche favorise l'augmentation des volumes, au détriment d'une approche comparant l'évolution des recettes avec celle des coûts, dans le cadre de la substitution entre chirurgie classique et ambulatoire.

De plus, pour calculer le coût des séjours et déterminer leur tarification, la clé de répartition utilisée concernant les coûts de structure et de personnel reste la durée de séjour. Or, des études étrangères ont montré que les coûts de production de la chirurgie ambulatoire variaient essentiellement en fonction des durées d'intervention et des matériels ou techniques utilisés.

Recommandations

18. Considérer la prise en charge en chirurgie ambulatoire comme une activité spécifique, dont les modalités d'organisation et la durée de prise en charge ont des conséquences sur les méthodes de calcul des coûts. À ce titre, mener, par exemple à partir des coûts recensés dans l'échelle nationale de coûts commune, des études d'impact de différentes clés de ventilation des frais de structure ou de personnel en fonction par exemple des durées d'intervention chirurgicale ou des techniques utilisées, et ce pour certaines procédures réalisées en routine en chirurgie ambulatoire.
19. L'étude de microcosting prévue dans le programme HAS - ANAP devra permettre d'illustrer le différentiel entre le coût réel de l'activité de chirurgie ambulatoire et les recettes attendues ainsi que d'analyser les conséquences des choix d'activité des établissements.
20. Analyser l'impact de l'optimisation du processus de prise en charge des patients sur les coûts de production de la chirurgie ambulatoire.

Information et communication autour des règles tarifaires

Constat

Le niveau de connaissance et d'information des acteurs de terrain sur les modalités tarifaires applicables et les incitations associées reste encore insuffisant, ce qui peut générer des freins au développement de la chirurgie ambulatoire.

Recommandations

21. Renforcer les actions de communication et d'information régulières sur les règles tarifaires applicables. Ces actions seraient à mener en direction des professionnels (médicaux et non médicaux) de l'unité de chirurgie ambulatoire, ainsi qu'en direction des sociétés savantes et des personnels de direction des établissements.
22. S'assurer que les règles tarifaires appliquées sont faciles à comprendre et immédiatement interprétables en termes d'incitation.
23. Mettre en place des outils de communication permettant aux établissements de connaître à l'avance l'évolution prévisible des tarifs, sur un horizon pluriannuel, par exemple de 3 ans.

Part des financements autres que ceux couverts par la tarification

Constat

L'étude réalisée n'a porté que sur le financement de l'activité de chirurgie ambulatoire via la tarification. Les autres types de financement obtenus par les établissements pour financer l'activité de chirurgie ambulatoire n'entraient pas dans le champ de l'analyse. Ils peuvent néanmoins être importants (obtenus pour les investissements lourds par exemple) ou reposer sur une participation des patients ou des organismes d'assurance maladie complémentaire (forfait hospitalier, restes à charge, dépassements d'honoraires).

Recommandations

24. Réaliser un bilan global des dépenses consenties par les établissements et les tutelles pour convertir les activités de chirurgie classique en chirurgie ambulatoire.
25. Réaliser une étude sur les restes à charge moyens des patients en chirurgie ambulatoire comparés à ceux en hospitalisation classique.

4. MÉTHODE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Pour rédiger la première version de l'argumentaire, une recherche documentaire approfondie a été effectuée par interrogation systématique des banques de données bibliographiques, économiques, médicales et scientifiques sur la période 2000 à 2012. Les langues retenues étaient le français et l'anglais.

Les bases de données bibliographiques consultées durant cette première phase sont les suivantes (cf. stratégie de recherche documentaire à la fin du document) :

- *Medline* (National Library of Medicine, États-Unis) ;
- *Academic Search Premier*, base de données multidisciplinaire permettant d'accéder au texte intégral de plus de 8 500 revues ;
- *EconLit*, base de données électronique de l'*American Economic Association*.

Les publications en anglais et en français ont été recherchées.

Type d'étude / sujet		Période de recherche	Nombre de références
	Termes utilisés		
Étape 1	«Ambulatory Surgical Procedures»[Mesh] OR «Surgicenters»[Mesh] OR (Ambulatory Surgery OR Outpatient Surgery OR Outpatient Surgeries OR Ambulatory Surgeries OR Day Surgeries OR Day Surgery OR Surgicenters OR day case surgery Or same day surgery)[title]	01/2000 – 12/2012	
ET			
Étape 2	(«Accounting»[Mesh] OR «Financial Management»[Mesh] OR «Financial Management, Hospital»[Mesh] OR «Health Expenditures»[Mesh] OR «Marketing of Health Services»[Mesh] OR «Reimbursement Mechanisms»[Mesh] OR «Physician Incentive Plans»[Mesh] OR Reimbursement, Incentive OR Reimbursement Mechanisms OR «Financing, Organized»[Mesh] OR «Diagnosis-Related Groups»[Mesh] OR «Prospective Payment System»[Mesh] OR «Economics, Hospital»[Mesh] OR «Economics»[Mesh] «Cost Allocation»[MeSH] OR «Cost-Benefit Analysis»[MeSH] OR «Costs and Cost Analysis»[MeSH] OR «Cost Control»[MeSH] OR «Cost Savings»[MeSH] OR «Cost of Illness»[MeSH] OR «Health Care Costs»[MeSH] OR «Economics, Medical»[Mesh] OR «economics»[MeSH] OR «Cost Sharing»[Mesh] OR Cost OR economic* OR indirect cost OR reimbursement OR payment OR Payment for performance OR (P4P) OR Payment by Results [title]) OR («Ambulatory Surgical Procedures/economics»[Mesh]) OR «Surgicenters/economics»[Mesh])		652

Une analyse a également été réalisée sur la littérature française (BDSP et Pascal). Les études sélectionnées durant cette première phase l'ont été sur la base des résumés.

À l'issue de cette première phase, le constat a été fait qu'il n'existait pas de revue de littérature sur les différents principes tarifaires retenus à l'étranger et les incitations économiques sous-jacentes au niveau de la chirurgie ambulatoire.

Par ailleurs, les articles publiés sont souvent spécifiques à des réformes de l'organisation ou à des modifications dans les principes et choix tarifaires, en particulier concernant deux pays :

- aux États-Unis, où l'analyse s'est principalement orientée vers les conséquences économiques et tarifaires de la mise en place des centres de chirurgie ambulatoire (*Ambulatory Surgery Centers* ou *ASCs*),

qui sont intégrés dans des établissements hospitaliers ou totalement indépendants. Les articles sélectionnés concernent la description des modes de paiement et les réponses stratégiques des ASCs ou des services hospitaliers en analysant les conséquences sur la spécialisation par type d'interventions ou entre les différentes catégories de patients pris en charge ;

- en Grande-Bretagne, où la réflexion s'intègre dans celle du paiement au résultat (*Payment by Results*) ou à la performance, introduit depuis 2002 pour les hôpitaux. Les principes tarifaires s'appuient sur les « *Healthcare Resource Groups* » (HRGs) dont le fonctionnement est équivalent à celui des GHM français.

Au total, la première phase d'analyse n'avait permis d'identifier qu'une cinquantaine de références en relation avec la question de l'impact tarifaire de la chirurgie ambulatoire, dont trois sur quatre étaient relatives à la mise en place des ASCs aux États-Unis (cf. Tableau 11).

Tableau 11. Nombre de références retenues initialement par pays à la suite de la sélection par mots clés et lecture des résumés

Pays	Nombre de références identifiées en relation avec le sujet
France	4
États-Unis	37
Grande-Bretagne	5
Norvège	2

L'examen des références citées dans les articles analysés permet de sélectionner des articles non identifiés lors de l'interrogation des différentes sources d'information.

Pour compléter l'analyse bibliographique sur les modalités tarifaires, les sites Internet des organismes de santé et gouvernementaux ont donc été explorés, notamment :

Pour la France :

- Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) : www.atih.sante.fr
- Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) : www.irdes.fr

Pour l'étranger :

■ États-Unis :

- US Department of Health and Human Services : www.hhs.gov ;
- United States Government Accountability Office (GAO) : www.gao.gov
- Rand Health : www.rand.org/health.html
- Medicare Payment Advisory Commission (Med-PAC) : medpac.gov
- Centers for Medicare and Medicaid Services : www.cms.gov

■ Grande-Bretagne

- National Health Service – Department of Health : www.dh.gov.uk/en/index.htm
- House of Commons Health Committee : www.parliament.uk/business/committees/committees-archive/health-committee/
- Kings'Fund : www.kingsfund.org.uk

■ Europe

- World Health Organization - European Observatory on Health Systems and Policies : www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory

Les documents non accessibles par les circuits conventionnels de diffusion de l'information (littérature grise) ont été recherchés par tous les moyens disponibles. Par ailleurs, les textes législatifs et réglementaires pouvant avoir un rapport avec le thème ont été consultés.

Les membres du groupe d'appui méthodologique peuvent transmettre des articles de leur propre fonds bibliographique.

Pour compléter les informations sur les règles tarifaires utilisées à l'étranger, un courrier (cf. encadré 1) et une liste de questions en anglais (cf. encadré 2) ont été adressés en octobre 2012 au président de l'IAAS (Dr Carlo Castoro), afin d'identifier les personnes-ressources ainsi que de préciser les modalités tarifaires et l'existence de centres indépendants de chirurgie ambulatoire. Les mêmes questions ont été adressées à plusieurs auteurs de publications identifiées dans la littérature et faisant état de règles tarifaires ou d'une description de l'organisation de la chirurgie ambulatoire.

.....

Encadré 1 : Courrier adressé au président de l'IAAS

Isabelle HIRTZLIN
Haute Autorité de Santé
Service d'évaluation économique et de santé publique
2, avenue du Stade de France
93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
FRANCE
Phone number: 00 33 1 55 93 72 93
Email: i.hirtzlin@has-sante.fr

Dr Carlo CASTORO
Istituto Oncologico Veneto
Ospedale Busonera
Via Gattameleta, 64
35128 PADOVA
ITALY

Paris, 26th October, 2012

Dear Dr Castoro,

Following your conversation with M. Parmentier last week in Porto, I confirm that I would be grateful if **the IAAS network and Daysafe members could help the French National Authority for Health (HAS) to identify correspondents about the financial incentives recently implemented in their country for day surgery.**

According to the last IAAS 2011 survey for 2009, day surgery was 37% of all surgery and 45% of the basket of 37 procedures in France. Identified barriers are surgeons, economics, facility design, information, and education.

To accelerate the substitution of inpatient surgery by day surgery, a national strategy for ambulatory surgery progress was decided by the ministry of health, under the auspices of two national health institutions : the French National Authority for Health (HAS) and the ANAP (National Agency for Hospitals performance).

Among other topics, the HAS will analyse the payment rules for day surgery. New payment incentives were already implemented in France for 2011 and 2012. DRG (called GHM) prices differ for public and private hospitals. National DRG prices are set annually. Hospitals are paid a fixed tariff per DRG, so they are incentivized to reduce length of stay and to treat more patient. To accelerate the day surgery development, 40 procedures are now paid at the same tariff when performed as a day case or as an inpatient. For other surgical procedures the former lower tariff for short stay outliers has been suppressed since 2012.

To go further, the HAS is now studying the payment incentives that are implemented by other countries. Our analysis is based on a literature review and on health authorities' national payment guides, when accessible in English. For most countries data are lacking, probably because they are not publicly accessible or not published in English, so **we would like to get experts' names in order to send them a detailed questionnaire and ask for documents (written in English) about the financial incentives about day surgery that are already implemented or tested in their country.**

Thank you in advance for your help.

Sincerely yours

.....

Encadré 2 : Liste de questions adressée aux correspondants de l'IAAS

Does your country use "activity based payment (DRGs)" to pay hospitals? and day surgery?

- If not what are the payment rules? for hospitals and for day surgery?

Have you got one national tariff or local ones for each surgery procedure?

- If not is the tariff different by insurance (sickness funds)?
- By hospitals categories (e.g. for profit or not for profit, local and general hospital...)?

Do you have the same DRGs tariffs for inpatient and day surgery? for all procedures? for a limited list of procedures?

- If so, how do the tariffs are calculated:
 - * medium cost observed for a sample of hospitals? other mechanism?
 - * is this single price corresponds to the weighted mean cost observed for day surgery and inpatient surgery?
- If not, what are the pricing rules for ambulatory surgery?
 - * medium cost for day surgery observed for a sample of hospitals? other mechanism?
 - * what is the difference in percentage (eg. 25% less) between the tariffs of day surgery and inpatient?

Have you experienced in your country new payment models for ambulatory surgery such as:

- Best practice tariffs,
- Bundled payment,
- Others rules...

Are there independent day surgery centres in your country?

- If so, what are the tariffs for them? (eg. the same as for hospitals, less than in hospitals...)

Le questionnaire a été complété par les membres de l'IAAS :

- Allemagne – Jost Brökelmann ;
- Belgique – Paul Vercruysse ;
- Danemark – Claus Toftgaard ;
- Espagne – Ferdinando Docobo ;
- Portugal – Paulo Lemos ;
- Royaume-Uni – Ian Jackson ;
- Suède – Jan Jakobson ;
- États-Unis – Philip Beverly.

Pour l'Italie, une réponse a été obtenue par Mme Cristina Naro, Direction administrative et financière d'un établissement de la Générale de Santé.

Listes des tableaux, graphiques, organigrammes et schémas

Figure 1. Représentation graphique des modalités de tarification des « <i>outliers</i> » dans les pays européens en fonction de la durée de séjour	25
Figure 2. Représentation graphique de l'éloignement du principe de neutralité tarifaire lié à la tarification identique	36
Figure 3. Évolution de la chirurgie ambulatoire par type de structures aux États-Unis.....	52
Figure 4. Évolution du pourcentage de chirurgie ambulatoire <i>versus</i> chirurgie classique dans les hôpitaux de communauté entre 1990 et 2010 aux États-Unis.....	53
Tableau 1. Part des DRGs dans le financement des hôpitaux, type de séjours couverts et modalités de tarification de la chirurgie ambulatoire dans les pays d'Europe	30
Tableau 2. Impact des modulations d'incitation à la prise en charge en ambulatoire – 2010.....	37
Tableau 3. Évolution des paiements de <i>Medicare</i> et croissance des ASCs aux États-Unis entre 1999 et 2010	55
Tableau 4. Accroissement des dépenses concernant les interventions réalisées dans le cadre des établissements hospitaliers (paiements prospectifs)	55
Tableau 5. Taux d'événements indésirables pour 100 000, pour 16 procédures différentes, par mode de prise en charge, des patients de <i>Medicare</i> , entre 1994 et 1999	59
Tableau 6. Études d'impact des ASCs sur l'activité et les parts de marché des hôpitaux	63
Tableau 7. Unités de chirurgie ambulatoire et centres d'endoscopies ambulatoires indépendants répertoriés en France – Places et activité.....	70
Tableau 8. Étapes de la trajectoire de prise en charge de la cataracte (124).....	75
Tableau 9. Liste des spécialités pour lesquelles le paiement à la meilleure pratique s'applique en Grande-Bretagne ..	77
Tableau 10. Évaluation de l'expérimentation <i>Medicare</i> pour le pontage coronarien (130, 137).....	82
Tableau 11. Nombre de références retenues initialement par pays à la suite de la sélection par mots clés et lecture des résumés	110
Tableau 12. Taux de chirurgie ambulatoire dans les enquêtes IAAS pour une liste de procédures et en % de l'activité de chirurgie totale ou de chirurgie planifiée en Europe et aux États-Unis.....	124
Tableau 13. Nouveaux GHM sous tarification identique à partir de 2012	126
Tableau 14. Nouveaux GHM en J avec tarification identique à partir de 2012.....	127

Abréviations

En vue de faciliter la lecture du texte, les abréviations utilisées sont explicitées ci-dessous.

AHA	<i>American Hospital Association</i> (aux États-Unis)
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
APC	<i>Ambulatory Payment Classification</i> (aux États-Unis)
ARS	Agence régionale de santé
ASA	<i>American Society of Anesthesiologists</i>
ASC	<i>Ambulatory Surgery Centers</i>
ATIH	Agence technique de l'information hospitalière
BMF	Budget des moyens financiers (en Belgique)
BPT	<i>Best practice tariff</i>
CA	Chirurgie ambulatoire
CAH	Comptabilité analytique hospitalière
CAF	Capacité d'autofinancement
CEESP	Commission évaluation économique et de santé publique (de la HAS)
CHU	Centre hospitalier universitaire
CMD	Catégorie majeure de diagnostic
CME	Commission médicale d'établissement
CMS	<i>Centers for Medicare and Medicaid Services</i> (aux États-Unis)
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CSP	Code de la santé publique
CV	Coefficient de variation (statistiques)
DAGS	<i>Danish Ambulatory Grouping System</i> (au Danemark)
DEA	<i>Data Envelopment Analysis</i>
DGF	Dotation globale de fonctionnement
DGS	Direction générale de la santé
DID	<i>Difference in Difference</i> (statistiques)
DIM	Département d'information médicale
DMS	Durée moyenne de séjour
DPG	<i>Day Patient Grouper</i> (en Irlande)
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRG	<i>Diagnosis related groups</i>
ECR	<i>Evidence-informed case rate</i>
ENCC	Échelle nationale de coûts commune
ENEIS	Enquête nationale de mesure des événements indésirables graves
ESPIC	Établissement de santé privé d'intérêt collectif
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FMESPP	Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
FSO	Forfait salle d'opération

GAO	Government accounting office (aux États-Unis)
GAM	Groupe d'appui méthodologique
GHM	Groupe homogène de malades
GHS	Groupe homogène de séjours
G-DRG	<i>German diagnosis related groups</i>
HAS	Haute Autorité de Santé
HC	Hospitalisation classique
HCFA	<i>Health Care Financing Administration</i> (aux États-Unis)
HMO	<i>Health Maintenance Organizations</i> (aux États-Unis)
HRG	<i>Health Resource Groups</i> (au Royaume-Uni)
IC	Intervalle de confiance (statistiques)
IAAS	<i>International Association for Ambulatory Surgery</i>
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
ISTC	<i>Independant Sector Treatment Centres</i> (au Royaume-Uni)
MEAH	Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MECSS	Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale
MEDPAC	<i>Medicare Payment Advisory Commission</i>
MERRI	Mission d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation
MFF	<i>Market Force Factor</i> (au Royaume-Uni)
MIGAC	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MPFS	<i>Medical Physician Fee Schedule</i> (aux États-Unis)
NHS	<i>National Health Service</i> (au Royaume-Uni)
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurances maladie
OPPS	<i>Outpatient Prospective Payment System</i> (aux États-Unis)
OQN	Objectif quantifié national
OR	<i>Odds Ratio</i> (statistiques)
P4P	<i>Payment for Performance</i> (au Royaume-Uni)
PCT	<i>Primary Care Trusts</i> (au Royaume-Uni)
POS	<i>Patient Outcomes in Surgery</i> (au Royaume-Uni)
PROM	<i>Patient Reported Outcome Measures</i> (au Royaume-Uni)
RSS	Résumé de sortie standardisé
T2A	Tarification à l'activité
UCA	Unité de chirurgie ambulatoire
WMD	<i>Weighted Mean Difference</i> (statistiques)

Bibliographie

1. Nicoll JH. The surgery of infancy. Br Med J 1909;2:753-5.
2. Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé. La chirurgie ambulatoire. Paris: ANAES; 1997.
3. Haute Autorité de Santé, Agence nationale d'appui à la performance. Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Socle de connaissances. Saint-Denis La Plaine; Paris: HAS; ANAP; 2012.
www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/rapport_-_socle_de_connaissances.pdf
4. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Etat des lieux sur les évolutions de l'activité de chirurgie ambulatoire. Analyse nationale et régionale. Données 2007-2009. Lyon: ATIH; 2011.
www.atih.sante.fr/openfile.php?id=3995
5. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Etat des lieux 2010 sur l'activité de chirurgie ambulatoire. Analyse nationale et régionale complémentaire. Données 2010. Lyon: ATIH; 2010.
www.atih.sante.fr/openfile.php?id=3996
6. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Etat des lieux 2011 sur l'activité de chirurgie ambulatoire. Programme Gestion du risque. Lyon: ATIH; 2012.
www.atih.sante.fr/openfile.php?id=3997
7. International Association for Ambulatory Surgery. Ambulatory (day) surgery. Suggested international terminology and definitions. London: IAAS; 2003.
8. Parmentier G. Suggested international terminology and definitions. A short presentation 2005.
www.chirurgie-ambulatoire.org/sites/chirurgie-ambulatoire.org/files/documents/professionnels/references-scientifiques/terminologie-iaas-fr.pdf
9. International Association for Ambulatory Surgery. Policy brief day surgery: making it happen. London: IAAS; 2007.
10. De Lathouwer C, Poullier JP. Ambulatory surgery in 1994-1995: the state of the art in 29 OECD countries. Ambul Surg 1998;6:43-55.
11. Société française d'anesthésie et de réanimation. Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire. Texte long. Paris: SFAR; 2009.
www.sfar.org/docs/articles/207-rfe_ambulatoire2009.pdf
12. Conférence de consensus. La chirurgie sans hospitalisation. Rapport de la conférence. Rev Hosp France 1995;2:156-71.
13. Health Care Statistics, Cullen, KA, Hall, MJ, Golosinskiy, A. Ambulatory Surgery in the United States, 2006. National Health Statistics reports n° 11, revised. Hyattsville: NCHS; 2009.
www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr011.pdf
14. American Hospital Association, Avalere Health. TrendWatch Chartbook 2011. Trends Affecting Hospitals and Health Systems. Washington: AHA; 2011.
www.aha.org/research/reports/tw/chartbook/2011chartbook.shtml
15. International Association for Ambulatory Surgery. Day surgery. Development and practice. London: IAAS; 2006.
16. De Lathouwer C, Poullier JP. How much ambulatory surgery in the World in 1996-1997 and trends? Ambul Surg 2000;8(4):191-210.
17. Toftgaard C. Day surgery activities 2009. International survey on ambulatory surgery conducted 2011. Ambul Surg 2012;17.3:53-63.
18. Paat-Ahi G, Swiderek M, Sakowski P, Saluse J, Aaviksoo A, EuroDRG group. DRGs in Europe: a cross country analysis for cholecystectomy. Health Econ 2012;21(Suppl 2):66-76.
19. O'Reilly J, Serden L, Talback M, McCarthy B, Euro-DRG group. Performance of 10 European DRG systems in explaining variation in resource utilisation in inguinal hernia repair. Health Econ 2012;21(Suppl 2):89-101.
20. Le Menn, J, Milon, A. Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur le financement des établissements de santé. Paris: Sénat; 2012.
www.senat.fr/rap/r11-703/r11-7031.pdf

21. European Observatory on Health Systems and Policies Series, Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M. Diagnosis-related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. Maidenhead: Open University Press; 2011.
22. Medicare Payment Advisory Commission. Report to the Congress. Medicare payment policy. Washington: MEDPAC; 2010.
www.medpac.gov/document_TOC.cfm?id=602
23. Shleifer A. A Theory of Yardstick Competition. The RAND Journal of Economics 1985;16(3):319-27.
24. Street A, Maynard A. Activity based financing in England: the need for continual refinement of payment by results. Health Econ Policy Law 2007;2(Pt 4):419-27.
25. Abbott T, White SM, Pandit JJ. Factors affecting the profitability of surgical procedures under 'Payment by Results'. Anaesthesia 2011;66(4):283-92.
26. Mannion R, Marini G, Street A. Implementing payment by results in the English NHS: changing incentives and the role of information. J Health Organ Manag 2008;22(1):79-88.
27. World Health Organization, Maynard, A. Payment for Performance (P4P): International experience and a cautionary proposal for Estonia. Copenhagen: WHO; 2008.
www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/78975/P4P_Estonia.pdf
28. Health Policy Solutions, Independent Hospital Pricing Authority. Literature Review: Efficiency, international best practice in ABF and future payment reform. Sydney: IHPA; 2011.
[www.ihsa.gov.au/internet/ihsa/publishing.nsf/content/5571DBACA12B857BCA25795A0013F1D1/\\$File/PricingFrameworkLiteratureReview.pdf](http://www.ihsa.gov.au/internet/ihsa/publishing.nsf/content/5571DBACA12B857BCA25795A0013F1D1/$File/PricingFrameworkLiteratureReview.pdf)
29. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Moisson, J-C, Pepin, M. Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé. Étude qualitative d'un échantillon de 8 établissements. Paris: DREES; 2010.
fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Drees/SerieEtudesRecherches/2009/97/serieetud97.pdf
30. Cour des comptes. La mise en oeuvre de la T2A : bilan à mi-parcours. In: Cour des comptes, ed. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2009. Paris: Cour des comptes; 2009. p. 171-212.
31. Inspection générale des affaires sociales. Evaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux. Tome 1 : rapport. Paris: IGAS; 2012.
http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/TOME_1_RM2012-024P.pdf
32. Inspection générale des affaires sociales. Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé. Paris: IGAS; 2012.
www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-011P_-_DEF_sans_sign.pdf
33. Inspection générale des finances. Evaluation de la tarification des soins hospitaliers et des soins médicaux. Rapport n° 2011-M-056-01. Paris: IGF; 2012.
www.igf.finances.gouv.fr/webdav/site/igf/shared/NosRapports/documents/2012/2011-M-056-01.pdf
34. Institut de recherche et documentation en économie de la santé. Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A. Paris: IRDES; 2013.
<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Documents-DeTravail/DT56SoinsHospitaliersT2A.pdf>
35. Comparaison internationale des dispositifs de fixation des tarifs d'activité des établissements de santé. In: Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale. Paris: CCSS; 2009. p. 142-145.
36. Malcomson JM. Hospital cost differences and payment by results. Health Econ Policy Law 2007;2(Pt 4):429-33.
37. Nobre T, Biron N. L'ABC à l'hôpital : le cas de la chirurgie infantile. Finance Contrôle Stratégie 2002;5(2):85-105.
38. Office of Health Economics, Grout, PA, Jenkins, A, Propper, C. Benchmarking and incentives in the NHS. London: OHE; 2000.
39. Winter A. Comparing the mix of patients in various outpatient surgery settings. Health Aff 2003;22(6):68-75.

40. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Le panorama des établissements de santé. Paris: DREES; 2012.

www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/etabsante2012.pdf

41. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Enquêtes Nationales sur les Événements Indésirables graves associés aux Soins. Comparaison des deux études ENEIS 2004 et 2009. Rapport final. N°109. Paris: DREES; 2011.

www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud109.pdf

42. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Enquête Nationale sur les Événements Indésirables graves associés aux Soins. Description des résultats 2009. Rapport final. N° 110. Paris: DREES; 2011.

www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud110.pdf

43. Lotter O, Amr A, Chiarello P, Bihler M, Schaller HE, Stahl S. Diagnosis-Related Groups in Hand Surgery--a comparison of six European countries. *Ger Med Sci* 2012;10:Doc08.

44. Broekelmann J. Country Report: Germany. *Ambul Surg* 2010;16(3):66.

45. Brökelmann J. Comparison of Hospital- and Office-Based Ambulatory Surgery in Germany: Surgery in small free standing units offers many advantages. *Ambul Surg* 2012;17(4):83-5.

46. Brökelmann J. Ambulatory surgery in Germany 2004 and historical aspects. *J of Ambulatory Surgery* 2006;12:173-6.

47. Centre fédéral d'expertise des soins de santé. Manuel pour une tarification des interventions hospitalières basée sur les coûts. Health Technology Assessment (HTA). KCE Report 178B. Bruxelles: KCE; 2012.

kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_178B_manuel_tarifications_interventions%20hospitalieres.pdf

48. Health System and Transition, Olejaz M, Juul Nielsen A, Rudkjøbing A, Okkels Birk H, Krasnik A, et al. Denmark: Health system review. *Health Systems in Transition* 2012;14(2):1-192.

49. Danish Institute for Health Services Research. Approaches for Cost and Price Assessment in the Danish Health Sector. A description of the approaches

used in practice in the Danish health sector to cost and price health services. København: DSI; 2005.

www.ehma.org/files/WP-6-HealthBASKETSP21-CT-2004-501588_D17_Denmark.pdf

50. EuroDRG Project, Cots F, Salvador X, Chiarello P, Bustins M, Castells X. DRGs in Spain: the Catalan experience 2009.

eurodrp.projects.tu-berlin.de/publications/DRGs%20in%20Spain.pdf

51. Hearnden A, Tennent D. The cost of shoulder arthroscopy: a comparison with national tariff. *Ann R Coll Surg Engl* 2008;90(7):587-91.

52. Institut de recherche et documentation en économie de la santé. Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A). Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères. Paris: IRDES; 2009.

www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT23PrincipEnjeuxTarificActiviteHopital.pdf

53. England Department of Health. A simple guide to payment by results. London: NHS; 2010.

www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_120254.pdf

54. Browne J, Jamieson L, Lewsey J, van der Meulen J, Copley L, Black N. Case-mix & patients' reports of outcome in Independent Sector Treatment Centres: Comparison with NHS providers. *BMC Health Serv Res* 2008;8:78.

55. Jarrett PE. Outsourcing day care for public patients. *Ambul Surg* 2009;15(3):39-40.

56. Gamal El Din M. Ambulatory surgery: the Hungarian experience. *Ambul Surg* 2009;15(3):44.

57. Porcellini A, Ventura P, Federico L. Ricovero ordinario, day surgery one day surgery: appropriatezza ed economicità nell'era dei DRG. *Chir Ital* 2007;59(4):461-6.

58. Martinussen PE, Hagen TP. Reimbursement systems, organisational forms and patient selection: evidence from day surgery in Norway. *Health Econ Policy Law* 2009;4(Pt 2):139-58.

59. Martinussen PE, Midttun L. Day surgery and hospital efficiency: empirical analysis of Norwegian hospitals, 1999-2001. *Health Policy* 2004;68(2):183-96.

60. National Committee for the Development of Day Surgery in Portugal. The Proposals of the National Committee for the Development of Day Surgery in Portugal (CNADCA). *Ambul Surg* 2010;16(3):67-74.
61. Vuilleumier H, Coquelin G, Wasserfallen JB, Demartines N. Cost-effective utilization of a private facility to perform outpatient surgery in public hospital waiting list patients. *Dig Surg* 2011;28(4):299-303.
62. Keats AS. The ASA classification of physical status—a recapitulation. *Anesthesiology* 1978;49(4):233-6.
63. Ministère de la santé et des sports. Rapport 2010 au Parlement sur la convergence tarifaire. Paris: Ministère de la santé et des sports; 2010.
64. Cash E, Cash R, Dupilet C. La réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires. *Dossiers Solidarité et Santé* 2011;(21):1-31.
65. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Étude sur la réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires. Paris: DREES; 2011.
www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/13415/1/serieetud106.pdf
66. Australian Day Surgery Council. Day surgery in Australia. Report and recommendations of the Australian Day Surgery Council. Melbourne: ADSC; 2004.
www.anzca.edu.au/resources/books-and-publications/Day%20Surgery%20in%20Australia.pdf
67. Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland, British Association of Day Surgery. Day case and short stay surgery: 2. *Anaesthesia* 2011;66(5):417-34.
68. Royal College of Anaesthetists. Guidance on the provision of anaesthetic services for Day Surgery. London: RCOA; 2009.
69. Skues M. New Tariffs for Day Surgery: A bleak future? *J One Day Surg* 2009;19(3):61-3.
70. Zilvetti M, Puttick M, Parameswaran R, McWhinnie D. Day Surgery and National Tariff: Is There Room for Economic Sense? *The Journal of One-Day Surgery* 2009;19(3):64-7.
71. Muselier A, Mathieu B, Aube H, Creuzot-Garcher C, Bron A. Retentissement de la version 11 de la T2A sur le financement de la chirurgie des glaucomes. *J Fr Ophtalmol* 2009;32(10):701-6.
72. Souchier M, Muselier A, Vourch M, Aubé H, Juniot A, Creuzot-Garcher C, et al. T2A et chirurgie orbito-palpébrale : l'ambulatoire est-il vraiment rentable pour l'établissement ? *J Fr Ophtalmol* 2010;33(5):312-8.
73. Dravet F, Peuvrel P, Robard S, Labbe D, Michy T, François T, et al. Facteurs limitant le développement de la chirurgie sénologique ambulatoire dans le système hospitalier français. *Journal de Chirurgie Viscérale* 2011;148(2):148-52.
74. Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers. Gestion et organisation des blocs opératoires dans les hôpitaux et cliniques. Recueil des bonnes pratiques organisationnelles observées. Paris: MEAH; 2006.
www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/BPO_BLOCS_Gestion_et_organisation_des_blocs_operatoires.pdf
75. Iyengar RN, Ozcan YA. Performance evaluation of ambulatory surgery centres: an efficiency approach. *Health Serv Manage Res* 2009;22(4):184-90.
76. Lewis HF, Sexton TR, Dolan MA. An efficiency-based multicriteria strategic planning model for ambulatory surgery centers. *J Med Syst* 2011;35(5):1029-37.
77. Smith I, Cooke T, Jackson I, Fitzpatrick R. Rising to the challenges of achieving day surgery targets. *Anaesthesia* 2006;61(12):1191-9.
78. Imasogie N, Chung F. Effect of return hospital visits on economics of ambulatory surgery. *Curr Opin Anaesthesiol* 2001;14(5):573-8.
79. Imasogie N, Chung F. Risk factors for prolonged stay after ambulatory surgery: economic considerations. *Curr Opin Anaesthesiol* 2002;15(2):245-9.
80. Farrar S, Yi D, Sutton M, Chalkley M, Sussex J, Scott A. Has payment by results affected the way that English hospitals provide care? Difference-in-differences analysis. *BMJ* 2009;339:b3047.
81. Xirasagar S, Lin HC. Effects of payment incentives, hospital ownership and competition on hospitalization decisions for ambulatory surgical procedures. *Health Policy* 2006;76(1):26-37.

82. Organisation for Economic Co-operation and Development, Hurst,J, Siciliani,L. Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries. Paris: OECD; 2003.

www.oecd.org/dataoecd/24/32/5162353.pdf

83. King's Fund. Variations in health care. The good, the bad and the inexplicable. London: King's Fund; 2011.

www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Variations-in-health-care-good-bad-inexplicable-report-The-Kings-Fund-April-2011.pdf

84. Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Ministère de la santé de la jeunesse et des sports. Abécédaire Chirurgie ambulatoire. Paris: Ministère de la Santé de la Jeunesse et des Sports; 2009.

www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Abecedaire_chir_ambu.pdf

85. Spain Ministry of Health and Consumer Affairs. Day surgery unit guide. Standards and recommendations. Madrid; 2008.

www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/guiaCMA_eng.pdf

86. U.S.Department of Health and Human Services. Report to congress: Medicare Ambulatory Surgical Center Value-Based Purchasing Implementation Plan. Baltimore: CMS; 2011.

87. American Hospital Association, Avalere Health. TrendWatch Chartbook 2009. Trends Affecting Hospitals and Health Systems. Washington: AHA; 2009.

www.aha.org/research/reports/tw/chartbook/2009chartbook.shtml

88. American Hospital Association, Avalere Health. TrendWatch Chartbook 2008. Trends Affecting Hospitals and Health Systems. Washington: AHA; 2008.

www.aha.org/research/reports/tw/chartbook/2008chartbook.shtml

89. VMG Health. Intellimarker. Ambulatory Surgical Centers Financial and Operational Benchmarking Study. Dallas: VMG Health; 2010.

90. Vogt,WB, Romley,JA, RAND Corporation. California Ambulatory Surgery Centers. Santa Monica: RAND; 2009.

www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical_reports/2009/RAND_TR757.pdf

91. Manchikanti L, Singh V, Hirsch JA. Saga of payment systems of ambulatory surgery centers for interventional techniques: an update. Pain Physician 2012;15(2):109-30.

92. Manchikanti L, Parr AT, Singh V, Fellows B. Ambulatory surgery centers and interventional techniques: a look at long-term survival. Pain Physician 2011;14(2):E177-E215.

93. KNG Health Consulting, Koenig,L, Doherty,J, Dreyfus,J, Xanthopoulos,J. An analysis of recent growth of ambulatory surgical centers. Final report. KNG; 2009.

94. Lemarie M, Compère V, Fourdrinier V, Lignot S, Legrand L, Marguerite C, et al. Evaluation de l'impact d'une prescription d'antalgiques réalisée lors de la consultation d'anesthésie sur l'incidence de la douleur à domicile en chirurgie ambulatoire orthopédique. Ann Fr Anesth Reanim 2011;30(12):883-7.

95. Casalino LP, Devers KJ, Brewster LR. Focused factories? Physician-owned specialty facilities. Health Aff 2003;22(6):56-67.

96. Zimmerman E. A happy new year for ASCs? Healthc Financ Manage 2007;61(12):64-9.

97. Medicare Payment Advisory Commission. Ambulatory surgical centers: Assessing payment adequacy and updating payments. In: Medicare Payment Advisory Commission, ed. Report to the Congress: Medicare Payment Policy. Washington: 2012. p. 115-137.

98. RAND Health, Wynn,BO, Hussey,PS, Ruder,T. Policy options for addressing medicare payment differentials across ambulatory settings. Pittsburgh: RAND; 2011.

www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical_reports/2011/RAND_TR979.pdf

99. Medicare Payment Advisory Commission. Report to the Congress. Medicare payment policy. Washington: MEDPAC; 2012.

www.medpac.gov/documents/Mar12_EntireReport.pdf

100. U.S.Government Accountability Office. Payment for ambulatory surgical centers Should be based on the hospital outpatient payment system. GAO-07-86. Washington: GAO; 2006.

<http://www.gao.gov/new.items/d0786.pdf>

101. Vila H, Soto R, Cantor AB, Mackey D. Comparative outcomes analysis of procedures performed in physician offices and ambulatory surgery centers. *Arch Surg* 2003;138(9):991-5.
102. Fleisher LA, Pasternak LR, Herbert R, Anderson GF. Inpatient hospital admission and death after outpatient surgery in elderly patients: importance of patient and system characteristics and location of care. *Arch Surg* 2004;139(1):67-72.
103. Chukmaitov AS, Menachemi N, Brown LS, Saunders C, Brooks RG. A comparative study of quality outcomes in freestanding ambulatory surgery centers and hospital-based outpatient departments: 1997-2004. *Health Serv Res* 2008;43(5 Pt 1):1485-504.
104. RAND Health, Medicare Payment Advisory Commission. Further Analyses of Medicare Procedures Provided in Multiple. Arlington: MedPAC; 2006. dev.ahla.susqtech.com/SiteCollectionDocuments/Content/ContentGroups/Publications2/Health_Lawyers_Weekly2/Volume_4/Issue_432/MedPAC_rpt.pdf
105. Strobe SA, Sarma A, Ye Z, Wei JT, Hollenbeck BK. Disparities in the use of ambulatory surgical centers: a cross sectional study. *BMC Health Serv Res* 2009;9:121.
106. Meyerhoefer CD, Colby MS, McFetridge JT. Patient Mix in Outpatient Surgery Settings and Implications for Medicare Payment Policy. *Med Care Res Rev* 2012;69(1):62-82.
107. Plotzke M, Courtemanche C. Does procedure profitability impact whether an outpatient surgery is performed at an ambulatory surgery center or hospital? *Health Econ* 2011;20(7):817-30.
108. Carey K, Burgess JF, Young GJ. Hospital competition and financial performance: the effects of ambulatory surgery centers. *Health Econ* 2011;20(5):571-81.
109. Dummit LA. Specialty hospitals: can general hospitals compete? *NHPF Issue Brief* 2005;(804):1-12.
110. Bian J, Morrissey MA. Free-standing ambulatory surgery centers and hospital surgery volume. *Inquiry* 2007;44(2):200-10.
111. Schneider JE, Ohsfeldt RL, Morrissey MA, Li P, Miller TR, Zelner BA. Effects of specialty hospitals on the financial performance of general hospitals, 1997-2004. *Inquiry* 2007;44(3):321-34.
112. Carey K, Burgess JF, Young GJ. Specialty and full-service hospitals: a comparative cost analysis. *Health Serv Res* 2008;43(5 Pt 2):1869-87.
113. Carey K, Burgess JF, Young GJ. Single specialty hospitals and service competition. *Inquiry* 2009;46(2):162-71.
114. Courtemanche C, Plotzke M. Does competition from ambulatory surgical centers affect hospital surgical output? *J Health Econ* 2010;29(5):765-73.
115. Upper Midwest Rural Health Research Center, Gregg,W, Wholey,D, Moscovice,I. The impact of freestanding ambulatory surgery centers on rural community hospital performance, 1997-2006. UMRHRC Policy Brief. UMRHRC; 2010. rhc.umn.edu/wp-content/files_mf/greggasc.pdf
116. House of Commons. Independent Sector Treatment Centres. Fourth Report of Session 2005-06. Volume I. London: HC; 2006. www.publications.parliament.uk/pa/cm200506/cmselect/cmhealth/934/934i.pdf
117. King's Fund. Independent sector treatment centres. London: King's Fund; 2009. www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/briefing-independent-sector-treatment-centres-istc-chris-naylor-sarah-gregory-kings-fund-october-2009.pdf
118. Pollock AM, Godden S. Independent sector treatment centres: evidence so far. *BMJ* 2008;336(7641):421-4.
119. Mason A, Street A, Verzulli R. Private sector treatment centres are treating less complex patients than the NHS. *J R Soc Med* 2010;103(8):322-31.
120. Kent DM, Shah ND. Personalizing evidence-based primary prevention with aspirin: individualized risks and patient preference. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2011;4(3):260-2.
121. Pollock AM, Kirkwood G. Independent sector treatment centres: learning from a Scottish case study. *BMJ* 2009;338:b1421.

122. Mahieu A, Raffy-Pihan N. La chirurgie ambulatoire en France, bilan et perspectives. Paris: CREDES; 1997. www.irdes.fr/Publications/Rapports1997/rap1203.pdf
123. Agence régionale de santé d'Ile-de-France. Arrêté 12-111 relatif à l'ouverture d'une fenêtre dérogatoire à titre exceptionnel et dans l'intérêt de la santé publique pour la création de centres de chirurgie ambulatoire indépendants à hauteur de 1 à 2 implantations sur la région Ile-de-France par transfert géographique, regroupement ou conversion à nombre d'autorisations de chirurgie constant sur la région Ile-de-France 2012. www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/2_Offre-Soins_MS/1_Offre_hospitaliere/1_Organisation/2_Autorisations_exercice_hospitalier/OQOS-15-04-2012/12-111_arrete_CHIR_AMBU_.pdf
124. England Department of Health, Department of Health Payment by Results Team. Payment by results. Guidance for 2011-12. Leeds: DHPRT; 2011.
125. England Department of Health, Department of Health Payment by Results Team. Options for the future of payment by results: 2008/09 to 2010/11. Leeds: DHPRT; 2007.
126. NHS Institute for Innovation and Improvement. Delivering Quality and Value. Focus on: Cholecystectomy. Coventry: NHSIII; 2006.
127. Allen T, Fichera E, Sutton M. Can payers use prices to improve quality? Evidence from English hospitals 2012. www.ces-asso.org/sites/default/files/Can%20payers%20use%20prices%20to%20improve%20quality%20Evidence%20from%20English%20hospitals_FINAL_.pdf
128. England Department of Health. Payment by results. Step-by-step guide: Calculating the 2012-13 national tariff. Leeds: DHPRT; 2012. www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_133113.pdf
129. Medicare Payment Advisory Commission. Report to the Congress. Reforming the delivery system. Washington: MEDPAC; 2008. www.medpac.gov/documents/jun08_entirereport.pdf
130. Liu CF, Subramanian S, Cromwell J. Impact of global bundled payments on hospital costs of coronary artery bypass grafting. J Health Care Finance 2001;27(4):39-54.
131. Rastogi A, Mohr BA, Williams JO, Soobader MJ, de Brantes F. Prometheus payment model: application to hip and knee replacement surgery. Clin Orthop Relat Res 2009;467(10):2587-97.
132. Hussey PS, Ridgely MS, Rosenthal MB. The PROMETHEUS bundled payment experiment: slow start shows problems in implementing new payment models. Health Aff 2011;30(11):2116-24.
133. Avalere Health. Piloting Bundled Medicare Payments for Hospital and Post-Hospital Care. A Study of Two Conditions Raises Key Policy Design Considerations. Washington: Avalere Health; 2010. www.avalerehealth.net/research/docs/20100317_Bundling_Paper.pdf
134. Dong,L, Fitch,K, Pyenson,B, Rains-McNally,K, Milliman. Evaluating bundled payment contracting. Seattle: Milliman; 2011. publications.milliman.com/publications/healthreform/pdfs/evaluating-bundled-payment-contracting.pdf
135. Satin DJ, Miles J. Performance-based bundled payments: potential benefits and burdens. Minn Med 2009;92(10):33-5.
136. Government Accountability Office. Medicare: Private Sector Initiatives to Bundle Hospital and Physician Payments for an Episode of Care. Washington: GAO; 2011. www.gao.gov/assets/100/97278.pdf
137. Health Care Financing Administration. Medicare Participating Heart Bypass Center Demonstration. Washington: HCFA; 1998. www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/Reports/Downloads/Oregon2_1998_3.pdf
138. American Hospital Association. Bundled Payment. AHA research synthesis report. Washington: AHA; 2010. www.aha.org/research/cor/bundled-payment/index.shtml
139. Cromwell J, Dayhoff DA, Thomaian AH. Cost savings and physician responses to global bundled pay-

ments for Medicare heart bypass surgery. Health Care Financ Rev 1997;19(1):41-57.

140. Health Care Incentives Improvement Institute, Robert Wood Johnson Foundation. Prometheus payment®. Pilot Assessment and Implementation Toolkit. Newtown: HCI3; www.hci3.org/sites/default/files/files/PRO-METHEUS%20Payment%20Toolkit%20-%20Final.pdf

141. Paulus RA, Davis K, Steele GD. Continuous innovation in health care: implications of the Geisinger experience. Health Aff 2008;27(5):1235-45.

142. Casale AS, Paulus RA, Selna MJ, Doll MC, Bothe AE, McKinley KE, et al. "ProvenCareSM": a provider-driven pay-for-performance program for acute episodic cardiac surgical care. Ann Surg 2007;246(4):613-21.

143. Lee TH. Pay for performance, version 2.0? N Engl J Med 2007;357(6):531-3.

144. Rosenthal MB. Beyond pay for performance-emerging models of provider-payment reform. N Engl J Med 2008;359(12):1197-200.

145. Wynn ME. Modernizing the Medicare Program using global payment policies. Manag Care Q 2001;9(3):42-51.

146. Commonwealth Fund, McCarthy,D, Mueller,K, Wrenn,J. Geisinger Health System: Achieving the Potential of System Integration Through Innovation, Leadership, Measurement, and Incentives. New York ; Washington: Commonwealth Fund; 2009. http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Case%20Study/2009/Jun/McCarthy_Geisinger_case_study_624_update.pdf

Annexe 1. Comparaison des taux de chirurgie ambulatoire dans les statistiques de l'IAAS

Tableau 12. Taux de chirurgie ambulatoire dans les enquêtes IAAS pour une liste de procédures et en % de l'activité de chirurgie totale ou de chirurgie planifiée en Europe et aux États-Unis

	Enquête IAAS 1994-1995 18 procédures (10)	Enquête IAAS 1996-199 718 procédures (16)	Enquête IAAS 2004 37 procédures (15)	Enquête IAAS 2009 37 procédures (17)	Enquête IAAS 2004 % chirurgie ambulatoire / total chirurgie (15)	Enquête IAAS 2009 % chirurgie ambulatoire / total chirurgie (17)	Enquête IAAS 2004 % chirurgie ambulatoire / total chirurgie planifiée (15)	Enquête IAAS 2009 % chirurgie ambulatoire / total chirurgie planifiée (17)
États-Unis	93,2	94,2	83,5	-	-	-	-	
Allemagne	-	-	60,7	-	37	43,5	-	-
Belgique	39,2	44,9	79,3	78	30	-	43	-
Danemark	41,3	78,5	69	86	55,3	74	61	89
Espagne	-	33 (Andalousie)	54	63	28-44	33	-	87
Finlande	32	56,4	62,4	65	35		43	63
France	-	30,4	44,9	45	-	36	-	-
Irlande	38	40,1	-	-	-	-	-	-
Italie	-	21,9 (Veneto)	41	60	29	32	-	64
Luxembourg	19,3	-	-	-	-	-		-
Norvège	-	-	68	88	48	50	60	64
Pays-Bas	58,2	66,7	69,8	68	49,6	53	58	-
Portugal	10,4	9,9	18,5	55	10,7	35	14,6	43
Royaume-Uni	46,2	60	62,5	77	-	52	-	62
Suède			66,7	73	50	69	-	80

Source : De Lathouwer 1998 (10), De Lathouwer 2000 (16), IAAS, 2006 (15).

Source : IAAS, 2006 (15).

Liste des 37 procédures retenues par l'IAAS

Name of Procedure	ICD9CM Coding	NCSP Coding	Number of ambulatory cases	Number of inpatient cases
Cataract	13.1 – 13.7	CJB – CJE		
Squint	15.0 – 15.9	CEB – CEW		
Myringotomy with tube insertion	20.01	DCA 20		
Tonsillectomy	28.2 – 28.3	EMB 10 – 20		
Rhinoplasty	21.8	DJ, DL		
Broncho-Mediastinoscopy	33.22 – 33.24, 34.22	UGC, GEA		
Surgical removal of tooth	23.1	EBA 10		
Endoscopic female sterilisation	66.2	LGA		
Legal abortion	69.51, 69.01	LCH00, LCH03		
Dilatation and curettage of uterus	69.02, 69.09	LDA00, LDA10, LCA10, LCA13, MBA00, MBA03		
Hysterectomy (LAVH)	68.51	LCD11		
Repair of cysto- and rectocele	70.5	LEF		
Knee arthroscopy	80.26	NGA11		
Arthroscopic meniscus	80.6	NGD01, NGD11		
Removal of bone implants	78.6	NBU, NCU, NDU, NFU, NGU, NHU		
Repair of deform. on foot	77.51 – 77.59	NH		
Carpal tunnel release	04.43	NDM09, NDM19		
Baker cyst	83.39	NGM39		
Dupuytren's contracture	82.12	NDF02, NDF12		
Cruciate ligament repair	81.43, 81.45	NGE35, NGE36, NGE45, NGE46		
Disc operations	80.5	ABC		
Local excision of breast	85.21, 85.12	HAB00, HAB10, HAB40, HAB99		
Mastectomy	85.4	HAC		
Laparoscopic cholecystectomy	51.23	JKA21		
Laparoscopic antireflux	44.64 – 44.66	JBC01		
Haemorrhoidectomy	49.43 – 49.46	JHB		
Inguinal hernia repair	53.0 – 53.1	JAB		
Circumcision	64.0	KGH10, KGH80		
Orchidectomy + -pexi	62.3 – 62.5	KFH00, KFH10, KFC		
Male sterilisation	63.7	KFD43, KFD46		
TURP	60.2	KED22		
Colonoscopy w/wo biopsy	45.23, 45.25	UJF32, UJF35		
Removal of colon polyps	45.42	JFA15, JFA17		
Varicose veins	38.5	PHB10 – PHB14, PHD10 – PHD15		
Bilat: breast reduction	85.32	HAD30, HAD35		
Abdominoplasty	86.83	QBJ30		
Pilonidal cyst	86.21	QBE10		

Annexe 2. Listes des GHM à tarification identique introduite à partir de 2012

Instauration de la tarification en identique pour certains GHM en J

Tableau 13. Nouveaux GHM sous tarification identique à partir de 2012

Libellé du GHM	Code racine Sévérité 1 ou J	Tarif unique Ex-DG	Tarif unique OQN
Interventions sur la rétine	02C02	2 577,05	1 212,8
Interventions primaires sur l'iris	02C06	1 179,04	616,84
Autres interventions intraoculaires en dehors des affections sévères	02C11	1 189,98	651,28
Rhinoplasties	03C09	1 614,46	781,98
Création et réfections de fistules artérioveineuses pour affections de la CMD 05	05C21	1 931,36	1 027,1
Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur	08C14	1 253,11	593,44
Greffes de peau pour maladie de l'appareil musculo-squelettique ou du tissu conjonctif	08C20	1 785,89	654,04
Arthroscopies d'autres localisations	08C40	2 319,09	1 265,4
Créations et réfections de fistules artérioveineuses pour affections de la CMD 11	11C09	1 823,59	1 022,92
Interventions sur les testicules pour affections non malignes, âge supérieur à 17 ans	12C07	1 307,24	667,66
Dilatations et curetage, conisations pour tumeurs malignes	13C11	984,01	327,24
Greffes de peau pour lésions autres que des brûlures	21C02	1 830,10	1 000,72

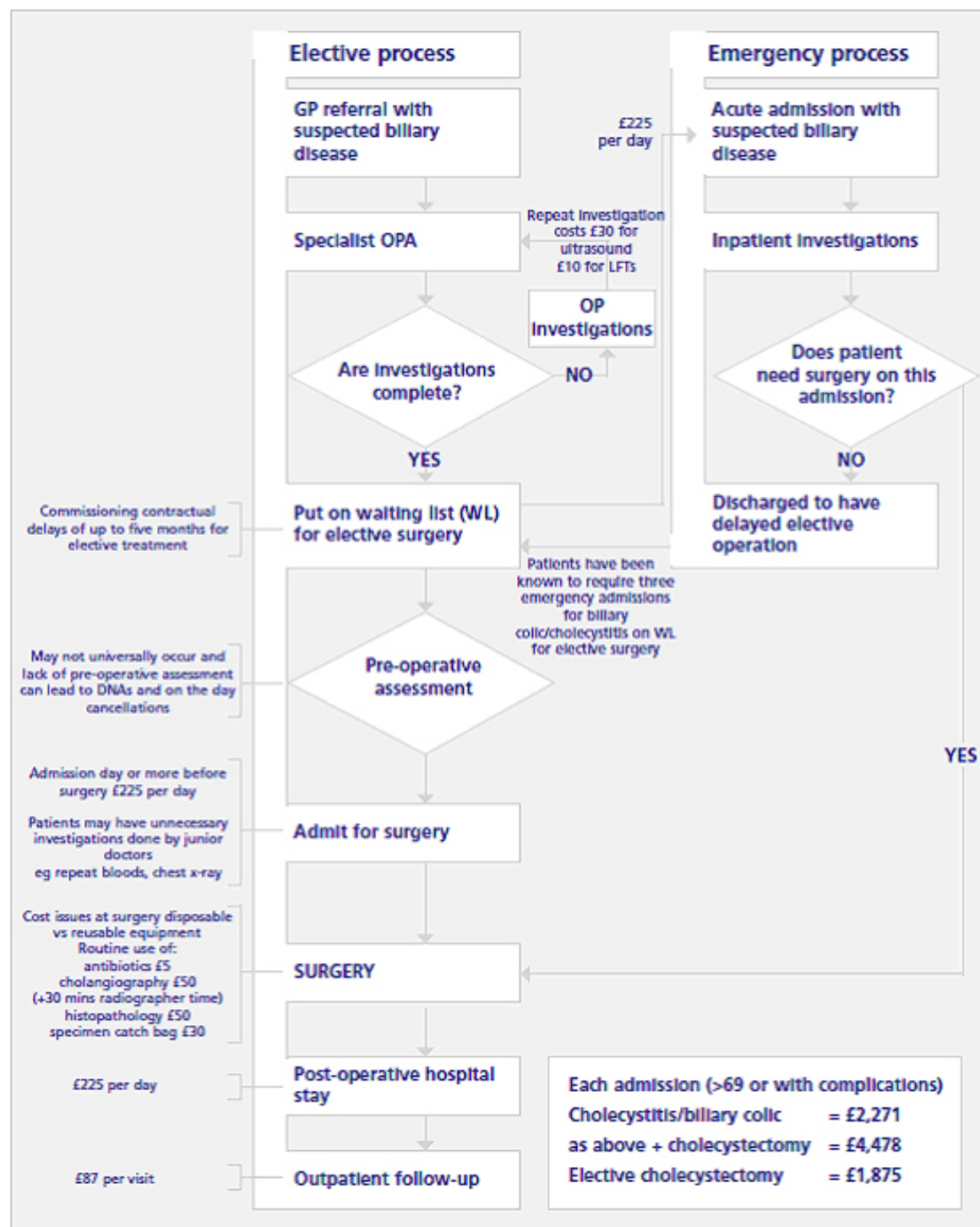
Création de nouveaux GHM en J et mise en place d'une tarification identique en 2012

Tableau 14. Nouveaux GHM en J avec tarification identique à partir de 2012

Libellé du GHM	Code racine Sévérité 1 ou J	Tarif unique Ex-DG	Tarif unique OQN
Pose d'un stimulateur médullaire	01C10	2 234,71	895,6
Ostéotomies de la face	03C19	3 876,22	1 855,74
Amputations pour troubles circulatoires portant sur le membre supérieur ou les orteils	05C13	2 342,80	870,87
Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës	07C14	2 480,60	1 439,31
Interventions maxillo-faciales	08C28	2 665,11	1 571,18
Prostatectomies transurétrales	12C04	2 859,22	1 824,61
Interventions réparatrices sur l'appareil génital féminin	13C04	2 847,92	1 822,5
Parages de plaies pour lésions autres que des brûlures	21C03	1 956,80	569,03
Brûlures non étendues avec greffe cutanée	22C02	6 435,03	3 772,3

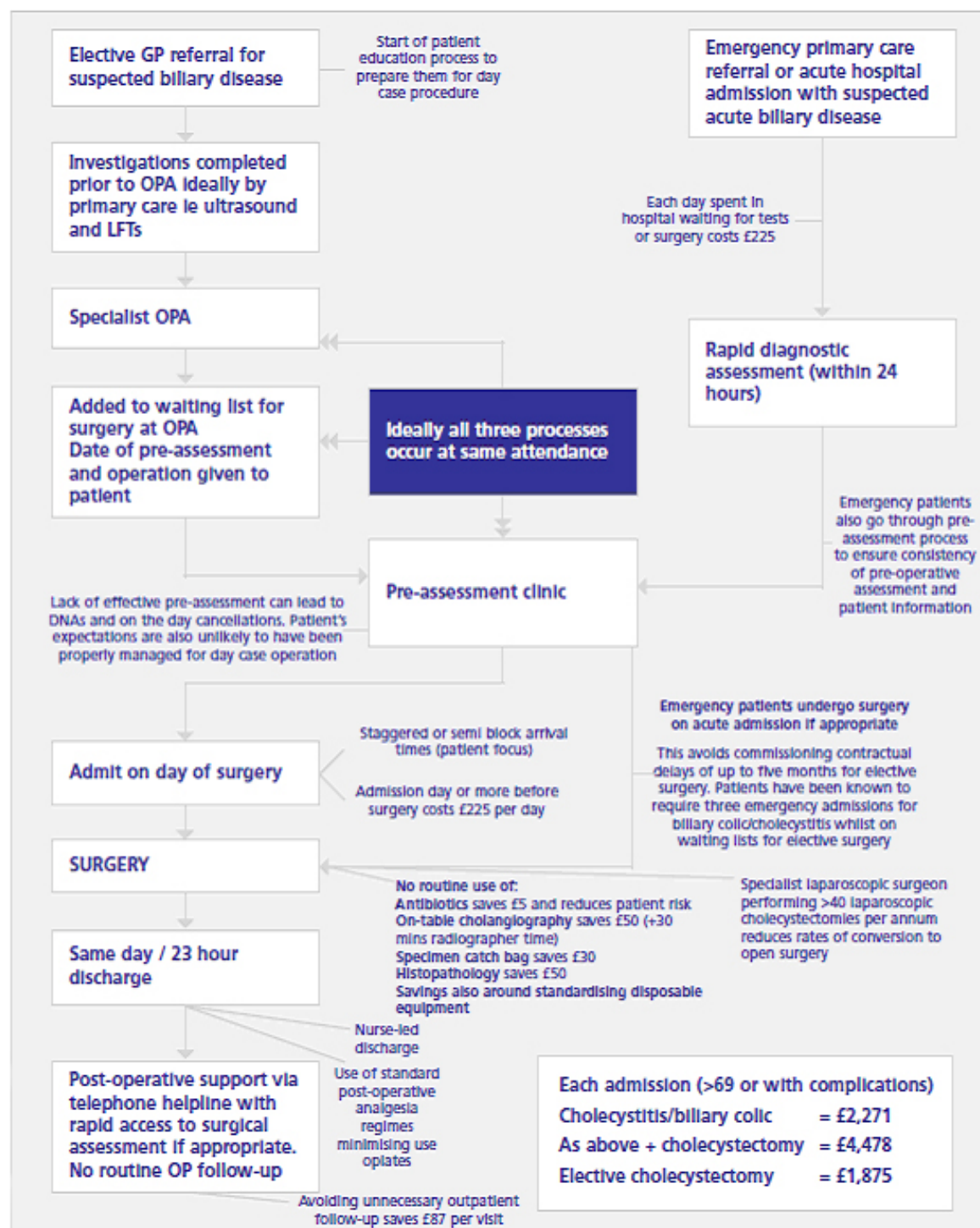
Annexe 3. Comparaison entre la procédure actuelle et la procédure recommandée pour la cholécystectomie en Grande-Bretagne

Procédure actuelle



SOURCE: (120).

Procédure recommandée



PARTICIPANTS

L'équipe

L'analyse de la littérature et la rédaction de l'argumentaire scientifique ont été réalisées par Mme Isabelle HIRTZLIN, chef de projet au Service évaluation économique et santé publique sous la responsabilité de M. Olivier SCEMAMA, adjoint au chef de service, et de Mme Catherine RUMEAU PICHON, chef de service.

La recherche documentaire a été effectuée par Mme Emmanuelle BLONDET, documentaliste, avec l'aide de Mme Yasmine LOMBRY, sous la responsabilité de Mme Christine DEVAUD, adjointe au chef de service, et de Mme Frédérique PAGÈS, chef de service.

L'organisation logistique et le travail de secrétariat ont été réalisés par Mme Sabrina MISSOUR.

Groupe d'appui méthodologique

- M. Gilles BONTEMPS, directeur associé, ANAP, Paris.
- Mme Zeynep OR, économiste de la santé, IRDES, Paris.
- Mme Michèle BRAMI, chargée de mission ATIH, Paris.
- Mme Martine PERES-MORRIS, retraitée ex-DAF, clinique Lafourcade, Bayonne.
- M. François DEMESNAY, Directeur général délégué, Capio Santé, Villeurbanne.
- M. Jacques PORTIER, représentant de patients, Confédération française des retraités, Tours.
- Dr Andrien DOZOL, médecin de santé publique-économie de la santé, CHU Lariboisière, Paris.
- Dr Stéphane QUESNOT, directeur adjoint DIM de la Générale de santé, Paris.
- Dr Véronique GILLERON, médecin de santé publique, DIM, CHU Bordeaux.
- Dr Alain ROUMAJON, médecin DIM, groupe Vitalia, Paris.
- Mme Anne HEGOBURU, directrice pôle finances, efficacité et recherche des hôpitaux universitaires de Paris-Ouest, Paris.
- Mme Adeline TOWNSEND, chargée de mission ATIH, Paris.

Groupe de lecture

Pour la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR)

- Pr M BAUSSIÉ (président du comité ambulatoire), Dr MP CHARIOT, Dr L DELAUNAY, Dr F MARCHAND-MAILLET, Dr P NICOLAI.
- Dr Marc GENTILI, médecin anesthésiste-réanimateur, membre du conseil d'administration de la SFAR, CHP Saint-Grégoire, Saint-Grégoire.

Pour l'Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA).

- Pr Corinne VONS, professeur de chirurgie digestive, secrétaire générale de l'Association française de chirurgie ambulatoire.

Commission d'évaluation économique et de santé publique (CEESP)

La CEESP a désigné quatre rapporteurs : MM. Benoît DERVAUX, Pierre-Louis RÉMY, Luc VANDROMME, Richard DOUARD.

Par ailleurs, la mise en cohérence de l'ensemble des recommandations des différents axes du programme chirurgie est assurée pour la CEESP par M. Philippe MOSSÉ.

FICHE DESCRIPTIVE

TITRE	Tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger – État des lieux et perspectives
Méthode de travail	Rapport d'orientation.
Date de mise en ligne	Juin 2013.
Date d'édition	Uniquement disponible sous format électronique.
Objectif(s)	Dresser un bilan des modalités de tarification de la chirurgie ambulatoire utilisées en France et à l'étranger et proposer des solutions visant à renforcer les incitations tarifaires en faveur du développement de la chirurgie ambulatoire en France tout en accroissant son efficience.
Professionnel(s) concerné(s)	Responsables gestionnaires, administratifs et financiers des établissements de santé, médecins DIM, chirurgiens, anesthésistes-réanimateurs.
Demandeur	Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS).
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), service évaluation économique et santé publique.
Pilotage du projet	Rédaction et coordination : Mme Isabelle Hirtzlin, chef de projet au service évaluation économique et santé publique (chef de service : Mme Catherine Rumeau-Pichon). Secrétariat : Mme Sabrina Missour. Recherche documentaire : Mme Emanuelle Blondet, avec l'aide de Mme Yasmine Lombry (chef du service documentation : Frédérique Pagès).
Participants	Sociétés savantes en chirurgie, institutions (ATIH et ANAP), médecins DIM, gestionnaires et économistes de la santé, cf. liste de participants. Les participants au groupe d'appui méthodologique ont communiqué leur déclaration d'intérêts à la HAS.
Recherche documentaire	Janvier 2000 à mars 2013 ; 652 articles identifiés, 146 retenus et analysés.
Auteur de l'argumentaire	Mme Isabelle Hirtzlin, économiste de la santé, chef de projet HAS, Saint-Denis La Plaine.
Validation	Avis de la Commission évaluation économique et santé publique du 14 mai 2013. Validation par le Collège de la HAS le 19 juin 2013.
Autres formats	Argumentaire scientifique et synthèse. Téléchargeables gratuitement sur : www.has-sante.fr



“ Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire ”

Juin 2013