



**HAL**  
open science

# Éléments pour un renouveau du modèle de tarification de la chirurgie ambulatoire : les recommandations de la Haute Autorité de Santé

Isabelle Hirtzlin

► **To cite this version:**

Isabelle Hirtzlin. Éléments pour un renouveau du modèle de tarification de la chirurgie ambulatoire : les recommandations de la Haute Autorité de Santé. 2015. hal-01242618

**HAL Id: hal-01242618**

**<https://hal.science/hal-01242618>**

Submitted on 15 Dec 2015

**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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0  
International License

## **Eléments pour un renouveau du modèle de tarification de la chirurgie ambulatoire : les recommandations de la Haute Autorité de Santé**

Isabelle HIRTZLIN,

Haute Autorité de Santé et Université de Paris 1 – Panthéon-Sorbonne, 90 rue de Tolbiac 75013 Paris, isabelle.hirtzlin@univ-paris1.fr

Décembre 2015

### **Résumé**

La chirurgie ambulatoire permet au patient de rejoindre son domicile le jour même de son intervention. Alors qu'elle s'est fortement développée dans de nombreux pays européens pour devenir très largement majoritaire, cette pratique ne représente en France qu'environ 40% du total des interventions chirurgicales. Pour favoriser son développement, une tarification identique entre chirurgie ambulatoire et chirurgie en hospitalisation conventionnelle a été instaurée par les pouvoirs publics à partir de 2009. La HAS a constaté que la tarification identique avait contribué au développement de la chirurgie ambulatoire, mais elle a mis en évidence plusieurs limites dans ce modèle d'incitation tarifaire. Elle a réalisé une revue de la littérature des différentes innovations mises en place à l'étranger au niveau tarifaire, puis élaboré 25 recommandations s'inspirant de la littérature internationale et des avis d'experts, afin de trouver des modalités tarifaires innovantes permettant de renforcer la dynamique de développement de cette activité à l'horizon 2016.

### **Introduction**

La chirurgie ambulatoire est pratiquée aujourd'hui dans de nombreux établissements de santé, publics ou privés. Elle se définit comme les actes chirurgicaux programmés, réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, et suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention (1). 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.

Le taux de chirurgie ambulatoire a sensiblement progressé en France entre 2007 à 2012 (passant 32,7% à 40,8 %) (2)(3) mais reste en deçà de la plupart des pays européens, alors que 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 (4).

Partant de ce constat, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a saisi la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) afin qu'elles produisent des analyses sur les travaux à mener pour augmenter la part de l'activité chirurgicale ambulatoire en France, tous actes confondus. Dans ce cadre, à partir des données de la littérature internationale, la HAS a rédigé un rapport d'orientation et des recommandations sur la tarification de la chirurgie ambulatoire (5) visant à en faire évoluer les grands principes, pour impulser une nouvelle dynamique dans le développement de cette activité.

### **Méthode**

Cette étude a reposé sur une analyse des données de la littérature internationale disponibles (période 2000-2012) concernant les pratiques tarifaires en France et à l'étranger, ainsi qu'une enquête par questionnaire de membres référents de International Association for Ambulatory Surgery (IAAS). L'organisation de deux réunions (en octobre 2012 et janvier 2013) avec un groupe d'appui méthodologique composé de médecins DIM, de gestionnaires d'établissements et

d'économistes de la santé, a permis de compléter la version provisoire de l'argumentaire et de rédiger des pré-recommandations. Elles ont été soumises à la consultation d'un groupe de lecture constitué de représentants de l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA), de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) et de l'Académie Nationale de Chirurgie. La Commission d'Evaluation Economique et de Santé Publique (CEESP) et le Collège de la HAS ont ensuite validé le rapport d'orientation et les recommandations en juin 2013.

## Constats réalisés

Dans la construction du modèle de tarification à l'activité utilisé actuellement par la plupart des pays européens, 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.

Ainsi 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 que pour la chirurgie en hospitalisation classique car il était considéré comme un « *outlier court* », et devait donc faire l'objet d'une décote fixe, ou proportionnelle à la durée de séjour, ce qui n'incitait pas les acteurs à pratiquer cette activité.

Progressivement, à partir des années deux mille, l'instauration d'un tarif identique pour la chirurgie ambulatoire et en hospitalisation classique sur des actes 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 alors devenus minoritaires (Allemagne, Suède, Irlande, Pologne) (5).

Concernant la France, le modèle tarifaire a fortement évolué depuis 2009 (5). Des groupes homogènes de malades spécifiques (codés en J) ont d'abord été créés pour la chirurgie ambulatoire. 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). Un tarif identique aux deux types de séjours (en J et en sévérité1) a été instauré pour 18 racines de GHS en 2009, 39 en 2012 et 47 en 2013. De plus, 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 pour quelques GHS, puis pour l'ensemble GHS chirurgicaux de niveau de sévérité 1 en Mars 2014 (6), ce qui revient à instaurer une tarification identique également pour ces séjours.

La tarification identique a ainsi contribué à adresser aux établissements un signal prix fort en faveur de la chirurgie ambulatoire, ce qui a probablement contribué à en accélérer le développement en France.

Pour autant, ce modèle tarifaire reste encore perfectible car :

- le calcul du tarif identique repose sur une moyenne du coût de l'activité ambulatoire et classique, pondérée par le taux de chirurgie ambulatoire déjà atteint. Ainsi, lorsque la chirurgie ambulatoire est peu développée, l'établissement qui pratique la chirurgie ambulatoire bénéficie d'un tarif proche du coût de la chirurgie en hospitalisation classique réputé plus élevé, et donc d'un « *effet d'aubaine* » incitatif en tant que premier entrant sur une activité de chirurgie ambulatoire. Mais à mesure que l'activité de chirurgie ambulatoire se développe sur le territoire, le tarif va mécaniquement se rapprocher du niveau de coût de la chirurgie ambulatoire. L'existence de cette échelle tarifaire mobile et décroissante, peu prévisible pour les acteurs, génère un manque de stabilité financière à moyen terme, pouvant ralentir les investissements consentis par les établissements dans cette activité.
- 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 des 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 et/ou à durée moyenne de séjour élevée.

- le modèle de tarification à l'activité ne génère aucune incitation pour améliorer la qualité des soins produits. Par ailleurs, la mise en relation entre le tarif et le coût de production observé dans les établissements n'est légitime que si l'on postule que le mode de production actuel des établissements est approprié, voire optimisé.

Pour surmonter les limites de la tarification identique, certains pays (Grande Bretagne et Etats Unis) ont déjà recherché un modèle d'incitation tarifaire conduisant les établissements à favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire, tout en encourageant l'efficience :

### ***La tarification à la meilleure pratique en Grande Bretagne***

Ce principe se démarque de la tarification à l'activité basée sur le coût moyen. Ce système de paiement repose sur l'évaluation des coûts d'une pratique d'excellence ou a minima, d'une bonne pratique. Il a été introduit en 2010 pour deux procédures de chirurgie ambulatoire (7) avec extension à 12 procédures supplémentaires en 2011 (8).

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 efficiente (la chirurgie ambulatoire parfois combinée à une technique opératoire ou à un mode d'organisation de la prise en charge du patient),
- il fixe délibérément les tarifs pour la chirurgie ambulatoire à un niveau plus élevé que celui de la chirurgie en hospitalisation classique, en tenant compte du taux d'atteinte de l'objectif cible (taux de chirurgie ambulatoire à atteindre sur le territoire en suivant les recommandations de la société savante en chirurgie ambulatoire (*British Association for Day Surgery*)).

Le tarif à la meilleure pratique combine ainsi la recherche de l'efficience au niveau de la pratique chirurgicale, avec la mise en place d'un processus d'incitation tarifaire visant à atteindre un taux cible de chirurgie ambulatoire.

### ***La tarification à l'épisode de soins aux Etats-Unis.***

La Medpac (Medicare Payment Advisory Commission) a proposé d'expérimenter en 2008 un nouveau modèle tarifaire à l'épisode de soins (*bundled payment*) (9).

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<sup>1</sup>, Medicaid<sup>2</sup> 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.

Ce système a été expérimenté dans le cadre du programme Pometheus en 2006 concernant 10 procédures de chirurgie dont cinq en chirurgie ambulatoire (10)(11). L'intérêt du paiement à l'épisode de soins pour tarifier la chirurgie ambulatoire repose plus sur la capacité à définir l'intervention 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.

Sur la base de ces constats la HAS a proposé 25 recommandations qui s'articulent autour de 10 thématiques dont l'essentiel est résumé ci-après. Leur objectif est de favoriser l'augmentation du taux de chirurgie ambulatoire en France, tout en améliorant la qualité et l'efficacité de cette prise en charge.

## Recommandations

Dans les recommandations de la HAS, il a d'abord été rappelé que les incitations tarifaires mises en place depuis 2009 avaient eu un impact sur le développement de la chirurgie ambulatoire mais qu'il conviendrait également de renforcer leur accompagnement avec d'autres mesures financières hors T2A et non financières. Ces mesures, dont les modalités sont à définir, pourraient être mises en place au niveau des établissements par les Agences Régionales de la Santé (plan d'investissement, contractualisation avec l'établissement, plan de formation...).

Au niveau tarifaire, il est proposé de 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) tout en assurant une meilleure lisibilité pour les acteurs souhaitant développer cette activité. Pour cela la HAS propose :

- de décliner le taux cible national de chirurgie ambulatoire en taux par procédure ou par racine de GHM. A ce titre, l'expérience de la British Association for Ambulatory Surgery pourrait alimenter la réflexion au niveau français,
- d'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,
- de 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. A ce titre, de 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 personnels en fonction par exemple des durées d'interventions chirurgicales ou des techniques utilisées, et ce pour certaines procédures réalisées en routine en chirurgie ambulatoire.
- de s'affranchir progressivement des tarifs basés sur le coût moyen pour privilégier des tarifs basés sur les pratiques les plus efficaces. L'efficacité devant être envisagée dans l'intégralité de ses dimensions (coût, qualité des soins, organisation des unités de chirurgie ambulatoire). La chirurgie ambulatoire, qui répond à des protocoles standardisés d'expérimentations visant à la mise en place d'une tarification à la meilleure pratique (« *Best practice tariff* ») telle que développée en Grande Bretagne
- Afin d'inciter à la diminution des effets indésirables, le paiement à l'épisode de soins (« *Bundled payment* ») mis en place aux Etats-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.

---

<sup>1</sup> Système fédéral d'assurance santé pour les personnes âgées de plus de 65 ans.

<sup>2</sup> Système fédéral d'assurance santé pour les personnes les plus démunies.

Enfin, 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 émergentes de chirurgie ambulatoire en France devrait être réalisée. Après évaluation de leur pertinence et de leur sécurité, une tarification adaptée pourrait être mise en place pour les procédures concernées, par exemple en supprimant les bornes basses de durée de séjour.

Lire le rapport complet : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) ; Tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger- Etat des lieux et perspectives.

## Références

- (1) Conférence de consensus. La chirurgie sans hospitalisation. Rapport de la conférence. Rev Hosp France 1995;2:156-71.
- (2) 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.
- (3) Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Etat des lieux 2012 sur l'activité de chirurgie ambulatoire, Programme de gestion du risque, 25 Octobre 2013.
- (4) HAS-ANAP. Chirurgie ambulatoire - Socle de Connaissances, Avril 2012.
- (5) HAS. Tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger, Etat des lieux et perspectives, Juin 2013.
- (6) Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Arrêté du 25 février 2014 fixant pour l'année 2014 les éléments tarifaires mentionnés au I et IV de l'article L.162-22-10 du code de la Sécurité Sociale. Journal Officiel de la République Française du 28 février 2014.
- (7) England Department of Health. A simple guide to payment by results. London: NHS; 2010.
- (8) England Department of Health, Department of Health Payment by Results Team. Payment by results. Guidance for 2011-12. Leeds: DHPRT; 2011.
- (9) Medicare Payment Advisory Commission. Report to the Congress. Reforming the delivery system. Washington: MEDPAC; 2008.
- (10) 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.
- (11) Health Care Incentives Improvement Institute, Robert Wood Johnson Foundation. Prometheus payment®. Pilot Assessment and Implementation Toolkit. Newtown: HCI3.