Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

Sous-direction de l'organisation des soins
Bureau de l'organisation générale de l'offre régionale de soins (O1)

Sous-direction des affaires financières
Bureau du financement de l'hospitalisation publique et des activités spécifiques de soins pour les personnes âgées (F2)
Bureau du financement de l'hospitalisation privée (F3)
Bureau des études et synthèses financières relatives aux activités de soins (F1)

Personne chargée du dossier :
Christine UNGERER
E-mail : christine.ungerer@sante.gouv.fr
Téléphone : 01 40 56 51 94
Télécopie : 01 40 56 50 10

La ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative

à

Mesdames et Messieurs les Directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour mise en œuvre)

Mesdames et Messieurs les Préfets de régions
Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (pour information)

Mesdames et Messieurs les Préfets de départements
Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (pour information)

CIRCULAIRE N°DHOS/O1/F2/F3/F1/2008/147 du 29 avril 2008 relative au développement de la chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé.

Date d'application : immédiate
NOR : SJSH0830415C (texte non paru au journal officiel)
Classement thématique : Etablissements de santé

Résumé : Objectifs régionaux de développement de la chirurgie ambulatoire

Mots-clés : hôpital – clinique – établissements de santé – chirurgie ambulatoire

Textes de référence :

• Code de la santé publique ;
• Code de la sécurité sociale ;
• Arrêté du 27 février 2008 fixant pour l'année 2008 l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale ;
• Circulaire DHOS/O/2004/101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de 3ème génération
• Document DHOS-UNCAM - cadre et éléments méthodologiques pour l'élaboration du volet chirurgie ambulatoire des SROS de troisième génération – janvier 2005

Textes abrogés :

Annexes : Annexe I : Objectifs régionaux de développement de la chirurgie ambulatoire

Il existe en France un potentiel important de développement de la chirurgie ambulatoire, source de satisfaction pour les patients, de qualité de prise en charge, d'optimisation de l'organisation et des ressources.

La présente circulaire a pour objet, afin d'accélérer le processus de développement de la chirurgie ambulatoire, de fixer un objectif de développement de la chirurgie en hospitalisation de courte durée pour 15 gestes marqueurs et leurs GHM correspondants, au niveau régional.

1. Le développement de la chirurgie ambulatoire vise à répondre aux besoins des patients et à améliorer l'efficience des établissements de santé

1.1. Un potentiel important de développement de la chirurgie ambulatoire

La France accuse un retard important dans le développement de la chirurgie ambulatoire. Les études montrent que le taux de chirurgie ambulatoire peut être estimé à 78% au Danemark, 60% en Grande Bretagne, 33 % en Espagne contre 30 % en France en 2003.

Ce retard cache une grande hétérogénéité des pratiques en chirurgie ambulatoire en France selon les régions, les établissements et les types d'actes, et renforce l'idée d'un potentiel important de développement (Le Guellec et alii, « La chirurgie ambulatoire : potentiel de développement pour 17 gestes marqueurs », CREDES, *Bulletin d'information en économie de la santé*, 2002 : pour un même geste, les taux de chirurgie ambulatoire diffèrent fortement d'un établissement à l'autre).

Néanmoins, depuis 2003, 70 % des établissements ont développé leur activité ambulatoire. Ces dernières années, la prise en charge hospitalière de jour a fortement progressé, en raison de multiples facteurs, parmi lesquels les politiques de prise en charge de proximité et de développement des alternatives à l'hospitalisation, l'évolution des techniques chirurgicales, ainsi que la meilleure prise en compte des besoins des patients. Entre 2003 et 2006, l'activité ambulatoire des établissements ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique a augmenté de 26,8 % [DREES, à paraître].

1.2. Les raisons pour développer la chirurgie ambulatoire

Les études qui comparent la chirurgie ambulatoire et la chirurgie traditionnelle identifient des bénéfices en termes de satisfaction des patients et de meilleure qualité des soins de l'ambulatoire. Ces bénéfices pour les patients sont également associés à des économies de temps et de ressources.

- Une source de satisfaction pour les patients

Les études disponibles, notamment du CREDES et de la CNAM, soulignent le taux très élevé de satisfaction des patients ayant eu une opération chirurgicale en ambulatoire, ce qui devrait faciliter la diffusion de cette démarche : 90% des patients se déclarent satisfaits de ce mode de prise en charge et 88% se disent prêts à renouveler l'expérience.

- Un facteur de qualité globale de prise en charge, de modernisation de l'hôpital et de restructuration de l'offre de soins

Ce mode de prise en charge impose aux professionnels un niveau d'exigence élevé, lié à la brièveté du séjour hospitalier et à l'enjeu permanent de qualité et de sécurité des soins. La chirurgie ambulatoire nécessite une organisation centrée sur le patient, y compris en amont et en aval de l'hospitalisation et des équipes rigoureusement organisées. Les conditions d'éligibilité du patient à un acte de chirurgie ambulatoire doivent être extrêmement rigoureuses (critères médicaux et psycho-sociaux).

- Une source d'économies substantielles

Les études publiées concernant ces procédures chirurgicales montrent que les patients peuvent être pris en charge en ambulatoire avec la même qualité, sans risque de complications supplémentaires et en mobilisant moins de ressources.

- Un enjeu stratégique majeur pour les établissements.

Il existe une relation entre le développement de la chirurgie traditionnelle et de la chirurgie ambulatoire comme l'a démontrée l'étude de la CNAMTS parue en 2003 «Evolution des parts de marché de la chirurgie classique dans 20 régions entre 1999 et 2001 : réalités et perspectives ». Cette étude montre en effet, à de rares exceptions près, des parts de marché globales et ambulatoires qui varient dans le même sens. Ce constat identifie à tous les niveaux étudiés (national, régional, grands groupes hospitaliers publics, spécialités chirurgicales) une ligne de fracture entre les établissements qui ont développé l'ambulatoire et ceux qui ne l'ont pas fait. Une structure qui n'a pas développé l'ambulatoire alors qu'elle en possède le potentiel peut mettre en jeu à court ou moyen terme la pérennité de son activité chirurgicale.

2. Les outils de développement de la chirurgie ambulatoire

Différentes incitations au développement de la chirurgie ambulatoire ont été mises en place depuis 2003.

2.1. Une simplification du régime des autorisations et la mise en œuvre des SROS de 3eme génération

L'ordonnance de simplification administrative du 4 septembre 2003 a inscrit le développement de la chirurgie ambulatoire dans les orientations liées à la chirurgie, et conduit donc à prendre en compte dans le cadre de l'élaboration des SROS de troisième génération (2006-2011) l'organisation de la chirurgie en incluant la chirurgie ambulatoire.

La mise en œuvre des SROS de 3ème génération (2006-2011) constitue aujourd'hui le cadre du développement de la chirurgie ambulatoire dans les territoires de santé. Je vous rappelle la lettre cadre DHOS-UNCAM adressée en janvier 2005 qui présentait à la fois le contexte et les leviers de développement de la chirurgie ambulatoire dans le cadre de l'élaboration des SROS 3. La quasi-totalité des volets « chirurgie » des SROS 3 ont ainsi fixé un objectif de progression du taux de chirurgie ambulatoire des établissements de santé de la région.

Enfin, les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins de chirurgie au sein des établissements publics et privés de santé sont en cours de rénovation. La chirurgie ambulatoire sera l'une des modalités de fonctionnement pour tous les établissements autorisés à pratiquer l'activité de chirurgie.

2.2. Le développement d'outils par la MEAH

La MEAH a développé des outils visant à développer le potentiel interne des établissements de santé. En effet, la MEAH a mis en place depuis 2005 un chantier sur la chirurgie ambulatoire au travers de la promotion et de la diffusion de bonnes pratiques organisationnelles, de la mise à disposition d'un outil d'évaluation et de suivi de la chirurgie ambulatoire. Il porte également sur l'intérêt économique de cette dernière pour les établissements. La MEAH propose notamment de bonnes pratiques d'organisation des unités dédiées de chirurgie ambulatoire (UCA) qui sont une des conditions de cette activité.
Vous trouverez ces outils sur le site de la MEAH (http://www.meah.sante.gouv.fr).

2.3. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)

Les CPOM signés pour 5 ans entre l'ARH et les établissements de santé, ainsi que les dispositifs de contractualisation interne, doivent permettre de suivre le développement de la chirurgie ambulatoire. En effet, au niveau régional, les CPOM déclinent, par établissement de santé autorisé, les objectifs quantifiés, et ce pour l'ensemble de la chirurgie, tant en hospitalisation complète qu'en ambulatoire. Ils en définissent également les modalités de mise en œuvre.

L'élaboration de projets médicaux de territoire doit encourager la réflexion des acteurs de terrain sur le développement de la chirurgie ambulatoire. Au-delà des praticiens du secteur hospitalier public et privé, elle doit associer les médecins de ville sur l'intérêt de la chirurgie ambulatoire et sur leur rôle tant en amont qu'en aval de la prise en charge en chirurgie ambulatoire.

2.4. Une politique tarifaire rapprochant les tarifs d'hospitalisation complète et d'hospitalisation de courte durée pour 15 couples de GHM

La réforme du financement des établissements de santé est également incitative au développement de l'ambulatoire, en particulier dans le secteur public.

La première évolution a eu lieu en 2004 avec une revalorisation des tarifs de la prise en charge ambulatoire concomitante à la mise en place de la T2A. Cette rémunération est devenue identique que le patient passe une nuit en hospitalisation ou pas, et établie à la moyenne de ces séjours, ce qui mécaniquement revalorise la rémunération des séjours avec 0 nuit.

Elle s'est poursuivie en 2007 avec le financement à hauteur de 100% à l'activité de cinq GHM (GHM concernés : interventions sur le cristallin ; drains trans-tympaniques ; ligatures de veines et éveinages ; circoncisions ; libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels), ainsi qu'une réduction de 50% de l'écart des tarifs ambulatoire et hospitalisation à temps complet pour 15 « couples » (CM24 / hospitalisation complète) de GHS dans le secteur public.

Les couples ont été sélectionnés sur la similitude en termes de contenu médical et de durée de séjour entre la prise en charge en CM24, d'une part, et celle en hospitalisation de plus de 48h, d'autre part.

Lors de la campagne tarifaire de 2008, le développement de la chirurgie ambulatoire a encore été encouragé par la diminution des tarifs de 15 GHM d'hospitalisation complète les rapprochant des tarifs de leurs homologues d'hospitalisation de courte durée. Le rapprochement opéré, au sein d'un couple, a été d'autant plus important que la similitude des prises en charge était forte.

2.5. L'accompagnement financier des restructurations des plateaux techniques

La restructuration des plateaux techniques de chirurgie doit être l'occasion d'inscrire le développement de la chirurgie ambulatoire dans l'éventail des activités dont doit bénéficier la population.

Un volume "critique" d'activité chirurgicale globale pour un établissement est le préalable au développement de la chirurgie ambulatoire.

La chirurgie ambulatoire est une activité à part entière. Elle doit trouver sa place dans le cadre d'un projet médical au niveau du territoire de santé comportant une analyse des besoins en la matière, l'identification quantitative et qualitative de l'offre sur un territoire donné et l'appréciation des ressources médicales et paramédicales au niveau des établissements de santé autorisés à la chirurgie

A l'instar des opérations qui ont été soutenues dans le cadre du plan Hôpital 2007, l'organisation spécifique nécessaire à l'activité de chirurgie ambulatoire peut justifier des travaux d'adaptation des locaux. Le programme d'aide à l'investissement Hôpital 2012 peut être mobilisé, en tant que de besoin, à cet effet.

3. Le développement de l'hospitalisation de courte durée en chirurgie décliné dans chaque région

Comme je l'ai déjà annoncé dans la circulaire relative à la campagne tarifaire des établissements de santé, je souhaite que le développement de la chirurgie ambulatoire prenne un nouvel essor dès 2008 et aux cours des quatre années suivantes, pour atteindre un niveau comparable aux pays qui sont en pointe dans ce domaine. J'ai décidé de fixer un objectif quantitatif pour chaque région dont je vous demanderai de rendre compte périodiquement de la réalisation.

L'objectif cible, compte tenu de la version en vigueur de la classification des prestations d'hospitalisation, porte sur un périmètre plus large que la chirurgie ambulatoire stricto sensu, puisqu'il concerne les hospitalisations de courte durée réalisées en moins de 48 heures (séjours de la CM24). Les 15 GHM déjà évoqués ci-dessus ont été retenus, tant par le ministère de la santé que par les services de l'Assurance maladie, comme GHM de chirurgie à fort potentiel de développement de l'hospitalisation de courte durée.

Le potentiel de développement de la part de l'hospitalisation de courte durée est défini pour chaque couple de GHM. Il s'échelonne de 50% (intervention réparatrice pour hernie abdominale) à 99% (intervention sur la main pour kyste synovial) (voir tableau les taux cibles en annexe 1). A partir du case-mix de 2006, le potentiel d'hospitalisation de courte durée pour les 15 couples s'élève à 89%.

Ces 15 couples de GHM ont totalisé en 2006 près de 1,7 millions de séjours, avec un taux d'hospitalisation de courte durée de 72%. D'importantes disparités sont constatées entre régions, avec un écart allant de 54% en Franche-comté à 78% en PACA.

La part de l'hospitalisation de courte durée est supérieure dans le secteur privé à but lucratif (74%) par rapport au secteur anciennement financé par dotation globale (64%). 71% de l'activité de ces 15 couples de GHM est réalisée dans le secteur privé à but lucratif.

Un objectif cible est décliné par région et par année :

- le taux cible de chaque région est calculé en appliquant pour chacun des 15 GHM le taux cible national au nombre de séjours réalisés dans la région en 2006 (voir taux cibles en annexe 2). L'objectif cible est donc légèrement différent d'une région à l'autre (entre 88% et 90%) compte tenu des écarts régionaux de case-mix.
- des objectifs intermédiaires sont fixés pour chaque année en fonction de la situation initiale

  Pour la plupart des régions, l'effort à fournir pour atteindre le taux cible est réparti linéairement sur les quatre années. Une adaptation est faite pour les régions dans lesquelles le différentiel entre le taux actuel et le taux cible est supérieur à 25%. Dans ce cas, l'effort est limité à une croissance de 6% durant les deux premières années afin de laisser aux établissements de santé le temps d'engager les réorganisations nécessaires. L'atteinte du taux cible doit néanmoins être réalisée à l'horizon 2011, comme pour les autres régions (voir taux annuels en annexe 2).

- l'objectif de développement de l'hospitalisation de courte durée porte aussi bien sur les établissements de santé publics que privés.

Je vous demande d'accompagner les établissements de santé dans cette démarche en mobilisant tous les outils et procédures qui sont à votre disposition (cf. supra).

4. Evaluation et suivi du programme de développement de la chirurgie de courte durée

4.1. Intégration des objectifs régionaux dans la contractualisation ARH-établissement

Dans le cadre des CPOM que vous avez conclus avec les établissements de santé, des objectifs ont été définis en terme de volume d'activité à réaliser en ambulatoire. Ces objectifs portent sur une liste réduite à cinq GHM renvoyant à une prise en charge inférieure à un jour.

Ce dispositif est complété par celui défini dans la présente circulaire qui porte sur une cible plus large (15 couples de GHM) et une durée de prise en charge plus importante (jusqu'à 48 heures).

Il vous appartient de veiller à la bonne articulation entre les objectifs déterminés dans le cadre de ces contrats et les taux régionaux fixés dans le cadre de la présente circulaire en prévoyant, le cas échéant, une révision de l'avenant aux CPOM pour garantir une concordance des cibles à atteindre.

4.2. Mise sous entente préalable lorsque l'hospitalisation avec hébergement représente une proportion élevée

Je vous rappelle qu'un nouveau dispositif a été introduit dans le code de la sécurité sociale (art. L.162-1-17) en vue de limiter le nombre de séjours réalisés en hospitalisation complète et d'inciter ainsi notamment au développement de la chirurgie ambulatoire. Il permet à la commission exécutive de l'ARH, sur proposition du directeur de la CPAM, de subordonner à une procédure d'accord préalable la prise en charge par l'assurance maladie des prestations d'hospitalisation en présence d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation complète qui auraient pu donner lieu à une prise en charge en ambulatoire.

Il vous revient d'assurer avec les services de l'assurance maladie une mise en œuvre adaptée de ce dispositif qui pourra faire l'objet d'une concertation avec les fédérations représentatives des établissements.

Chaque année, une analyse des données d'activité sera réalisée afin d'évaluer le degré de réalisation de l'objectif fixé à chaque région.

Ministre de la santé, de la jeunesse, des

sports et de la vie associative

Roselyne BACHELOT-NARQUIN