

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ANAP

appui santé & médico-social

“ Ensemble pour le développement de la **chirurgie ambulatoire** ”

**Outils et
recommandations
économiques**

Note de cadrage

Avril 2012

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

1. SAISINE	5
1.1 Demandeur et intitulé	5
1.2 Objectifs et enjeux de la demande	5
1.3 Origine et historique du suivi de la demande	5
1.3.1 Gouvernance du projet	5
1.3.2 Programme d'actions communes	6
1.3.3 Calendrier	7
1.3.4 Objectif de la présente note de cadrage	7
2. CONTEXTE	8
3. ANALYSE DE LA DEMANDE	9
3.1 Pertinence de l'évaluation	9
3.1.1 Problématique de gestion qui s'inscrit dans le cadre de la comptabilité analytique hospitalière (CAH)	9
3.1.2 Des outils de comparaison charges-produits sont déjà disponibles mais sont insuffisants	10
4. RÉALISATIONS PROPOSÉES	12
4.1 Outils d'analyse	12
4.1.1 Détermination des conditions d'équilibre charges- produits (réalisation ANAP)	12
4.1.2 Étude de <i>micro-costing</i> (réalisation HAS)	13
4.2 Étude des incitations associées à la tarification de la chirurgie ambulatoire (réalisation HAS)	17
4.2.1 Intitulé proposé	18
4.2.2 Ressources disponibles	18
4.2.3 État des lieux de la littérature disponible	18
4.2.4 Méthodologie et étapes envisagées	18
4.2.5 Format et destinataire	19

5. PARTENARIAT ET CALENDRIER	20
5.1 Sociétés savantes	20
5.2 Partenaires institutionnels impliqués	20
5.3 Professionnels de santé concernés	20
6. CALENDRIER PRÉVISIONNEL DE RÉALISATION	21
7. PERSPECTIVES	22
8. STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE	23
RÉFÉRENCES	25
ANNEXE 1. PARTICIPANTS	27

1. SAISINE

1.1 Demandeur et intitulé

1/ Direction de la sécurité sociale SD1 Bureau 1A, associée à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH) (juin 2010).

2/ Ministère de la Santé, associé à l'Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA), la Société française d'anesthésie réanimation (SFAR), et l'International Association for Ambulatory Surgery (septembre 2010).

3/ Autosaisine HAS (octobre 2011).

4/ Rapport d'orientation commun HAS-ANAP. (20 décembre 2011).

1.2 Objectifs et enjeux de la demande

Partant du constat d'un retard français dans le taux global d'interventions pratiquées en chirurgie ambulatoire par rapport aux données internationales, l'objectif est la production d'éléments de référence susceptibles de guider les travaux à conduire au sein des établissements de santé et auprès des professionnels de santé, afin d'augmenter la part de l'activité chirurgicale réalisée dans un mode de prise en charge ambulatoire, tous actes confondus.

Cette saisine s'inscrit dans le programme gestion du risque (GDR) des agences régionales de santé.

1.3 Origine et historique du suivi de la demande

Initialement présentée comme une saisine « Pertinence des actes et des séjours » par la DGOS pour le programme de travail 2010, le cabinet de la ministre de la Santé de l'époque 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, la DGOS animait un groupe de travail sur la gestion des risques par les ARS, dont l'un des axes était la chirurgie ambulatoire, et trois réunions co-organisées par la HAS et l'ANAP, en partenariat avec l'AFCA (décembre 2009, octobre et novembre 2010), avaient permis 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 des 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.

1.3.1 Gouvernance du projet

Le partenariat HAS-ANAP 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 HAS-ANAP 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 répondre à la double saisine de manière coordonnée, structurée et d'élaborer des outils adaptés aux besoins des professionnels, des établissements de santé et des ARS, les deux institutions ont défini une gouvernance conjointe des travaux et un programme d'actions communes.

1.3.2 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

La réalisation d'un état des connaissances sur la chirurgie ambulatoire, à partir des données publiées françaises et internationales, est une étape préalable indispensable. Il existe, en effet, une documentation importante sur les modalités de fonctionnement des structures de chirurgie ambulatoire.

Cette synthèse des données a 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 HAS-ANAP.

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 ayant déjà fait l'objet d'une actualisation en 2009 par la 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 de celui d'hébergement (« Hôtellerie »).

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

La chirurgie ambulatoire est un mode organisationnel, centré sur le patient, reposant 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,
 - benchmarking ciblé sur quinze établissements pionniers en chirurgie ambulatoire ;
- d'accompagnement ;
 - accompagnement opérationnel de vingt établissements de santé volontaires pour faire progresser leurs taux de chirurgie ambulatoire,
 - accompagnement ciblé de 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'un outil permettant d'objectiver les conditions d'un équilibre économique de la chirurgie ambulatoire par une approche prospective recettes/coûts de production.

Deux approches complémentaires vont être développées :

- analyse par comptabilité analytique, aboutissant à la production d'un premier outil logiciel. Cette analyse sera basée sur un premier échantillon de cinq établissements de santé, avec collecte et analyse des informations nécessaires à la construction d'un modèle dynamique et reproductible. L'outil ainsi construit sera fiabilisé sur un échantillon plus important de vingt établissements de santé, dans le cadre d'un autre projet lancé par l'ANAP « Accompagnement de 20 établissements de santé ». Cet outil fera ensuite l'objet d'un déploiement auprès des ARS et/ou établissements volontaires ;
- analyse par technique de *micro-costing* réalisée à partir de l'observation du chemin clinique des

patients. Elle permettra de calculer un coût par séjour et ses variations, en fonction de l'éventail des cas (*case-mix*) de l'établissement et des volumes de production. La méthode utilisée sera reproductible, et aboutira à la production d'un second outil complémentaire au premier, et sera déployée dans les établissements volontaires.

Une analyse de la littérature internationale des modèles tarifaires, existants à l'étranger, sera également réalisée, ainsi que l'étude de leur impact ; l'objectif étant de proposer des recommandations pour l'évolution tarifaire 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 afin de déployer un socle commun et limité d'indicateurs pour chacun des « clients cibles ».

Axe 6 : Certification/Accréditation

Une évolution des référentiels de certification est envisagée dans les 4 à 5 ans à venir, 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 aspects relatifs à la chirurgie ambulatoire présenté notamment dans le socle des connaissances (axe 1). Les travaux menés, pour la révision des critères de sélection et d'éligibilité des patients à la chirurgie ambulatoire (axe 2) et les résultats des études d'exploration du champ organisationnel (réalisation du benchmark, analyse de la gestion des risques, contenus dans l'axe 3), contribueront à l'élaboration de chemins cliniques et à la mise en place d'indicateurs de suivi et d'évaluation (axe 5). Les recommandations à vocation économique (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, 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 (axe 6).

1.3.3 Calendrier

Les différents travaux sont attendus dès 2012, et pourraient se dérouler jusqu'en 2015 ; le SROS-PRS arrivant à échéance en 2016.

1.3.4 Objectif de la présente note de cadrage

L'objet de la présente note de cadrage est de préciser **les enjeux et les modalités de réalisation de l'axe 4 : « Outils et recommandations économiques »**.

2. CONTEXTE

L'analyse du contexte de la chirurgie ambulatoire a fait l'objet d'un rapport détaillé spécifique (« État des lieux – Socle de connaissances » – Rapport HAS, 2012), qui constitue le premier livrable du programme pluriannuel ANAP-HAS sur la chirurgie ambulatoire.

On en résume ici les principales conclusions relatives aux aspects économiques.

Bien qu'ayant connu une dynamique forte de développement sur la période 2000-2011, le taux de chirurgie ambulatoire en France reste en-deçà des potentiels de développement identifiés dans les études françaises et internationales.

Au niveau des coûts, les études concluent toutes en faveur de la chirurgie ambulatoire, mais se situent uniquement du point de vue de l'hôpital ou de l'assurance maladie. La perspective adoptée n'est donc pas celle de la société (tous financeurs) et les coûts indirects (arrêts de travail, production domestique de soins des aidants, etc.) ne sont pas évalués.

Pour accompagner le développement de la chirurgie ambulatoire, des incitations tarifaires et réglementaires ont été mises en place dans le cadre de la Tarification à l'activité (T2A). Il s'agit principalement :

- de l'instauration d'un tarif unique (chirurgie ambulatoire-chirurgie classique) pour certains groupes homogènes de malades de sévérité 1 réalisés en chirurgie ambulatoire et en hospitalisation classique de moins de deux jours ;
- de la mise sous accord préalable par l'assurance maladie d'une liste de gestes marqueurs ; cet accord devant être obtenu pour les interventions réalisées en chirurgie classique, la chirurgie ambulatoire étant considérée comme la norme.

Ces incitations ont eu des conséquences positives sur le développement de la chirurgie ambulatoire, mais parfois moins importantes qu'attendues. Plusieurs éléments peuvent expliquer ce résultat :

- une absence de prise en compte, dans les tarifs pratiqués, des conditions réelles de production des établissements (volume, éventail de cas, organisation et conditions de substitution avec la chirurgie classique). Le développement de la chirurgie ambulatoire peut, dès lors, entraîner des pertes (marge négative) pour certains établissements ;

- une politique tarifaire relativement inachevée jusqu'en 2012, certains actes effectués ou pouvant être potentiellement réalisés en ambulatoire ayant encore des tarifs plus élevés lorsqu'ils sont accomplis en chirurgie classique ;
- une connaissance limitée par les professionnels de santé ou les établissements :
 - des incitations mises en place, d'autant que les règles tarifaires sont complexes et que la réglementation a évolué rapidement, en s'intégrant parfois dans une politique tarifaire globale (convergence des tarifs entre le secteur public et le secteur privé) ; ceci peut avoir des conséquences indirectes, mal appréciées, sur l'évolution des tarifs de la chirurgie ambulatoire,
 - des coûts de production de l'établissement, et des gains ou pertes associés au développement d'une activité de chirurgie ambulatoire.

Deux pistes d'évolution ont donc été retenues. Elles feront l'objet de travaux spécifiques de l'ANAP et de la HAS, à savoir :

- mettre à disposition des établissements hospitaliers des outils opérationnels, leur permettant de mieux connaître leurs coûts réels, donc les conditions sous lesquelles le développement de la chirurgie ambulatoire leur permettrait d'atteindre à minima l'équilibre financier (égalité des charges et des produits) ;
- répertorier toutes les conséquences économiques des règles tarifaires actuelles, à la lumière de l'analyse de la littérature sur les incitations associées à la tarification à l'activité, complétée par l'étude des règles tarifaires appliquées à l'étranger.

3. ANALYSE DE LA DEMANDE

L'analyse de la demande prend en compte la pertinence de l'évaluation, sa faisabilité, les questions qui seront abordés et le plan de réalisation.

3.1 Pertinence de l'évaluation

Le questionnement sur la relation entre les tarifs et les coûts s'inscrit dans le cadre plus large de la réforme des modalités de financement des établissements hospitaliers et de ses conséquences sur les modalités de gestion des établissements.

3.1.1 Problématique de gestion qui s'inscrit dans le cadre de la comptabilité analytique hospitalière (CAH)

Les établissements publics et privés sont intégralement financés par la tarification à l'activité (T2A) pour leurs séjours en MCO depuis 2008. Ce nouveau mode de paiement a modifié les pratiques de gestion des établissements :

- en les amenant à présenter annuellement un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) pour l'ensemble de l'établissement ;
- en les conduisant à se structurer en « pôles d'activité », chaque pôle devant établir un dialogue de gestion avec la direction de l'établissement.

L'analyse des charges et des produits de l'établissement utilise le cadre de la comptabilité analytique hospitalière (CAH) (1)¹. L'activité de l'hôpital y est découpée en sections d'analyse (SA). Une section d'analyse décrit un ensemble d'activités suffisamment homogènes pour pouvoir faire l'objet d'une affectation des charges selon une même unité d'œuvre².

Le découpage en SA doit être cohérent avec le découpage par unités fonctionnelles³ de l'établissement pour rapprocher, sans ambiguïté activité, moyens et recettes. Une UF ne peut ainsi appartenir qu'à une SA, et une SA doit pouvoir être superposée avec une UF ou un regroupement d'UF.

Il existe quatre types de sections d'analyse : les sections d'analyse clinique (SAC)⁴ comprenant des sections d'analyse d'hospitalisation en chirurgie, les sections d'analyse médico-techniques (SAMT)⁵, les sections d'analyse logistique médicale (SALM)⁶ et les sections d'analyse de logistique et gestion générale (SALGG)⁷.

Le nouveau guide de comptabilité analytique DGOS (1) prévoit deux types supplémentaires de SA : les SA formation enseignement et recherche (SAFER) et les SA mixtes (SAMX) qui ciblent des activités initialement classées dans les fonctions cliniques et médico-techniques (dont bloc opératoire).

Fractionnement de l'activité de chirurgie entre plusieurs sections d'analyse

L'activité de chirurgie, qu'elle soit ambulatoire ou classique, est la plupart du temps fractionnée entre une section d'analyse médico-technique (bloc opératoire) et une section d'analyse clinique, ce qui ne facilite pas la perception globale de cette activité en relation avec le chemin clinique suivi par le patient.

Toutefois, une SAMX « bloc chirurgie ambulatoire » peut être créée par l'établissement, mais seulement s'il est dans l'impossibilité de distinguer, dans la prise en charge des patients concernés, la part relevant de l'hébergement ambulatoire (qui relève normalement d'une SA clinique) de la part relevant de l'activité de bloc opératoire (qui relève d'un SAMT).

1. La comptabilité analytique par pôle n'est pas en place dans tous les établissements, même si la plupart le font effectivement aujourd'hui ; la seule obligation réglementaire des établissements de santé en comptabilité analytique est la production d'un retraitement comptable à destination de l'ARS sur l'ensemble de l'établissement. La comptabilité analytique par pôle n'est, pour l'instant, pas encore une obligation. À ce titre, le guide de CAH ne constitue qu'une recommandation de bonnes pratiques sur les outils par pôle.

2. L'unité d'œuvre mesure la production d'une activité, dont on veut calculer le coût unitaire.

3. Plus petite unité de l'établissement, à partir de laquelle la collecte des informations (d'activité et/ou économiques) peut être réalisée et utilisée dans les applications informatiques.

4. Pour l'activité MCO, cela regroupe les unités d'hospitalisation à temps plein ou temps partiel et réalisant des séances (dialyse, radiothérapie, etc.) et des services de consultations et soins externes.

5. Blocs opératoires, anesthésiologie, c'est-à-dire salle de réveil ou salle de surveillance postinterventionnelle, accueil des urgences, laboratoires, imagerie, dialyse, radiothérapie, autres.

6. Pharmacie, stérilisation, SAMU, génie biomédical.

7. Blanchisserie, restauration, gestion générale et autres logistiques.

Conventions comptables fortes pour l'affectation des coûts indirects

Pour chaque section d'analyse, les coûts calculés sont des coûts complets par unité d'œuvre (UO)⁸ qui comprennent à la fois les coûts directs (directement imputables au pôle i.e. personnel, médicaments et dispositifs médicaux coûteux financés en sus des GHS), et pour les SA cliniques des « coûts indirects » qui sont une ventilation au moyen de clés de répartition des coûts des SALM, SAMT et SALGG.

Les coûts indirects⁹ peuvent représenter une part importante du coût d'une intervention. Leur clé de ventilation repose sur des conventions comptables qui peuvent avoir des conséquences importantes sur le résultat final (i.e. le coût total de l'activité étudiée).

Règles d'imputation d'activité entre les sections d'analyse

La littérature en gestion décrit trois méthodes de calcul des coûts (3) attribuables aux sections d'analyse clinique.

- La première est la **méthode directe d'allocation (dite aussi méthode en escalier ou cascade)** (1) qui suppose qu'il n'y a pas d'interaction entre les sections d'analyse non clinique (SAMT, SALM et SALGG). C'est cette méthode qui a été retenue dans la CAH française.
- La deuxième réalise un ajustement partiel, avant ventilation aux sections cliniques, en tenant **compte de relations unilatérales** entre les sections d'analyse non clinique (par exemple des SALGG vers les SAMT).
- La troisième méthode tient compte **des relations bilatérales (prestations internes et réciproques)** entre les sections d'analyse non clinique.

La première méthode a tendance à surestimer les coûts indirects attribués aux sections d'analyse cliniques par

rapport aux deux autres, mais elle est plus facile à mettre en œuvre.

Principes d'affectation

Quelle que soit la méthode de calcul retenue, les coûts indirects ne peuvent pas être affectés à un patient ou un séjour particulier.

La ventilation des coûts s'effectue donc de manière forfaitaire. *Tan et al* (4) distinguent plusieurs méthodes qui peuvent varier en fonction des établissements et des unités d'œuvre retenues :

- un pourcentage déterminé d'augmentation appliqué au coût direct ;
- une estimation pondérée de l'utilisation de chaque type de services par la section d'analyse considérée ;
- une répartition en fonction du temps passé ou de la durée de séjour comme proxy des ressources consommées.

En résumé, l'ensemble de ces conventions comptables a des conséquences sur le niveau et la structure du coût des séjours hospitaliers. Ces normes comptables ne sont pas forcément adaptées pour rendre compte de l'activité de chirurgie ambulatoire et peuvent, pour certaines, varier d'un établissement à l'autre.

3.1.2 Des outils de comparaison charges-produits sont déjà disponibles mais sont insuffisants

L'établissement hospitalier dispose déjà d'outils lui permettant de comparer ses propres coûts aux coûts attendus de l'Échelle nationale de coûts moyens commune (ENCC)¹⁰ ou aux recettes perçues via la tarification. Il s'agit :

- **des Tableaux coûts case-mix (TCCM)** qui simulent le coût d'un pôle ou d'une SA (UF) en raisonnant à partir d'un établissement virtuel qui aurait le *case-mix* de l'établissement, mais les coûts par séjour

8. L'unité d'œuvre mesure la production d'une activité, dont on veut calculer le coût unitaire.

9. La notion de coût indirect est celle retenue dans le cadre d'une approche gestionnaire, il s'agit des coûts non directement imputables au séjour clinique et non aux coûts indirects économiques qui renvoient à l'impact des interventions sur l'activité des personnes de la population d'analyse, que cette activité soit rémunérée ou non (arrêts de travail, impact sur la vie domestique, etc.).

10. L'agence technique pour l'information hospitalière élabore une Échelle nationale de coûts commune (ENCC) fondée sur le calcul du coût moyen des séjours hospitaliers d'une centaine d'établissements volontaires. 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 – et les coûts de structure, qui sont identifiés spécifiquement.

de l'Échelle nationale de coûts moyens commune (ENCC). Cet outil permet de calculer le coût attendu, et de le comparer au coût réel de l'ensemble du pôle ou de la SA (5) ;

- **les Comptes de résultats analytiques (CREA) (5)** qui confrontent les dépenses du pôle à ses recettes, calculées à partir des règles tarifaires de la T2A et des autres recettes (forfaits, dotations, etc.).

Ces deux outils s'appuient sur le système d'information hospitalier interne de l'établissement pour les dépenses et sur les données issues du PMSI pour les recettes (5). Ils constituent des outils de comparaison et de *benchmarking*¹¹ de l'établissement par rapport à une référence nationale en termes de coûts ou de tarifs (ENCC). Ils ont l'avantage :

- de permettre d'identifier l'ensemble des ressources du pôle (suppléments et ressources provenant de la tarification aux patients et organismes complémentaires) ;
- d'identifier les consommations de ressources excessives par rapport à l'activité observée.

Pour autant, ils restent insuffisants pour analyser l'équilibre recettes-dépenses de la chirurgie, car :

- ils ne fournissent pas les coûts par séjour de l'établissement ;
- ils donnent une vision comptable « à plat » des différents postes de coûts, et ne permettent pas d'évaluer leur dynamique en fonction des seuils et des combinaisons d'activité ou des modalités d'organisation.

En résumé, les outils actuellement disponibles ne permettent pas de répondre à plusieurs questions posées par les établissements hospitaliers ou les ARS :

- Quelles sont les conditions permettant à une activité donnée de fonctionner en équilibre recettes-dépenses en termes de seuil d'activité requis (détermination du point mort), de gamme (variabilité du *case-mix*) et d'organisation ?

- Lorsque deux activités sont substituables (chirurgie ambulatoire et chirurgie traditionnelle), quelles sont les conséquences économiques du choix de l'une ou de l'autre activité sur l'équilibre du pôle ?

Pour répondre à ces questions, deux outils d'analyse sont proposés par l'ANAP et la HAS (cf. 4.1.1 et 4.1.2). Ils seront complétés par l'étude des incitations sous-jacentes aux règles tarifaires actuelles, et comparées à celles utilisées à l'étranger (cf. 4.2).

8. Le *benchmarking* (i.e. étalonnage ou parangonnage, termes recommandés par la Délégation générale à la langue française et aux langues de France [DGLFLF]) est une technique issue du marketing et de la gestion de la qualité. Elle vise à étudier les techniques de gestion, les modes d'organisation des autres entreprises et d'implanter les meilleures pratiques et améliorer ainsi la performance des processus dans l'organisation.

Le *benchmarking* est donc un indicateur chiffré de performance dans un domaine tel que la qualité, la productivité, les délais ou encore le coût issu de l'observation des meilleures pratiques.

4. RÉALISATIONS PROPOSÉES

Les outils micro-économiques proposés par l'ANAP et la HAS chercheront à améliorer la connaissance du coût de la chirurgie ambulatoire par l'établissement hospitalier, mais également à en évaluer la dynamique, en fonction des choix d'activité, de volume et de substitution par rapport à la chirurgie classique. Par ailleurs au niveau macro-économique, l'étude des conséquences de la politique tarifaire choisie en France sera réalisée et comparée à celle d'autres pays. Trois livrables successifs sont proposés (cf. 4.1.1, 4.1.2, 4.2).

4.1 Outils d'analyse

4.1.1 Détermination des conditions d'équilibre charges-produits (réalisation ANAP)

Intitulé proposé

« Construction d'un outil d'analyse économique objectivant les conditions de l'équilibre charges-produits, suite au développement de la chirurgie ambulatoire. Cet outil sera construit en prenant pour base les règles tarifaires en cours au moment de l'analyse ».

Contexte

Lors de plusieurs réunions communes ANAP-ARS en juillet 2011, les ARS avaient signalé à l'ANAP la nécessité de disposer d'un outil permettant de démontrer l'intérêt et la viabilité du développement de la chirurgie ambulatoire à certaines conditions. Dans la pratique, la « rentabilité » était en effet souvent appréciée de manière très partielle, en se basant uniquement sur les recettes, sans référence aux coûts et sans vision organisationnelle prospective.

Contenu de l'étude proposée

L'aspect financier du développement de la chirurgie ambulatoire, dans le cadre du mode de tarification existant, représente un élément important dans l'élaboration de stratégie et de fixation d'objectif de développement de cette activité dans les établissements.

Pour les prises en charge chirurgicales en hospitalisation conventionnelle, la seule prise en considération des

différences tarifs-coûts n'est pas de nature à apporter une réponse satisfaisante : la pertinence de la substitution chirurgie ambulatoire versus chirurgie classique est importante à prendre en considération, dans le cadre d'une analyse financière globale intégrant les coûts de fonctionnement.

L'outil d'analyse économique doit permettre, en outre, une étude prospective tenant compte du mécanisme de substitution avec des baisses potentielles et graduées dans le temps des coûts de prise en charge en hospitalisation conventionnelle, au fur et à mesure du développement de la prise en charge ambulatoire.

Une modélisation sera proposée à cet effet. Elle reposera sur la prise en considération de nombreux éléments dont :

- la distribution des séjours selon leur durée ;
- les files d'attente (réservoirs de demande) ;
- les tendances de l'évolution de l'activité chirurgicale de l'établissement ;
- sa concurrence au niveau local ;
- la propension des opérateurs à faire évoluer leurs pratiques ;
- les investissements engagés (ou à consentir) pour cette activité et éventuellement les réaffectations possibles de ressources de la chirurgie classique vers la chirurgie ambulatoire.

Par ailleurs, l'impact financier de la chirurgie ambulatoire réside, pour les établissements, dans leur capacité à équilibrer leurs dépenses et leurs recettes au niveau de cette activité. Ceci passe notamment par le redéploiement de ressources de l'hospitalisation classique vers les unités de chirurgie et d'anesthésie ambulatoires.

En partant des données disponibles dans la comptabilité analytique de l'établissement, le modèle cherchera à lier les activités en hospitalisation complète et ambulatoire, en y intégrant notamment les coûts du bloc opératoire et les charges de structure. L'origine des données sera précisée, et les travaux de retraitement nécessaires seront précisés (coût des anesthésistes et des infirmiers anesthésistes par exemple, qui ne sont pas toujours imputés intégralement au bloc opératoire).

Il s'agira ensuite de calculer le résultat financier associé au développement de la chirurgie ambulatoire en substitution de l'hospitalisation classique pour l'établissement. Ce résultat devant être positif :

$$(recettes-coûts \text{ de l'UCA}) - (recettes-coût \text{ de l'HC}) > 0 \\ \text{ou } recette \text{ nette générée par l'UCA} - \text{perte de recette} \\ \text{liée à l'abandon de l'HC} > 0$$

Méthodologie proposée

Pour mener à bien ces travaux, il est prévu de faire collaborer cinq établissements hospitaliers volontaires, de statuts juridiques différents (deux publics : centre hospitalier régional – CHU ou CHR – et centre hospitalier, deux établissements privés à but lucratif et un établissement de santé privé d'intérêt collectif) et disposant d'une comptabilité analytique.

L'ANAP a fait le choix de :

- faire appel à un cabinet de conseil spécialisé (Kurt Salmon) qui apportera son expertise dans la construction du modèle et des outils ;
- s'appuyer sur des ressources internes ANAP ainsi qu'une participation de l'équipe HAS en charge de la thématique d'analyse économique de la chirurgie ambulatoire.

Avant d'intervenir en établissement, il est nécessaire d'élaborer un modèle théorique qui constituera « l'ossature » de l'outil.

Il ne s'agit en aucun cas de remettre en cause la tarification existante.

Pour les cinq établissements pilotes, la méthode de travail repose sur :

- un échange téléphonique avec chaque établissement pour préciser les données à préparer ;
- une présentation du modèle et de la démarche aux responsables concernés dans chaque établissement ;
- une journée de travail dans chaque établissement sur les coûts et les activités transférables en utilisant le modèle sous sa forme « bêta » de test et des compléments d'échanges si cela s'avère nécessaire.

Les données issues des retours d'expérience d'hôpitaux américains et anglais pourront être utilisées pour compléter et enrichir les points de vigilance et d'alerte du modèle (en particulier sur les taux de substitution entre HC et UCA).

Le modèle pourra être complété par une fiche synthétique finale de simulation permettant aux établissements de mesurer les progrès à réaliser et les sources d'optimisation encore possibles.

Livrable et destinataire

Le livrable final sera potentiellement un outil informatique simple qui sera déployé dans les établissements et/ou les ARS.

4.1.2 Étude de *micro-costing* (réalisation HAS)

Intitulé proposé

« Mise au point d'une méthodologie de *micro-costing* pour la chirurgie ambulatoire, à partir de l'observation du chemin clinique du patient et application dans quelques établissements ».

Contexte

Le rapport IGAS de 2006 (6) sur la convergence tarifaire entre les établissements publics et privés avait souligné que la taille et la spécialisation des établissements de santé pouvait avoir un impact sur les coûts de production et par là même sur la capacité des établissements à dégager des marges par rapport aux prix pratiqués. Il existe donc potentiellement :

- des économies (ou déséconomies) d'échelle conduisant à la diminution ou à l'augmentation des coûts unitaires à mesure que le volume de production s'accroît ;
- des économies (ou déséconomies) de gamme¹² pouvant conduire à la diversification ou au contraire à la spécialisation de l'établissement.

Ce constat général s'applique potentiellement à la chirurgie ambulatoire, car les établissements n'ont pas

12. Terme économique désignant le fait que la production de deux produits simultanément est plus ou moins coûteuse que si les deux processus de production sont distincts.

tous le même nombre de places ni la même activité, et combinent différemment les GHM. La spécialisation des établissements sur un segment plus étroit de l'éventail de cas ou, au contraire, sur des prises en charge de même nature (ou gamme) leur permettrait potentiellement de réduire leur coût de production. Certains établissements peuvent également réorganiser leur activité, ce qui leur permet d'augmenter leur taux d'utilisation des capacités de production (par exemple deux patients par place et par jour) et de réaliser des gains de productivité.

Contenu de l'étude proposée

L'objectif de l'étude de *micro-costing* est triple :

- évaluer sur un petit nombre d'établissements le coût par séjour et apprécier son évolution en fonction des volumes de production (mesure des économies d'échelle), du *case-mix* et de sa distribution (économies de gamme ou de variété), puis établir une comparaison avec les tarifs reçus ;
- apprécier les changements à apporter, afin optimiser l'organisation et la nature de l'activité, compte tenu de la structure des coûts de l'établissement, mais également des règles tarifaires ;
- proposer une méthode de *micro-costing* de l'activité de chirurgie reproductible et utilisable par les établissements (services cliniques en collaboration avec les services gestionnaires).

Méthodologie envisagée

Le *micro-costing* est une technique utilisée en économie de la santé pour valoriser les coûts de production d'une procédure médicale. Le coût est obtenu pour chaque facteur entrant dans ce processus (personnel, équipement, consommables, médicaments, dispositifs médicaux etc.) (8), le plus souvent à partir d'une observation directe sur site (*i.e.* service clinique, laboratoire etc.). Le recours au *micro-costing* est approprié lorsque les données de prix ou de coûts obtenues en utilisant les bases de données comptables ou administratives ne fournissent pas des informations suffisamment précises, lorsque le prix n'existe pas encore (cas d'une innovation par exemple) ou pour évaluer les coûts supportés par les patients. Les méthodes de *micro-costing* comprennent trois étapes : la description du processus productif par

observation sur sites, la valorisation en unités monétaires des ressources utilisées et l'établissement d'une fonction de coût variant en fonction des volumes et/ou des gammes d'activités. Dans la présente évaluation, quatre étapes seront nécessaires. Dans un premier temps, il s'agira de mettre au point une méthode de *micro-costing* appliquée à l'activité de chirurgie ambulatoire. Dans un deuxième temps, une analyse sur sites sera réalisée. Dans un troisième temps, les conditions d'amélioration de l'efficacité du processus de production de la chirurgie ambulatoire seront décrites à partir des résultats de l'étude et des données de la littérature internationale. Dans un quatrième temps, la méthode sera améliorée et aménagée de manière à être reproductible, dans le but final de servir d'outil d'évaluation interne aux établissements qui souhaitent l'utiliser.

■ Élaboration d'une méthodologie de *micro-costing* appliquée à la chirurgie ambulatoire

La méthodologie générale du *micro-costing* n'est pas totalement standardisée, mais a fait l'objet de plusieurs publications qui précisent les étapes à respecter et les techniques à appliquer (3,7-13).

Il existe par ailleurs quelques travaux de *micro-costing* réalisés spécifiquement sur la chirurgie ambulatoire à l'étranger (14-18). Une étude française a été retrouvée (19, 20).

Plusieurs méthodes sont identifiées pour évaluer les coûts (3,13) par séjour ou patient :

- **pour décrire le séjour** : il est possible de raisonner sur des données agrégées issues des systèmes d'information de l'hôpital (*Top down*), ou en partant du service clinique (méthode dite *Bottom Up*) ;
- **pour valoriser le séjour** : il est possible d'utiliser les données comptables ou d'observer finement les ressources consommées pour chaque séjour (*micro-costing*).

Pour Tan *et al* (13), il existe donc quatre méthodes possibles pour calculer le coût d'un séjour résumées dans le Tableau 1 (page suivante).

La CAH et l'ENCC retiennent une approche *Top down* par données agrégées. Selon Tan *et al.*, les méthodes

Tableau 1. Matrice de précision des méthodes de calcul des coûts hospitaliers.

		Précision dans l'identification des services produits	
		-	+
Précision de la valorisation	-	<i>Top down</i> <i>Données agrégées</i>	<i>Top down</i> <i>Micro-costing</i>
	+	<i>Bottom up</i> <i>Données agrégées</i>	<i>Bottom up</i> <i>Micro-costing</i>

Source : Tan et al., 2009 (21).

dites *Bottom up* de *micro-costing* sont à privilégier et constituent la référence, car elles permettent une estimation plus précise des coûts réels de production de chaque séjour par patient et de documenter sa variabilité.

Néanmoins, elles sont chronophages et souvent difficiles à réaliser en l'absence de système d'information adéquate. Ces difficultés amènent souvent à utiliser une approche par *micro-costing Top down* dans laquelle toutes les composantes du coût sont identifiées, mais valorisées pour un patient moyen sur la base des données contenues dans le système comptable de l'établissement. Le choix de l'une ou de l'autre de ces options s'appréciera en fonction des données disponibles dans les établissements analysés.

■ Réalisation de l'étude sur sites

L'étude sur site reposera sur l'observation de plusieurs unités de chirurgie ambulatoire. Le nombre minimal de cinq unités paraît souhaitable pour caractériser l'activité de chirurgie dans toute sa diversité (statut des établissements, combinaison d'activité et volume) ; il pourrait être étendu à dix si nécessaire, sous condition d'obtention du financement pour réaliser l'étude (cf. « Contrainte de faisabilité »).

Les unités de chirurgie ambulatoire volontaires seront sélectionnées en fonction de leur niveau d'activité et des interventions réalisées. Dans la statistique annuelle des établissements 2010, 1 047 établissements ont renseigné le nombre de venues. La moyenne est à 3 765

venues par an et la médiane à 2 773 venues par an. On cherchera *a minima* à observer des centres ayant une forte activité (supérieure à la moyenne) des centres ayant une activité autour de la médiane et un centre ayant une faible activité (moins de 2 000 venues par an). Elles devront avoir mis en place un protocole standardisé concernant le parcours du patient, fonctionner de manière autonome par rapport à l'activité chirurgicale en hospitalisation traditionnelle et ne concerner qu'un seul site afin de faciliter l'observation. Les actes de chirurgie réalisés seront courants et sélectionnés dans la liste des racines de GHM en J concernés par la tarification identique. On cherchera à analyser des établissements fortement spécialisés (ex. : chirurgie de la cataracte uniquement) et d'autres plus diversifiés (combinaison de plusieurs interventions, voire de plusieurs disciplines chirurgicales).

La collecte de l'information reposera sur une interrogation directe des personnels concernés par l'activité, ainsi que sur une observation directe du processus de prise en charge du patient, de la phase amont de l'hospitalisation (consultation préopératoire, prise de rendez-vous) à la phase aval (consultation postopératoire, appel téléphonique le lendemain de l'intervention, etc.).

Plusieurs étapes de réalisation sont nécessaires :

1) Détermination des activités à observer en fonction du *case-mix* et des activités de l'unité de chirurgie ambulatoire. Choix de la période et de la durée d'observation.

2) Formalisation des étapes du processus de production et de ses étapes.

- Technique dite *Time and motion* (22) avec interrogation préalable des personnels ou du responsable puis observation directe dans le service.
- Définition du périmètre de la prise en charge (intégrant les phases amont et aval de l'hospitalisation, prise en compte des réhospitalisations).
- Prise en compte des temps morts ou inutilisés. Certains de ces temps sont incompressibles et d'autres relèvent du « slack organisationnel » favorisant la flexibilité et la réactivité de la prise en charge. Il conviendra de bien les identifier, afin de distinguer ce qui peut être amélioré de ce qui contribue à la bonne organisation de la production.
- Construction d'un diagramme du processus de production intégrant les produits « joints ».

3) Recueil des temps et des ressources consommées en unités réelles.

4) Attribution de valeurs monétaires aux ressources consommées (prix, salaires, tarifs). Prise en compte des intervalles de variation des valeurs monétaires.

5) Détermination de la fonction de coût total, coût moyen et coût marginal, en fonction des volumes de production et des différentes étapes du processus de production. Modélisation de la variation des coûts en fonction de la combinaison d'activités (économie de gamme).

6) Étude de sensibilité sur les valeurs monétaires et sur les différentes modalités d'organisation possibles.

7) Comparaison des coûts aux tarifs pratiqués et autres recettes perçues par l'établissement.

8) Analyse des conséquences en termes de niveau de production, de gamme de GHM et d'organisation du chemin clinique souhaitable.

■ Détermination des conditions d'optimisation du processus productif

Les conditions de l'amélioration de l'efficacité du processus productif en chirurgie ambulatoire sont abordées dans plusieurs publications internationales (23-26). L'efficacité y est envisagée en termes d'optimisation du processus productif (efficacité technique) de manière à minimiser les coûts de production et/ou de maximiser les recettes associées à cette activité (par exemple en évitant les complications médicales et les annulations ou en étudiant les conditions optimales de tarification ou de remboursement). Un processus de sélection des patients les plus éligibles à la chirurgie ambulatoire ou les moins coûteux est parfois observé (écrémage).

Une revue de la littérature sera donc réalisée sur cette question, puis une comparaison avec les résultats de l'étude de *micro-costing* sera effectuée ; elle permettra de rédiger des recommandations applicables au cas français.

Modalités pratiques de réalisation

Plusieurs étapes dans la réalisation l'étude de *micro-costing* seront nécessaires et sont listées ci-dessous :

1) Analyse et prise en compte des résultats de l'ANAP concernant l'outil d'analyse économique objectivant les conditions requises du développement de la chirurgie ambulatoire.

2) Analyse des données de la littérature sur le *micro-costing*.

3) Élaboration de la méthodologie en vue de la rédaction du cahier des charges destiné au prestataire, en liaison avec le groupe technique des économistes de la HAS.

4) Lancement de l'appel d'offre et appel à candidature d'établissements volontaires.

5) Examen des réponses et sélection du prestataire.

2. Chirurgie de la hernie, chirurgie pédiatrique, chirurgie du testicule, laparoscopie ou arthroscopie ou cytoscopie, cholécystectomie par laparoscopie, ligament croisé antérieur, Bankart arthroscopique, stérilisation laparoscopique.

3. Belgique, Canada, États-Unis, Grande-Bretagne, Portugal.

6) Sélection des établissements à observer, en liaison avec l'ANAP.

7) Étude de *micro-costing* par un prestataire extérieur.

8) Validation à mi-parcours du travail du prestataire (résultats de l'observation avant simulation sur les variations de l'activité et du *case-mix*).

9) Analyse et synthèse des études internationales d'optimisation du processus productif en chirurgie ambulatoire.

10) Rédaction du rapport d'étude par le prestataire.

11) Synthèse du rapport et rédaction des recommandations par la HAS.

12) Étude de faisabilité ANAP-HAS pour le développement d'un guide méthodologique et d'un outil logiciel à destination des unités de chirurgie ambulatoire souhaitant mettre en œuvre une démarche de *micro-costing*.

Livrable et destinataires

Les objectifs de l'étude de *micro-costing* sont :

- de fournir des résultats aux établissements observés concernant leurs coûts réels et ses évolutions en fonction des volumes et des « gammes » de GHM sélectionnés ; ces résultats ne seront toutefois pas extrapolables aux autres établissements, compte tenu du faible nombre d'unités de chirurgie ambulatoire observé et à la spécificité de l'organisation de chaque établissement ;
- de livrer une méthode reproductible et standardisée (guide méthodologique et puis outil logiciel) proposant une méthode d'évaluation utilisable par les établissements (services cliniques et gestionnaires) ;
- de proposer des pistes visant à améliorer l'efficacité du processus productif des unités de chirurgie ambulatoire. On sera attentif à ce que l'amélioration de l'efficacité ne se fasse pas au détriment de l'accès aux soins (par exemple par une trop grande sélection des patients sur la base de critères cliniques ou économiques).

L'outil de *micro-costing* est à usage des professionnels de santé de l'unité de chirurgie ambulatoire. Il leur permettra potentiellement d'engager, sous leur responsabilité, des démarches d'amélioration de l'organisation de leur activité ; il facilitera le dialogue de gestion à l'intérieur de l'établissement, mais également, le cas échéant, de l'établissement qui l'a mis en œuvre avec son agence régionale de santé. L'objectif de l'étude n'est pas de mettre au point une méthode dans le but de proposer des coûts ou une méthode de production de référence, car cela supposerait une étude sur un grand nombre d'établissements et la détermination d'un processus standardisé et optimal de production, dont l'existence même n'a pas été établie. L'outil sera au service des professionnels, ils devront pouvoir en comprendre les mécanismes internes, et l'outil logiciel qui sera développé ne devra pas être une « boîte noire », mais permettre de suivre les différentes étapes d'élaboration du coût (étape 1 à 8 précisées ci-dessus dans le cadre de la formalisation des étapes du processus de production).

Contrainte de faisabilité

Le travail sur sites proposé ne pourra être réalisé totalement par la HAS. La phase d'observation devra être externalisée auprès d'un prestataire sélectionné sur appel d'offres sur la base d'un cahier des charges précis. L'obtention d'une enveloppe permettant de financer le prestataire est donc un prérequis indispensable à la réalisation de cette étude.

4.2 Étude des incitations associées à la tarification de la chirurgie ambulatoire (réalisation HAS).

Les principes économiques sous-tendant les règles tarifaires actuelles de la chirurgie ambulatoire seront documentés. Leurs conséquences potentielles seront étudiées, à la fois d'un point de vue théorique et empirique, en utilisant la littérature internationale. Des recommandations tarifaires seront rédigées. Elles auront pour objectif d'améliorer le modèle incitatif actuel.

4.2.1 Intitulé proposé

« Incitations tarifaires en chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger : bilan et perspectives ».

4.2.2 Ressources disponibles

La recherche bibliographique initiale, réalisée dans le cadre de cette phase préparatoire a porté sur la période 2000 à 2011. Les études sélectionnées l'ont été sur la base des résumés. Une analyse de leur pertinence par rapport au sujet sera nécessaire. De même, certains articles font référence à des questionnements plus larges au niveau économique qu'il conviendra d'approfondir, en utilisant la bibliographie de certains articles ou en réalisant une nouvelle recherche documentaire.

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*.

4.2.3 État des lieux de la littérature disponible

Il n'existe 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. 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 USA, 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 ASC) qui sont intégrés dans des établissements hospitaliers ou totalement indépendants. Les articles concernent la description des modes de paiement et les réponses stratégiques des ASC 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 ;

- au Royaume-Uni, où la réflexion s'intègre dans celle du paiement au résultat (*Payment by Result*) ou à la performance, introduit depuis 2002 pour les hôpitaux. Les principes tarifaires s'appuient sur les *Health Resource Groups* (HRGs), dont le fonctionnement est équivalent à celui des GHM français.

Au total, il n'existe qu'une cinquantaine de références en relation avec la question de l'impact tarifaire de la chirurgie ambulatoire, dont trois sur quatre sont relatives à la mise en place des ASC aux États-Unis (cf. Tableau 2).

Par ailleurs, le rapport, publié fin 2011 de l'Observatoire européen sur les politiques et les systèmes de santé (4), consacré aux DRG (équivalent des GHM-GHS en Europe), a montré que la question de la tarification des séjours d'une journée était une question posée dans plusieurs pays européens (Pologne, Royaume-Uni, Finlande et Suède). Ces derniers ont introduit des DRGs et des règles tarifaires spécifiques pour ces séjours.

Tableau 2. Nombre de références retenues par pays, suite à la sélection par mots-clés et lecture des résumés.

Pays	Nombre de références identifiées en relation avec le sujet
France	4
États-Unis	37
Royaume-Uni	5
Norvège	2

4.2.4 Méthodologie et étapes envisagées

- Revue et synthèse de la littérature internationale publiée.
- Afin d'accéder à la littérature grise et aux modèles tarifaires utilisés à l'étranger, des correspondants seront identifiés dans les différents pays d'intérêt en Europe, en s'appuyant sur le réseau constitué par l'*International Association for Ambulatory Surgery* (IAAS).

■ Si cela s'avère nécessaire, une enquête par questionnaire sur les modalités tarifaires utilisées pour la chirurgie ambulatoire à l'étranger, en comparaison ou non avec la chirurgie classique, pourrait être réalisée. Elle pourrait s'appuyer également sur les travaux en cours dans le cadre du réseau de l'observatoire européen sur les politiques et systèmes de santé de l'OMS.

■ Les résultats de l'analyse seront discutés avec un groupe d'appui méthodologique (deux réunions) dont l'objectif sera d'évaluer leur pertinence et la transposabilité au contexte français. Ce groupe de travail comprendra :

- deux ou trois économistes de la santé ;
- deux ou trois gestionnaires (contrôleurs de gestion

si possible, travaillant dans des établissements ayant des unités de chirurgie ambulatoire) de la santé ;

- deux médecins de DIM (département d'information médicale) travaillant dans des établissements ayant une UCA ;
- un représentant d'association d'usagers ;
- un membre de l'ATIH ;
- un membre de l'ANAP ;
- un membre de l'IAAS.

4.2.5 Format et destinataire

Rapport d'orientation à destination de la DGOS.

5. PARTENARIAT ET CALENDRIER

5.1 Sociétés savantes

International Association for Ambulatory Surgery (IAAS).

Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA).

Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR).

Collège national des chirurgiens français (CNC).

5.2 Partenaires institutionnels impliqués

Ce travail s'inscrit dans le cadre du partenariat institutionnel de l'ANAP et de la HAS avec les agences régionales de santé et les établissements hospitaliers publics ou privés.

5.3 Professionnels de santé concernés

Les professionnels concernés sont les personnels hospitaliers des services de chirurgie et de chirurgie ambulatoire des établissements hospitaliers, ainsi que les personnels des départements d'information médicale (DIM) et des services financiers.

6. CALENDRIER PRÉVISIONNEL DE RÉALISATION

Ce calendrier est donné à titre indicatif, il dépend de la date de validation de la note de cadrage et des contraintes de calendrier des différents prestataires et partenaires.

► Détermination des conditions d'équilibre charges-produits

Janvier 2011 à mai 2012

Mise au point et développement par l'ANAP de l'outil d'analyse économique objectivant les conditions requises pour le développement de la chirurgie ambulatoire.

Juin à décembre 2012

Déploiement de la première version de l'outil d'analyse de l'ANAP auprès des ARS et/ou des établissements.

► Étude de *micro-costing*

Avril 2012 à février 2013 (sous réserve)

Réalisation de l'étude de *micro-costing* – « Rapport et Recommandations ».

Le calendrier précis ne pourra être établi qu'après :

- l'obtention d'un financement pour l'observation dans les établissements ;

- l'achèvement du travail ANAP sur l'outil d'analyse économique objectivant les conditions requises pour le développement de la chirurgie ambulatoire ;
- le choix du prestataire ;
- le recensement des unités de chirurgie ambulatoire volontaires pour participer à l'étude.

► Étude des incitations associées à la tarification de la chirurgie ambulatoire

Mars 2012 à janvier 2013

- Analyse de la littérature internationale des modèles et incitations tarifaires existants à l'étranger :
 - mars – juillet 2012 : analyse de la littérature internationale, prise de contact avec le réseau de correspondants de l'IAAS, récupération des informations par pays ;
 - septembre 2012 : première réunion du groupe d'appui méthodologique ;
 - novembre 2012 : deuxième réunion du groupe d'appui méthodologique ;
 - décembre 2012 – janvier 2013 : rédaction finale d'un rapport d'orientation et de recommandations pour l'évolution tarifaire ;
 - janvier 2013 : démarrage des phases de validation HAS et ANAP.

7. PERSPECTIVES

- L'outil de *micro-costing* sera reproductible et pourrait faire l'objet d'un développement logiciel permettant de le déployer auprès des établissements. Cet outil serait alors coproduit conjointement par l'ANAP et la HAS, sous réserve d'obtention des financements nécessaires pour rémunérer un prestataire informatique.
- Le rapport « Socle de connaissances – État des lieux » a montré qu'il existait plusieurs sources de méconnaissance des coûts de la chirurgie ambulatoire. En particulier :
 - le coût direct, tous financeurs, n'est pas évalué, notamment concernant le reste à charge pour les patients ou les organismes complémentaires (ticket modérateur et dépassements d'honoraires) ;
 - les coûts indirects (arrêts de travail, frais des accompagnants, hébergement hôtelier des patients éloignés).
- Ce travail devra également être complété par l'analyse de la répartition des centres et de l'activité de chirurgie ambulatoire sur le territoire, en documentant en particulier les aspects liés à la satisfaction des besoins de la population, ainsi que les inégalités d'accès à la fois sociales et géographiques.
- L'efficacité devra s'apprécier dans une perspective plus générale, en documentant notamment les aspects de qualité de vie et l'amélioration du bien-être du patient et de sa famille.

Des travaux, pour documenter ces aspects pourront être réalisés courant 2013, en interrogeant notamment les bases de données de l'assurance maladie.

8. STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Les bases de données bibliographiques interrogées sont les suivantes :

- Medline (*National Library of Medicine*, États-Unis).
- *Academic Search Premier*, base de données multidisciplinaires permettant d'accéder au texte intégral de plus de 8 500 revues.
- EconLit, base de données électronique de l'American Economic Association.

Stratégie de recherche documentaire

Les publications en anglais et en français ont été recherchées sur la période de janvier 2000 à décembre 2011.

L'équation de recherche pour cette partie du travail a été la suivante :

[(«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]) AND («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]

Au total, 652 références ont été obtenues.

Une analyse a également été réalisée sur la littérature française (BDSP et Pascal). En complément, les sites internet suivants ont été explorés de façon systématique.

- Agence technique de l'information hospitalière ;
- *Agency for Healthcare Research and Quality* ;
- *Ambulatory Surgery Center Association* ;
- *American College of Surgeons* ;
- *Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland* ;
- Association française de chirurgie ambulatoire ;
- Association française de pédiatrie ambulatoire ;
- Association belge pour la chirurgie ambulatoire ;
- Assurance maladie ;
- *Audit Commission* (Royaume-Uni) ;
- *Australian Day Surgery Nurses Association* (ADSNA) ;
- *Australian Day Hospital Association* ;
- *British Association of Day Surgery* ;
- *Care quality commission* ;
- *Canadian Anesthesiologists' Society* ;
- Centre fédéral d'expertise des soins de santé ;
- *College of Physicians and Surgeons of Ontario* ;
- *Cochrane Library* ;
- Cour des comptes ;
- *CRD databases* ;
- *Danish Association of Day Surgery* (DSDK) ;
- *DaySafe* ;
- *Department of Health* (Royaume-Uni) ;
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ;
- *Dutch Association of Day Care & Short Stay* (NVDK) ;
- *European Network of Economic Policy Research Institutes* (ENEPRI) ;
- Fédération hospitalière de France ;
- Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne ;
- *German Association for Ambulatory Surgery* (BAO) ;
- Haut Conseil de la santé publique ;
- Haute Autorité de Santé ;
- *Health Economics Research and Evaluation* ;

-
- *Italian Society of Ambulatory Surgery and Day Surgery* ;
 - *Italian Federation of Ambulatory Surgery* ;
 - *Health Quality Service* ;
 - *King's Fund* ;
 - *Ideas Repec database* ;
 - Inspection générale des affaires sociales ;
 - Institut de santé et d'économie ;
 - *Institute for Health Economics Alberta* ;
 - *International Health Economics Association* ;
 - *International Association for Ambulatory Surgery* ;
 - Institut de recherche et documentation en économie de la santé ;

- *London school of Economics* ;
- Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports ;
- *National Health Service Institute* ;
- *Norwegian Day Surgery Association (NORDAF)* ;
- Organisation de coopération et de développement économiques ;
- *Portuguese Association of Ambulatory Surgery (APCA)* ;
- *RAND Corporation* ;
- *Spanish Association of Major Ambulatory Surgery (ASECMA)* ;
- *Stockholm School of Economics* ;
- *Swedish Institute for Health Economics* ;

RÉFÉRENCES

1. Direction générale de l'offre de soins. Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière. Paris: DGOS; 2011.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/GUIDE_CAH___BOS_2011-3.pdf
2. Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. Guide du retraitement comptable 2009. Paris: Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé.; 2009.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_du_retraitement_comptable_2008.pdf
3. Tan SS, Serdén L, Geissler A, van Ineveld BM, Redekop WK, Heurgren M, et al. DRGs and cost accounting: Which is driving which? In: European Observatory on Health Systems and Policies Series, Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M, ed. Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. Maidenhead: Open University Press; 2011. p. 59-74.
4. 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.
5. Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers. Nouvelle gouvernance et comptabilité analytique par pôles. Champigneulle: Berger-Levrault; 2009.
6. Inspection générale des affaires sociales. Mission d'appui sur la convergence tarifaire public privé. Paris: IGAS; 2006.
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000080/0000.pdf>
7. Centre for Health Economics, Mogyorosy,Z, Smith,P. The main methodological issues in costing health care services. A literature review. Heslington: University of York; 2005.
http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/rp7_Methodological_issues_in_costing_health_care_services.pdf
8. Health Economics Resource Center, Smith,MW, Barnett,PG, Phibbs,C, Wagner,TH. Microcost Methods for Determining VA Healthcare Costs. Guidebook. Menlo Park: HERC; 2010.
http://www.herc.research.va.gov/files/BOOK_458.pdf
9. Frick KD. Microcosting quantity data collection methods. Med Care 2009;47(7):S76-S81.
10. Kaplan,RS, Anderson,SR. Time-Driven Activity Based Costing. Harvard: Harvard Business Review; 2004.
11. Chapko MK, Liu CF, Perkins M, Li YF, Fortney JC, Maciejewski ML. Equivalence of two healthcare costing methods: bottom-up and top-down. Health Econ 2009;18(10):1188-201.
12. Waters H, Abdallah H, Santillan D. Application of activity-based costing (ABC) for a Peruvian NGO healthcare provider. Int J Health Plann Manage 2001;16(1):3-18.
13. Tan SS, van Ineveld BM, Redekop WK, Hakkaart-van Roijen L. Comparing methodologies for the allocation of overhead and capital costs to hospital services. Value Health 2009;12(4):530-5.
14. Schreyogg J. A micro-costing approach to estimating hospital costs for appendectomy in a cross-European context. Health Econ 2008;17(1 Suppl):S59-S69.
15. van Vliet EJ, Sermeus W, van Gaalen CM, Sol JC, Vissers JM. Efficacy and efficiency of a lean cataract pathway: a comparative study. Qual Saf Health Care 2010;19(6):e13.
16. Antikainen K, Roivainen T, Hyvärinen M, Toivonen J, Kärri T. Activity-based costing process of a day-surgery unit: from cost accounting to comprehensive management 2005.
http://www.ebrc.fi/kuvat/775-785_05.pdf
17. Dexter F, Blake JT, Penning DH, Sloan B, Chung P, Lubarsky DA. Use of linear programming to estimate impact of changes in a hospital's operating room time allocation on perioperative variable costs. Anesthesiology 2002;96(3):718-24.
18. Dexter F, Macario A. When to release allocated operating room time to increase operating room efficiency. Anesth Analg 2004;98(3):758-62.

19. Nobre T, Biron N. Application de la méthode ABC au calcul des coûts par pathologie : le cas de la chirurgie infantile 2001.

<http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/58/46/46/PDF/NOBRE-BIRON.PDF>

20. Nobre T, Biron N. L'ABC à l'hôpital : le cas de la chirurgie infantile. *Finance Contrôle Stratégie* 2002;5(2):85-105.

21. Tan,SS. *Microcosting in Economic Evaluations. Issues of accuracy, feasibility, consistency and generalisability.* Rotterdam: Erasmus Universiteit ; 2009.

22. Henry SG, Ness RM, Stiles RA, Shintani AK, Dittus RS. A cost analysis of colonoscopy using microcosting and time-and-motion techniques. *J Gen Intern Med* 2007;22(10):1415-21.

23. 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.

24. Abouleish AE, Prough DS, Barker SJ, Whitten CW, Uchida T, Apfelbaum JL. Organizational factors affect comparisons of the clinical productivity of academic anesthesiology departments. *Anesth Analg* 2003;96(3):802-12, table.

25. Friedman DM, Sokal SM, Chang Y, Berger DL. Increasing operating room efficiency through parallel processing. *Ann Surg* 2006;243(1):10-4.

26. Dexter F, Epstein RH, Traub RD, Xiao Y. Making management decisions on the day of surgery based on operating room efficiency and patient waiting times. *Anesthesiology* 2004;101(6):1444-53.

ANNEXE 1. PARTICIPANTS

Cette note de cadrage a été rédigée par Mme Isabelle HIRTZLIN, chef de projet, 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.

M. Gilles BONTEMPS, directeur associé, M. Christian ESPAGNO et M. Jamel MAHCER, managers à l'ANAP ainsi que M. Olivier BALY, chargé de projet, ont relu et apporté des corrections sur le fond pour les parties concernant le cadrage général et le livrable (cf. 4.1.1) pour lequel l'ANAP est l'investigateur.

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, docteur ès science, chef de service.

L'organisation logistique et le travail de secrétariat ont été réalisés par Mme Sabrina MISSOUR.

M. Eric DARVOY, sous la coordination de Mme Annie CHEVALLIER (SDIP - HAS) a conçu et appliqué la charte graphique commune HAS-ANAP à ce document selon les directives conjointes des équipes de communication de la HAS et de l'ANAP.

► Processus de validation

Messieurs Benoît DERVAUX, Pierre-Louis REMY et Luc VANDROMME ont été désignés rapporteurs de cette note de cadrage pour la Commission évaluation économique et santé publique (CEESP) de la HAS. Elle a été validée par la CEESP le 14 février 2012, puis transmise et validée par le Comité de pilotage (COPIL) du projet « Chirurgie ambulatoire » ANAP-HAS, le 29 février 2012.

Le Collège de la HAS a validé cette note de cadrage le 5 Avril 2012.

Le CSO de l'ANAP a validé cette note de cadrage le 28 Mars 2012.



“ Ensemble pour le développement de la *chirurgie ambulatoire* ”

Avril 2012