

## **ELARGIR LA MAITRISE MEDICALISEE A L'HOPITAL LE PLAN D'ACTION 2007**

**En 2006, les dépenses de remboursements liés à l'hospitalisation (public et privé) sont estimées à environ 63,7 milliards d'euros (contre 53,4 milliards en 2000), soit 45% des dépenses d'assurance maladie<sup>1</sup>.**

Dans ce montant global, 25,5 milliards d'euros (40% des dépenses) entrent dans le champ de la tarification à l'activité<sup>2</sup>. Désormais une partie de l'activité hospitalière publique est remboursée par l'Assurance Maladie par type de soins, à l'instar des soins de ville (au lieu d'une dotation globale sans attribution précise comme c'était le cas auparavant).

Dans le cadre de la réforme d'août 2004 puis de l'entrée en vigueur de la tarification à l'activité<sup>3</sup>, l'Assurance Maladie a adopté en janvier 2006 les orientations relatives à la « Politique hospitalière de l'Assurance Maladie » qui ont posé les bases de son action dans le domaine hospitalier.

Un premier programme de maîtrise médicalisée des prescriptions hospitalières délivrées en ville a été initié en 2006, à l'instar des actions menées avec les médecins libéraux. En 2007, l'Assurance Maladie s'est fixée comme priorités d'approfondir la maîtrise médicalisée à l'hôpital et de soutenir la modernisation de l'offre de soins hospitaliers. Elle engage ainsi une mobilisation collective autour des dépenses hospitalières autour des axes suivants :

- **Améliorer l'efficacité du système de soins, en favorisant le développement de la chirurgie ambulatoire et en veillant à un recours aux soins en établissement justifié médicalement.**

On constate en effet en France un recours traditionnellement important à l'hospitalisation complète aux dépens de la chirurgie ambulatoire. Ainsi, seulement 53% des opérations de la cataracte et 36% des arthroscopies du genou sont pratiqués en ambulatoire alors qu'elles pourraient l'être à 85%. On observe également une différence de pratique entre le secteur public et le secteur privé sur l'ensemble des 18 gestes réalisables en chirurgie ambulatoire les plus fréquents : 33% de ces actes sont réalisés en ambulatoire dans le public contre 46% pour le secteur privé. L'harmonisation de ces pratiques apparaît donc nécessaire.

- **Informier et accompagner les établissements dans la mise en œuvre de la tarification à l'activité.**

D'importantes disparités régionales existent d'un établissement de santé à l'autre, et selon les départements, dans l'application de la tarification à l'activité (T2A). Ainsi l'utilisation des forfaits (GHS) avec comorbidité associée, dont le tarif est deux fois plus élevé que le forfait classique, varie selon les départements de 11 à 39% dans le secteur public et de 22 à 44% dans le secteur privé.

- **Poursuivre la maîtrise médicalisée des prescriptions hospitalières délivrées en ville.**

**Sur ces trois axes, la démarche de l'Assurance Maladie repose sur la sensibilisation et l'information des établissements de santé. L'objectif est d'accompagner les structures hospitalières pour encourager les bonnes pratiques et harmoniser les indicateurs au niveau national.**

<sup>1</sup> Base : objectif national des dépenses (ONDAM) qui comprend l'ensemble des dépenses remboursées pour la maladie, la maternité et les accidents du travail à l'exclusion des indemnités journalières maternité, des rentes accidents du travail et des pensions d'invalidité.

<sup>2</sup> Cf annexe 5

<sup>3</sup> La Loi du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie prévoit notamment que l'Assurance Maladie doit veiller à la coordination, à la qualité des soins, à leur répartition homogène sur le territoire, y compris pour les établissements de santé (art. 1<sup>er</sup>). Elle contribue par sa présence au Conseil de l'Hospitalisation créé par la Loi, à l'élaboration de la politique de financement des établissements de santé ainsi qu'à la détermination et au suivi des dépenses d'assurance maladie.

## Fiche 1 - Améliorer l'efficacité du système de soins

---

### 1. Développer la chirurgie ambulatoire

La chirurgie ambulatoire constitue une alternative à l'hospitalisation dite traditionnelle, qui nécessite un hébergement et fait suite à une anesthésie. Elle permet au patient de regagner son domicile le jour même de son intervention et de bénéficier d'un suivi organisé à domicile. Outre les avantages pour les patients (rétablissement plus rapide, moindres risques, etc.), elle permet d'optimiser significativement la gestion des dépenses publiques et l'efficacité des soins.

En 2003, la France était l'avant-dernier pays de l'OCDE en matière de développement de la chirurgie ambulatoire. Aux Etats-Unis, 94% des actes chirurgicaux réalisables en ambulatoire étaient réalisés de cette manière, 61% en Allemagne et 78% au Danemark contre 40% seulement en France. Des études menées en 2004 par l'Assurance Maladie en collaboration avec des établissements de santé ont démontré que, moyennant certains progrès organisationnels, 80% de la chirurgie pourraient être réalisés sous forme ambulatoire en France.

Face au retard français dans ce domaine et à son potentiel de développement considérable, l'Assurance Maladie se mobilise pour inciter les établissements de santé à développer la chirurgie ambulatoire et les accompagner dans leur démarche. L'objectif est de favoriser ce mode de prise en charge en améliorant le service rendu à la population (qualité des soins, satisfaction des patients, etc.) tout en optimisant les dépenses.

Ainsi, on observe qu'une durée du séjour hospitalier plus courte permet notamment de minimiser le risque d'infections nosocomiales et opératoires (pour ces dernières, elles sont 5 fois moins importantes en chirurgie ambulatoire qu'en hospitalisation complète<sup>4</sup>).

Par ailleurs, les enquêtes montrent que, pour une large majorité, les assurés sont favorables à une prise en charge ambulatoire : **90% des patients se sont ainsi déclarés satisfaits, à l'issue d'une intervention sous cette forme<sup>5</sup>**.

L'enquête menée par l'Assurance Maladie en février 2007<sup>6</sup> indique qu'une très large majorité de Français (81%) serait prête à recourir personnellement à la chirurgie ambulatoire. Parmi les Français ayant entendu parler de ce mode de prise en charge, 83% ont entendu des informations positives. Néanmoins, les deux tiers des Français se sentent aujourd'hui mal informés sur la chirurgie ambulatoire, démontrant la nécessité d'une information pédagogique sur ce sujet (cf Annexe1).

Depuis plusieurs années, l'Assurance Maladie a développé des actions en faveur de la prise en charge ambulatoire : 5 enquêtes nationales ont ainsi été menées entre 2001 et 2004 et leurs résultats présentés à l'ensemble des établissements de santé.

L'Observatoire national de la chirurgie ambulatoire, mis en place par l'Assurance Maladie en 2004, permet de suivre l'évolution de 18 gestes chirurgicaux dits marqueurs – c'est-à-dire les plus fréquents par spécialité - et réalisables en ambulatoire. Les établissements de santé ont ainsi bénéficié de référentiels sur leurs pratiques et d'outils d'aide à la décision.

**Si des progrès notables ont été réalisés, d'importantes disparités subsistent et nécessitent la mise en œuvre d'un programme plus volontariste pour harmoniser les pratiques au niveau national, notamment dans les établissements publics.**

---

<sup>4</sup> Rapport réseau INCISO 2006 - Programme de surveillance et de prévention des infections du site opératoire (novembre 2006).

<sup>5</sup> Enquête PNIR - Conditions de développement de la chirurgie ambulatoire (octobre 2003) - [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr).

<sup>6</sup> Enquête omnibus Ipsos réalisée les 16 et 17 février 2007 par téléphone auprès d'un échantillon de 1 013 personnes représentatives de la population française, âgées de 15 ans et plus (méthode des quotas).

- Des disparités régionales fortes, un écart public-privé important

*Préambule : Les analyses réalisées reposent sur les actes chirurgicaux concernant 18 gestes marqueurs en ophtalmologie, orthopédie, chirurgie vasculaire, générale et digestive, ORL et maxillo-faciale, infantile, gynécologique (cf Annexe 2). Sur ces 18 gestes (1,8 millions d'actes concernés par an), 5 interventions (opération de la cataracte, sur les varices, arthroscopie du genou, extractions dentaires, opération des végétations et amygdales) ont été plus particulièrement examinées car elles totalisent 74% de ces actes.*

La part de l'ambulatoire tend à augmenter depuis plusieurs années : ainsi, si l'on observe les 5 activités chirurgicales les plus fréquentes, la chirurgie ambulatoire représentait 36% des actes réalisés en 1999 et 51% en 2005.

Spécialité chirurgicale	Cinq interventions chirurgicales les plus fréquentes	Taux ambulatoire 1999	Taux ambulatoire 2005	Taux cible 2008
Ophtalmologie	Cataracte	28%	53%	85%
Orthopédie	Arthroscopie du genou	28%	36%	85%
Vasculaire	Varices	18%	24%	85%
ORL et maxillo-faciale	Végétations et amygdales	59%	64%	85%
	Extractions dentaires	44%	62%	85%
	<b>Total</b>	<b>36%</b>	<b>51%</b>	<b>85%</b>

Source : Observatoire national de la chirurgie ambulatoire de la CNAM – Données PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information)

Cependant, on observe que la progression enregistrée en France est plus faible que dans les autres pays européens et ne lui permet pas de rattraper son retard par rapport à ses voisins.

**Sur les 5 gestes marqueurs les plus fréquents, soit 1,3 millions d'actes par an, 500 000 sont transférables en ambulatoire (900 000 sur les 18 gestes marqueurs) (cf Annexe 3).**

- ✓ Variations géographiques

D'après l'étude menée sur les 18 actes chirurgicaux marqueurs (cf Annexe 3), dans le secteur privé, **plus de 30 points séparent la région ayant le plus développé l'ambulatoire (Provence-Alpes-Côte d'Azur avec 58% des interventions) de celle l'ayant le moins développé (Franche-Comté avec 28%).**

**Dans le public, cet écart atteint 26 points entre la région Poitou-Charentes (45%) et l'Auvergne (19% seulement).**

De manière globale, les régions qui enregistrent les taux les plus faibles de chirurgie ambulatoire sont la Champagne-Ardenne, l'Auvergne, la Franche-Comté.

Toutefois, du fait de leur taille, les régions Ile de France, Rhône Alpes et PACA disposent, quant à elles, des potentiels en volume les plus élevés pour le développement de ce mode de prise en charge.

- ✓ Variations selon les actes

**Les taux de pratique ambulatoire sont très variables selon les spécialités chirurgicales et à l'intérieur d'une même spécialité**, alors que, pour chacun de ces actes, 85 % des patients pourraient bénéficier d'une prise en charge ambulatoire. Ainsi, 88% des phimosis (rétrécissement du prépuce) et 82% de la chirurgie du canal carpien sont pris en charge en chirurgie ambulatoire, seulement 5 % des hernies de l'adulte et 1% des coelioscopies gynécologiques relèvent aujourd'hui de cette prise en charge (cf Annexe 2).

- ✓ Disparités public-privé

On peut également noter un retard important du secteur public par rapport aux établissements privés dans le déploiement d'une offre de chirurgie ambulatoire. **Le taux de chirurgie ambulatoire sur les 18 actes suivis atteint ainsi en 2005, 33% pour le secteur public en moyenne nationale, contre 46% pour les cliniques privées.**

Afin d'impulser le développement de la prise en charge ambulatoire dans le secteur public, l'Assurance Maladie a accompagné des programmes pilotes menés, notamment par l'AP-HP, le CHU de Lille et certaines régions.

- Les actions programmées en 2007

Le plan 2007 prévoit un dispositif incitatif pour amplifier le recours à la chirurgie ambulatoire, au travers d'actions auprès des différents publics cibles :

- ✓ Vers les établissements de santé

L'Assurance Maladie déploiera en 2007 un programme de sensibilisation : les directeurs de CPAM et les médecins-conseils se rendront dans **1 500 établissements publics et privés** auprès des Commissions Médicales d'Etablissement (CME), à partir du second trimestre. L'objectif est de présenter à chaque établissement un profil (part de la chirurgie ambulatoire, évolution, potentiel de la structure, etc.) et lui donner ainsi des repères / outils d'aide à la décision pour optimiser son activité.

Dans le secteur public, cette démarche de rencontres et d'échanges doit notamment contribuer à lutter contre les freins culturels ou organisationnels existants vis-à-vis de la chirurgie ambulatoire. Celle-ci implique en effet souvent de refondre l'organisation des circuits de prise en charge chirurgicale, en plaçant le patient au centre.

L'Assurance Maladie envisage également de formuler des propositions tarifaires, incitant les établissements à recourir à la chirurgie ambulatoire, dans le cadre de la tarification à l'activité.

- ✓ Vers les professionnels de santé

Pivot essentiel du parcours de soins, le médecin traitant informe et oriente ses patients vers la prise en charge la plus adaptée. Il est le mieux à même pour déterminer si leurs conditions de vie et de santé les rendent éligibles à une chirurgie ambulatoire et pour optimiser leur retour à domicile.

Dans ce cadre, une information dédiée (Lettre aux médecins) leur sera adressée en 2007 pour les sensibiliser à cette prise en charge et les avantages qu'elle peut offrir, pour les patients éligibles.

Enfin, la chirurgie ambulatoire sera inscrite dans la formation continue reçue par les médecins.

- ✓ Vers les assurés

Parallèlement, l'Assurance Maladie souhaite informer les assurés de l'existence de cette alternative à l'hospitalisation complète et leur faire jouer un rôle dans le choix de leur prise en charge. Un numéro de la Lettre aux Assurés présentera ainsi le fonctionnement de la chirurgie ambulatoire.

- ✓ Avec les différents acteurs du champ hospitalier

Le Ministère de la Santé et l'Assurance Maladie ont uni leurs efforts pour favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire<sup>7</sup> dans le cadre des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire de troisième génération publiés en 2006. L'Assurance Maladie encouragera l'intégration de cet aspect lors de la signature de Contrats d'Objectifs et de Moyens entre les établissements de santé et les ARH.

## 2. Veiller à une utilisation justifiée des structures d'hospitalisation

- Un transfert inapproprié des soins réalisés en ville vers les établissements de santé

L'Assurance Maladie constate actuellement que l'hospitalisation de jour ou à temps partiel tend à se développer de façon importante pour des actes devant être pratiqués en cabinet de ville. C'est le cas notamment des échographies, de l'étude du champ visuel ou encore de l'ablation de verrues, etc.

**D'importantes variations régionales ainsi que des disparités entre les secteurs publics et privés sont constatées** (cf Annexe 4). Dans le public, entre 2005 et 2006, on enregistre une hausse de plus de 6% des séjours de moins d'1 journée dans les régions Auvergne, Ile de France, l'Aquitaine, etc. Dans le secteur privé, cette augmentation atteint plus de 14% en Alsace, Basse-Normandie, Pays de la Loire, auvergne, etc. En moyenne nationale, l'hospitalisation de jour dans les cliniques privées a progressé de 8 à 10%, selon les spécialités.

**Il existe une forte corrélation entre l'augmentation des hospitalisations de jour et la baisse du montant des consultations externes, démontrant ainsi le transfert des soins réalisés en ville vers l'hôpital (cf Annexe 4).**

- Actions programmées en 2007

L'Assurance Maladie va sensibiliser les professionnels afin d'éviter le recours de plus en plus fréquent aux structures hospitalières pour des actes qui devraient être réalisés en cabinet de ville.

Les directeurs de CPAM et les médecins-conseils, rencontreront à partir du second trimestre 2007, 1 500 établissements de santé ciblés (publics et privés) pour leur fournir des éléments précis sur leurs pratiques et les aider à les faire évoluer.

Parallèlement, l'Assurance Maladie et le Ministère de la Santé poursuivront les travaux initiés en 2006 sur la réglementation des actes frontières et de l'hospitalisation de jour, afin de préciser la liste de ces actes frontières.

Par ailleurs, le Ministère de la Santé, la DREES, la Haute Autorité de Santé et l'Assurance Maladie poursuivront également leurs réflexions sur le recours à l'hôpital, qui semble en France être l'un des plus élevés d'Europe.

---

<sup>7</sup> Circulaire UNCAM/DHOS de janvier 2005 pour l'élaboration du volet chirurgie ambulatoire des SROS de 3<sup>ème</sup> génération.  
Dossier Maîtrise médicalisée à l'hôpital – 8 mars 2007

## Fiche 2 - Accompagner les établissements (publics et privés) dans la mise en œuvre de la tarification à l'activité

---

La Loi de financement de la Sécurité Sociale et le Plan hôpital 2007 ont introduit, pour les établissements de santé publics et privés une réforme du financement de l'offre de soins pour une allocation plus efficiente des ressources : la tarification à l'activité (T2A)<sup>8</sup>.

Elle consiste à rémunérer un établissement en fonction de l'activité de soins distribués aux patients. Ainsi chaque séjour hospitalier est répertorié par pathologie, appelée groupe homogène de malades (GHM) (chirurgie de la cataracte, par exemple). De manière générale, à chaque GHM correspond un tarif national (GHS) qui rémunère l'ensemble des soins et des traitements administrés au malade et ce, quelle que soit la durée du séjour<sup>9</sup>. Dans les établissements publics, la tarification à l'activité a remplacé le système de dotation globale. Elle représentait 10 % du budget en 2004, 25 % en 2005 et 35 % en 2006, le reste étant en dotation complémentaire (DAC). (cf Annexe 5).

En 2006, les dépenses liées à la tarification à l'activité se sont montées à 25,5 milliards d'euros dont 17 milliards pour les établissements publics (calcul avec un taux T2A à 50%) et 8,5 milliards pour les privés.

**Les analyses réalisées par l'Assurance Maladie en 2006 ont montré d'importantes variations dans l'application de la tarification à l'activité et ainsi la nécessité de renforcer l'accompagnement des établissements de santé pour faciliter le respect des règles.**

- Des disparités significatives dans l'application de la tarification à l'activité

Pour certains GHM, les établissements de santé ont la possibilité de choisir une tarification pour les patients « légers » ou une tarification codée CMA / CMAS pour les séjours avec co-morbidités majeures associées<sup>10</sup> et destinés aux patients « lourds ».

Or, on observe qu'une proportion plus importante de séjours avec CMA / CMAS est utilisée dans certaines zones géographiques : façade atlantique, nord et est de la France pour les établissements publics.

**Selon les départements, leur part varie ainsi fortement : de 11 à 39% des séjours sont codés CMA / CMAS dans les cliniques privées, et de 22 à 44% dans les établissements publics (cf Annexe 6).**

La sélection du GHS approprié constitue un enjeu-clé pour l'Assurance Maladie, le tarif d'un GHS avec CMA étant en moyenne le double d'un GHS « classique ». On estime à 200 millions d'euros les économies potentielles, si les établissements facturant une proportion importante de GHS codés CMA/CMAS rejoignaient la moyenne nationale.

Parallèlement, lors d'une hospitalisation, il arrive que l'on demande au patient de se doter, avant et après l'opération, de certains médicaments et matériels remboursables par l'Assurance Maladie<sup>11</sup> (bandage, pansements, par exemple). Or, les forfaits GHS incluent déjà les prescriptions liées au séjour hospitalier. Ces situations sont, dès lors, susceptibles de générer des doubles facturations pour l'Assurance Maladie et il est crucial de sensibiliser les établissements publics et privés à cet aspect.

A titre d'exemple, dans le secteur privé, les achats de médicaments effectués par les patients en ville, avant et après leur hospitalisation<sup>12</sup>, ont varié en 2006, du simple au double entre les régions. Celles qui enregistrent les plus fortes proportions de médicaments délivrées en ville pour des patients hospitalisés sont le nord, le centre et le sud-est de la France.

---

<sup>8</sup> La T2A concerne uniquement les services de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie. Cf Annexe 5

<sup>9</sup> A l'exception de certains produits de santé inscrits sur une liste spéciale

<sup>10</sup> Co-morbidités associées : présence d'une ou plusieurs maladies ayant une incidence sur l'affection traitée.

<sup>11</sup> Produits codés LPP (Liste des Produits et Prestations Remboursables)

<sup>12</sup> 30 jours précédant et suivant un séjour hospitalier.

- Actions programmées en 2007

Face à la nécessité de rapprocher les pratiques au niveau national, l'Assurance Maladie rappellera aux professionnels des établissements de santé et auprès des CME les règles de la tarification à l'activité.

Le programme de visites des CPAM et des praticiens-conseils intégrera ainsi, pour chaque établissement, l'examen détaillé des indicateurs enregistrés, pour une meilleure compréhension de la tarification et une évolution des comportements.

### Fiche 3 - Poursuivre la maîtrise médicalisée engagée en 2006 sur les prescriptions hospitalières délivrées en ville

---

A l'instar des actions de maîtrise médicalisée initiées avec les médecins libéraux en 2005, l'Assurance Maladie a engagé en 2006 une démarche avec les médecins hospitaliers concernant les prescriptions exécutées ou délivrées en ville. **Celles-ci atteignent 9,1 milliards d'euros en 2006, en forte augmentation depuis 2003 (+23,6% en trois ans).**

L'objectif est ainsi d'inscrire la maîtrise des dépenses de santé dans un effort collectif et équilibré entre l'hôpital et la médecine de ville.

En 2007, l'Assurance Maladie poursuit le programme engagé avec les médecins hospitaliers et les établissements de santé<sup>13</sup> sur les 6 thèmes définis comme prioritaires :

- Les antibiotiques,
- Les statines,
- La promotion des médicaments génériques,
- Le respect de la règle de prise en charge à 100% des traitements liés aux affections de longue durée et la bonne utilisation de l'ordonnancier bizona,
- Les prescriptions d'arrêts de travail,
- Le bon usage des transports sanitaires.

- Les actions menées en 2006

Dans le cadre de la réforme d'août 2004 et des orientations « Politique hospitalière de l'Assurance Maladie » adoptées en janvier 2006, l'Assurance Maladie a défini son programme de maîtrise médicalisée des prescriptions hospitalières délivrées en ville. Celui-ci a fait l'objet d'échanges et de concertations avec les acteurs essentiels du monde hospitalier<sup>14</sup>. Cette étape importante a permis le partage des objectifs et de la démarche, gage d'une mobilisation collective.

Sur le plan réglementaire, un accord-cadre a été signé en 2006 entre l'UNCAM, le Ministère de la Santé et les Fédérations nationales représentatives des établissements de santé sur les antibiotiques. **Il a notamment fixé comme objectif une baisse de 10% de la consommation d'antibiotiques sur 3 ans, pour l'ensemble des établissements.** Cela représente des économies substantielles, si l'on considère que ces médicaments totalisent 8,4% des dépenses de l'Assurance Maladie pour les prescriptions hospitalières délivrées en ville.

Parallèlement, l'Assurance Maladie reversera aux hôpitaux 50% des économies réalisées, leur permettant d'investir sur d'autres postes.

Au cours du dernier trimestre 2006, le réseau local de l'Assurance Maladie a rencontré les membres des CME de plus de 700 établissements (publics et privés non lucratifs ayant une activité de médecine, de chirurgie et d'obstétrique – MCO) pour leur présenter les actions définies et leur donner des données comparatives sur leurs niveaux de prescriptions pour les 6 thèmes retenus (profil détaillé par établissement). **90% des structures ciblées en 2005 ont ainsi été visitées au cours de l'année 2006.** Des supports d'aide leur ont été remis à cette occasion (fiche pratique sur les statines, aide au remplissage de l'ordonnancier bizona, etc.)

Un nouvel outil d'information, la Lettre aux hospitaliers, a été expérimenté avec l'AP-HP, avec une diffusion aux 39 établissements concernés (sous format électronique) en octobre 2006. Ce premier numéro abordait les points-clés du programme : nouveau protocole de soins pour les ALD, antibiotiques et génériques.

---

<sup>13</sup> Ce programme s'adresse aux médecins hospitaliers exerçant en établissements publics et PSPH, les praticiens des cliniques privées étant concernés par les actions conventionnelles libérales.

<sup>14</sup> DHOS, fédérations représentatives des établissements de santé, représentants des Présidents de CME CH/CHU, Directeurs des CH/CHU notamment.



- Les actions programmées en 2007

En 2007, l'Assurance Maladie souhaite approfondir ses actions auprès des établissements de santé. Ainsi, elle souhaite mobiliser les professionnels hospitaliers dans leur ensemble en suscitant des réunions avec les internes, les services les plus prescripteurs, les pharmacies à usage intérieur mais aussi les professions paramédicales, par exemple.

Six mois après ces premières rencontres, les CPAM et médecins-conseils se rendront une nouvelle fois dans les CME pour réaliser un point d'étape et mesurer l'évolution des pratiques de l'établissement sur les 6 thèmes retenus. Là encore, le profil de l'établissement sera présenté de façon détaillée pour identifier les points saillants et les axes de progrès.

En outre, l'Assurance Maladie encourage la signature de contrats locaux comportant des engagements réciproques. **En 2007, 70% des établissements doivent ainsi avoir conclu un contrat sur au moins 2 des 6 thématiques prioritaires, fixant des objectifs précis.**

La Lettre aux Hospitaliers sera généralisée à l'ensemble des établissements publics et privés pour une sensibilisation régulière des professionnels hospitaliers au thème de la maîtrise médicalisée à l'hôpital. Cette newsletter sera diffusée 2 à 3 fois par an.

- **Enquête réalisée par Ipsos les 16 et 17 février 2007**

- ✓ **Echantillon** : 1013 personnes représentatives de la population française, âgées de 15 ans et plus.
- ✓ **Méthode** : Interviews réalisées par téléphone (enquête Omnibus). La représentativité est assurée par la méthode des quotas de sexe, d'âge, de profession du chef de famille après stratification par région et catégorie d'habitat.

- **Synthèse des résultats :**

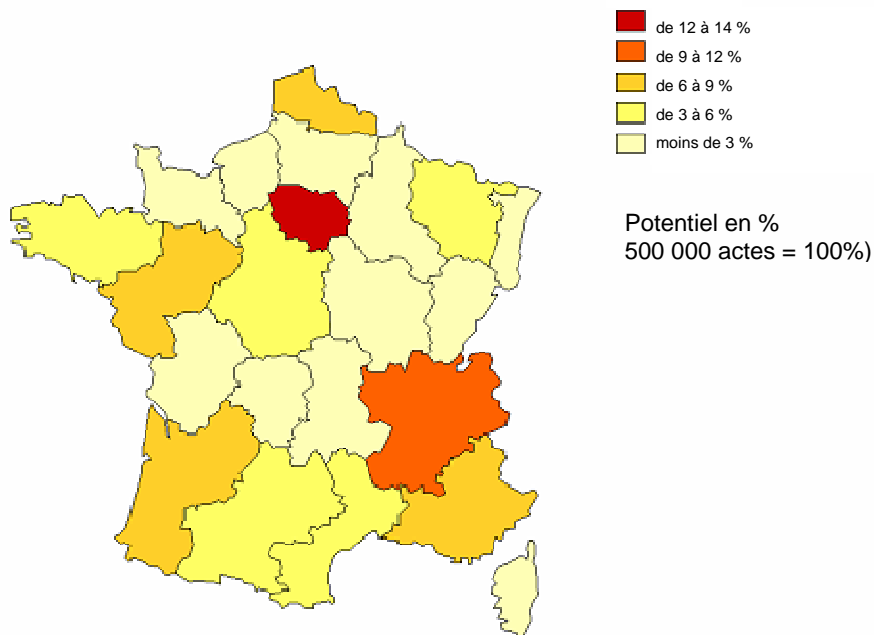
- ✓ L'hospitalisation journalière, la diminution de la durée du temps d'hospitalisation, la rapidité des soins, l'hôpital, la maladie constituent les premiers éléments qui viennent à l'esprit des Français lorsqu'on évoque l'expression « chirurgie ambulatoire ». 27% des français associent spontanément un terme positif à la chirurgie ambulatoire (utile, bénéfique, soigne, guérit, pratique, commode).
- ✓ Les deux tiers des Français se sentent aujourd'hui mal informés sur la chirurgie ambulatoire (43% plutôt mal et 23% très mal informés), ce sentiment de désinformation est plus marqué chez les hommes que chez les femmes ainsi que parmi les plus jeunes.
- ✓ Malgré ce manque d'information, 65% des Français attribuent la définition suivante : « *Une intervention chirurgicale qui est faite dans la journée avec un retour chez soi le soir même* ».
- ✓ La notoriété assistée de la chirurgie ambulatoire est relativement élevée puisque 67% des Français en ont déjà entendu parler. Cette notoriété augmente sensiblement avec l'âge avec un pic chez les 60-69 ans (83%) et est plus élevée parmi les femmes (74% vs 60% des hommes).
- ✓ Parmi les Français qui en ont déjà entendu parler, 83% en ont entendu parler de façon positive (20% très positive, 63% plutôt positive). Cette proportion est encore plus forte chez les individus qui se sentent bien informés sur la chirurgie ambulatoire (91% de façon positive).
- ✓ Les Français s'accordent pour plus de 80% d'entre eux sur le fait que, avec la chirurgie ambulatoire :
  - on peut être en convalescence chez soi (45% tout à fait d'accord, 42% plutôt d'accord),
  - elle permet de ne pas perdre de temps (42% tout à fait d'accord, 41% plutôt d'accord),
  - elle est moins chère et aussi efficace (36% tout à fait d'accord, 44% plutôt d'accord),
- ✓ Enfin, une très large proportion de Français (81%) serait prête personnellement à recourir à la chirurgie ambulatoire (54% oui tout à fait, 27% oui plutôt). Le niveau d'intentions fermes (oui tout à fait) est élevé (54%) et démontre une très bonne acceptation de cette pratique de la part des Français.

**Annexe 2 – LISTE DES 18 GESTES MARQUEURS ETUDIES POUR LES ACTES DE CHIRURGIE AMBULATOIRE**

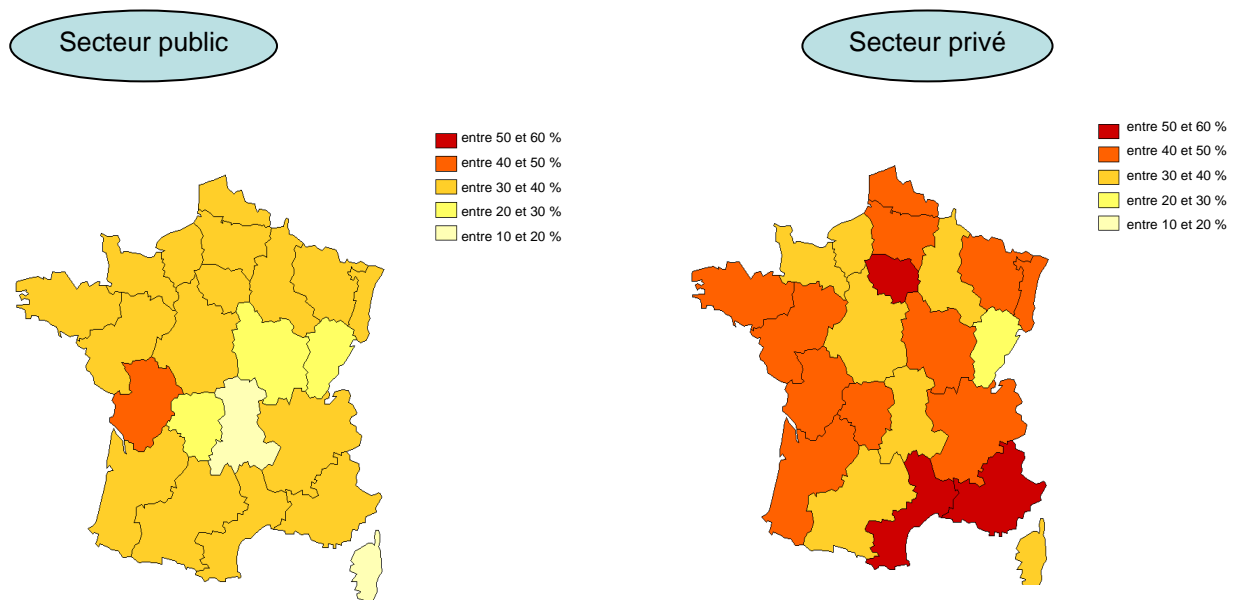
Spécialité chirurgicale	18 interventions chirurgicales	Taux ambulatoire 2005	Taux cible
Ophtalmologie	Cataracte	53%	85%
	Strabisme	20%	85%
Orthopédie	Arthroscopie genou	36%	85%
	Canal carpien	82%	85%
	Dupuytren	57%	85%
Vasculaire	Varices	24%	85%
Chirurgie générale et digestive	Hernies ouvertes adulte	5%	85%
	Hernies sous coelioscopie	3%	85%
	Chirurgie anale	8%	85%
	Tumeurs anales	41%	85%
ORL et maxillo-faciale	Végétations et amygdales	64%	85%
	ORL	12%	85%
	Extractions dentaires	62%	85%
Infantile	Phimosi	88%	85%
	Chirurgie testiculaire	45%	85%
	Hernies ouvertes enfant	47%	85%
Gynécologie	Coelioscopie gynécologique	1%	85%
	Sein	12%	85%
	<b>Total</b>	<b>43%</b>	<b>85%</b>

Source : Observatoire national de la chirurgie ambulatoire de la CNAM – Données PMSI

Répartition régionale du potentiel de développement ambulatoire des 5 gestes marqueurs les plus fréquents en 2005



Chirurgie ambulatoire - Taux ambulatoire sur les 18 gestes marqueurs en 2004



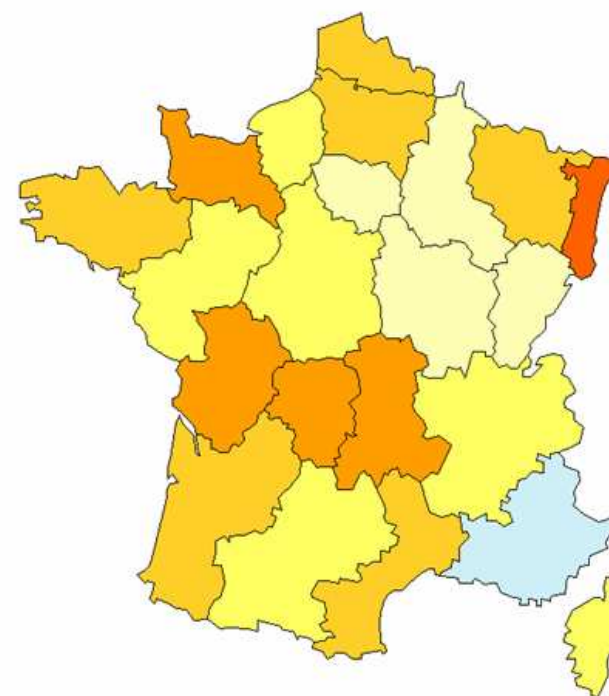
Source : Observatoire national de la chirurgie ambulatoire de la CNAM – Données PMSI

Évolution du nombre de séjours d'hospitalisation de jour  
Période mars-juin 2005 / mars-juin 2006

Secteur public



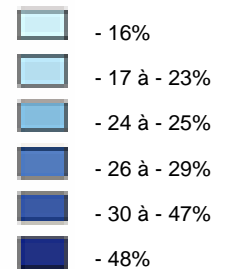
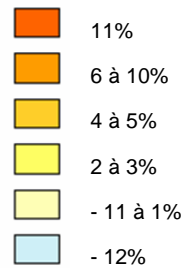
Secteur privé



**Évolution Nombre de séjours d'hospitalisation de jour  
Etablissements publics**  
Période mars-juin 2005 / mars-juin 2006

Taux de croissance  
du nombre de séjours  
Inférieurs à 24 h et sans nuitée

Taux de croissance  
du montant des consultations  
externes



Source : Données PMSI

## **Annexe 5 - LA TARIFICATION A L'ACTIVITE (T2A)**

---

La Loi de financement de la Sécurité Sociale et le Plan hôpital 2007 ont introduit, pour les établissements de santé publics et privés, une réforme du financement de l'offre de soins : la tarification à l'activité (T2A). Elle consiste à rémunérer un établissement en fonction de l'activité de soins distribués aux patients sur la base des informations médicales issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et non plus sur la durée des séjours (prix de journée) et des forfaits techniques (environnement, bloc opératoire...).

Ainsi chaque séjour hospitalier est répertorié par pathologie, appelée groupes homogènes de malades (GHM) (par exemple la chirurgie de la cataracte). De manière générale, à chaque groupe homogène de malades correspond un tarif national (GHS) qui rémunère l'ensemble des soins et des traitements administrés au malade et ce, quelle que soit la durée du séjour (à l'exception de certains produits de santé inscrits sur une liste spéciale). La T2A concerne uniquement les services de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

Dans les **établissements publics**, la T2A remplace progressivement le système de dotation globale. En effet, la tarification à l'activité représentait 10 % du budget en 2004, 25 % en 2005, 35 % en 2006 et 50% en 2007, le reste étant en dotation complémentaire (DAC). Ce nouveau mode de financement repose sur un financement mixte : les missions de soins sont progressivement financées à l'activité tandis que les missions d'intérêt général (recherche, enseignement, innovation, précarité) demeurent financées par dotation.

Dans les **établissements privés** à but lucratif, la tarification à l'activité représente 100 % du financement depuis le 1<sup>er</sup> mars 2005. Pour ces établissements déjà rémunérés à l'activité, la T2A remplace l'ancien système de tarification à la journée (OQN). Lorsqu'un patient est hospitalisé dans un établissement privé, la facture comprend un GHS, une partie relative aux consommations intermédiaires (médicaments coûteux, prothèses) et une partie comportant l'ensemble des honoraires médicaux.

### **QU'EST-CE QU'UN GROUPE HOMOGENE DE MALADES (GHM) ET UN GROUPE HOMOGENE DE SEJOURS (GHS) ?**

Un groupe homogène de malades représente un type de séjour dans un établissement pour une pathologie et une prise en charge données. Il est obtenu à partir des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) à l'aide d'un logiciel dit « groupeur ».

**A chaque groupe homogène de malades correspond principalement un tarif dit groupe homogène de séjours (GHS) auquel l'établissement peut appliquer des coefficients correcteurs :**

- un coefficient géographique qui permet de prendre en compte des spécificités qui pèsent sur les coûts de fonctionnement (par exemple surcoût de la valeur immobilière pour les hôpitaux parisiens),
- un coefficient haute technicité destiné à rémunérer les soins particulièrement coûteux,
- un coefficient de transition pour accompagner la réforme qui permet de compenser les écarts tarifaires jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2010.

**A noter, les établissements du secteur public appliquent uniquement le coefficient correcteur géographique.**

Il existe quelques cas où un groupe homogène de malades donne lieu à plusieurs tarifs donc plusieurs groupes homogènes de séjours ; par exemple le GHM « soins palliatifs » se décompose en trois tarifs donc en trois GHS.

Il existe environ 700 GHM.

Le tarif GHS est un forfait national tout compris incluant des prestations d'hébergement et d'environnement technique (frais de salle d'opération, soins,...).

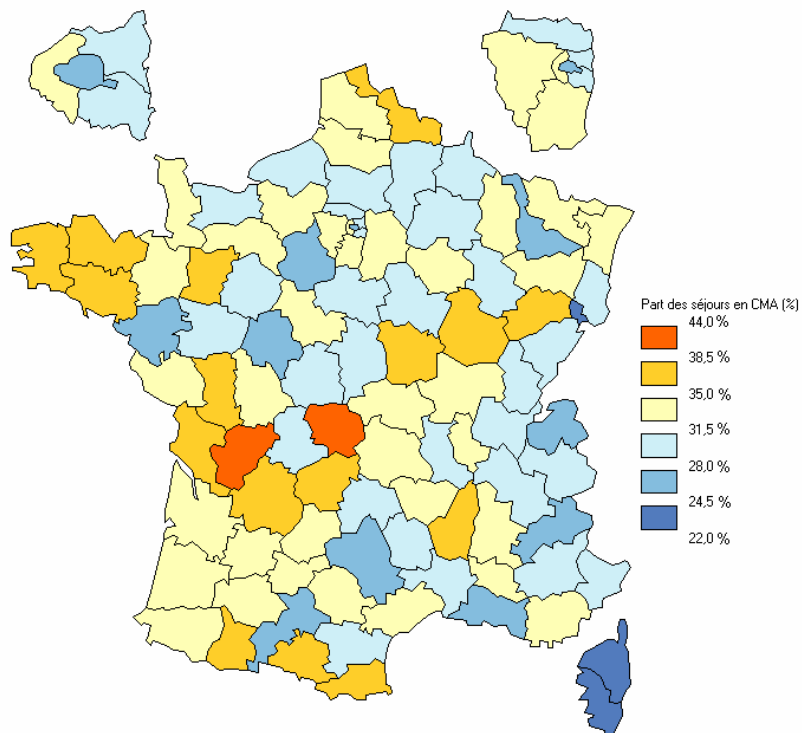
L'établissement peut facturer un GHS dès lors qu'un patient a été admis dans un lit d'hospitalisation ou une place d'hospitalisation de jour ou de nuit dans un service de médecine, chirurgie ou obstétrique.

**Les prestations suivantes bénéficient d'une rémunération spécifique :**

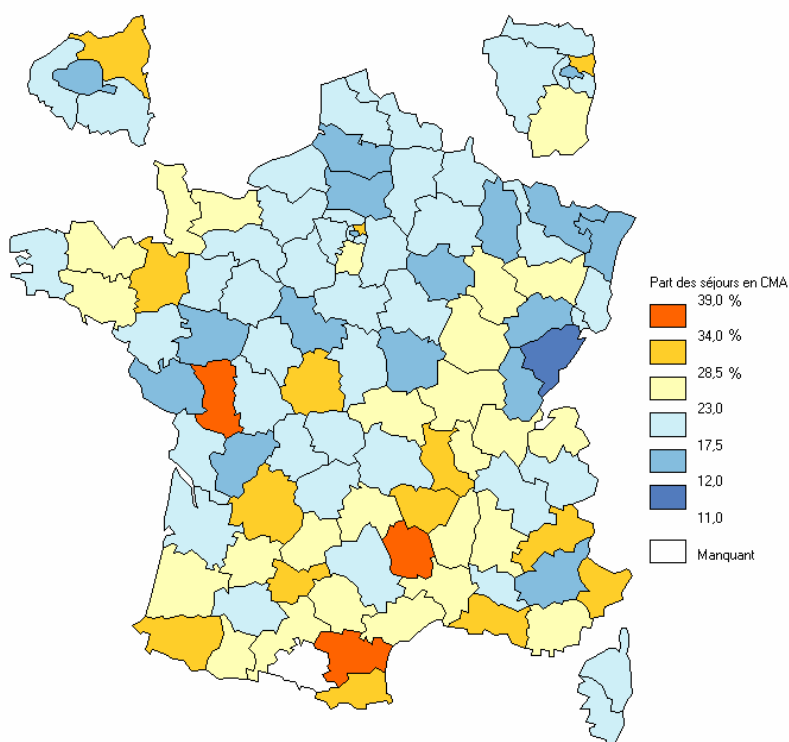
- certains frais de consommations intermédiaires (LPP/prothèses, médicaments coûteux),
- les forfaits techniques d'imagerie (scanner/IRM...),
- les forfaits IVG (interruption volontaire de grossesse),
- les forfaits de séance de dialyse, les passages en urgence, les hospitalisations de moins de 24 h en psychiatrie, les forfaits de prélèvements d'organes.

## Annexe 6 – APPLICATION DE LA TARIFICATION A L'ACTIVITE (T2A) PAR LES ETABLISSEMENTS DE SANTE EN 2005

**Part des séjours en CMA(S) en nombre de séjours pour les hôpitaux publics (DG) en 2005**



**Part des séjours en CMA(S) en nombre de séjours pour les cliniques privées (OQN) en 2005**



Source : Données PMSI