



Tarification de la chirurgie ambulatoire à l'étranger

Professeur Corinne Vons
Présidente de l'Association Française de Chirurgie
Ambulatoire

AP-HP; Groupe Hospitalier de Paris Seine Saint Denis
Hôpital Jean Verdier; Bondy

La dotation globale (DG)

- Financement des établissements publics de santé sur **le mode de la dotation globale** initial utilisé jusqu'à 2004
 - Forfait journalier multiplié par le nombre de journées annuelles de soins réalisés par l'établissement
 - Reconduction d'année en année

Effets « collatéraux » de la DG

- Augmentation durées d'hospitalisation,
- **Occupation les lits** et non l'activité de soins

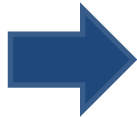
Révision du mode de financement des établissements de soins

- Objectif de neutralité tarifaire:
 - Tarifs adaptés aux coûts
 - Sans effets collatéraux:
 - Sans changement des comportements des médecins
 - Sans modification de la qualité des soins

La tarification à l'activité (T2A)

- **Principes**

- A chaque séjour un diagnostic principal
- Tarification au coût moyen observé pour le séjour selon le diagnostic principal



Vertus incitatives espérées!!! (théoriques*):

* Shleiffer 1985

- Amélioration de l'efficacité
- **Diminution du coût** du séjour
 - réduction des examens, procédures moins coûteuses
 - Réduction des durées de séjour, « rotation des lits »

Effets « pervers » de la T2A (1)

– Réponses des directeurs d'établissements par « **effet** » **recettes**, et **non par diminution des coûts**

- Augmentation du nombre des séjours hospitaliers: 18 millions en 2002 à 21,5 millions en 2009

– Absence d'amélioration de l'efficacité, d'amélioration de

- l'organisation : dispersion des soins (plus rémunératrice)
- la pertinence des soins : soins inappropriés (plus rémunérateurs)
- du cadrage du parcours de soins: répétition des soins



Eloignement du modèle théorique « d'incitation » à l'efficacité

Effets « pervers » de la T2A (2)

- **Freins au développement de la chirurgie ambulatoire**

1- Effet de la borne basse des séjours en hospitalisation conventionnelle

Pour ne pas diminuer les recettes, les directions incitent les chirurgiens à garder les patients autant de jours que ceux fixés par la borne basse

2- Effet de la rémunération selon le niveau de sévérité

Pour avoir la meilleure recette, on incite les chirurgiens à ne pas faire d'ambulatoire en cas de comorbidité associée

- Effet recette mis en avant, pas réduction des coûts

Financement **idéal** des établissements de soins par l'assurance maladie

- Sans effets « collatéraux néfastes »
 - sur l'activité
 - sur la qualité, la pertinence, des soins
- Au contraire avec des effets incitatifs bénéfiques pour le patient (et les coûts globaux)
 - De « cadrage » des comportements non pertinents
 - D'incitations à l'amélioration de la qualité des soins
 - D'incitation à des innovations techniques et de mode de prise en charge

Synthèse et
recommandations

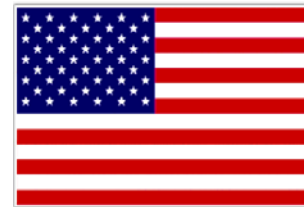
Tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger
État des lieux et perspectives

juin 2013

Nouveaux principes tarifaires proposés



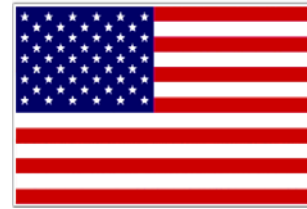
à l'étranger*



* Rapport d'orientation de la HAS; tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger; **Isabelle HIRTZLIN**



La tarification normative



- **Objectif:** traitement **le plus approprié** au patient et à sa pathologie, en privilégiant l'efficacité
- **Moyens:**
 - S'affranchir des *tarifs basés sur les coûts moyens sans relation avec le contenu de la pratique*
 - Utiliser des principes tarifaires incitatifs *adaptés à l'objectif poursuivi*
- Deux types de tarification normative:
 - Tarification à la meilleure pratique (**Best Practice Tariff**) en Grande Bretagne
 - Tarification à l'épisode de soins (**Bundled Payment**) aux USA

Best Practice Tariff



Tarification à la meilleure pratique (Best Practice Tariff)

- Inciter les « offreurs de soins » à
 - produire des soins de qualité et coût-efficaces
- Détermination
 - La pratique d'excellence, ou *a minima* d'une bonne pratique,
 - Le coût de cette pratique **plutôt que les coûts moyens observés**
- Pour la chirurgie ambulatoire :
 - 2010 : 2 procédures
 - 2011 : 14 procédures
 - 2012: 15 procédures

Tarifification à la meilleure pratique Chirurgie ambulatoire



Best Practice Tariff

- Véritable changement de paradigme
 - **Après le tarif identique** au coût moyen pour la chirurgie ambulatoire,
 - 1) évaluation de la bonne pratique et des ressources à engager pour l'atteindre.
 - 2) **Rétablissement de deux tarifs** pour la chirurgie ambulatoire et la chirurgie conventionnelle
- Tarif de la **chirurgie ambulatoire plus élevé (incitatif) que celui de la chirurgie conventionnelle**, en tenant compte du taux d'atteinte de l'objectif cible (taux de chirurgie ambulatoire à atteindre sur le territoire)

Best Practice Tariff



BPT	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14
Acute stroke	Introduced	Increased price differential	Further increase in price differential	Split of some HF differentiate betw patients with and complications
renal dialysis		Vascular access for haemodialysis	Home therapies incentivised	Maintained
Cataracts	Introduced and maintained			Status changed to non-mandatory
Daycase procedures	Gall bladder removal	12 further procedures added	Two further procedures added, breast surgery procedures amended and revision to some day case rates	One further procedure added, hernia and breast surgery procedures amended
Diabetic ketoacidosis and hypoglycaemia				Introduced
Early inflammatory arthritis				Introduced
Endoscopy procedures				Introduced
Fragility hip fracture	Introduced	Increased price differential	Further increase in price differential and expansion of best practice characteristics	Maintained
Interventional radiology		Two procedures introduced	Five further procedures added	Maintained

Table 1. Day case BPT improvement during 2011/12



Best Practice Tariff

Procedure name	Q1 2011/12 day case rate	Q4 2011/12 day case rate	Improvement in day case rate in 2011/12	Target day case rate
Cholecystectomy, BP02	41%	44%	3%	60%
Umbilical hernia, BP10	69%	72%	3%	85%
Repair of inguinal hernia, BP11	67%	69%	2%	95%
Recurrent inguinal hernia, BP12	55%	55%	0%	70%
Femoral hernia, BP13	65%	70%	5%	90%
Gynae-urology, BP14	39%	45%	6%	80%
Arthroscopy of shoulder, BP15	66%	72%	6%	80%
Bunions, BP16	54%	66%	8%	85%
Dupuytren's fasciectomy, BP17	79%	83%	4%	95%
Endoscopic prostate, BP18	1%	2%	1%	15%
Prostate by laser, BP19	13%	15%	2%	90%
Sentinel node, BP08	34%	44%	10%	80%
Simple mastectomy, BP09	5%	8%	3%	15%

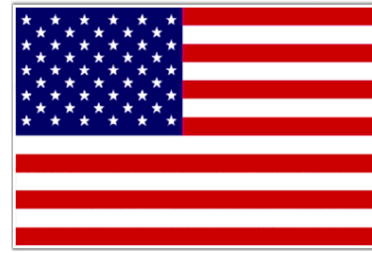
Source: Audit Commission

Résultats préliminaires



1. Globalement augmentation progressive et continue des taux de chirurgie ambulatoire, mais inégalement selon la procédure
2. Audit des « fournisseurs de soins »: pour certains, le tarif n'était pas suffisant, ou suffisamment expliqué pour être incitatif
 1. Investissement des cliniciens nécessaire
 2. Adhésion au projet,
 3. Compréhension
 4. *Reporting* régulier ...
3. « Problème »: Financer la meilleure pratique peut être plus cher (Problème!)

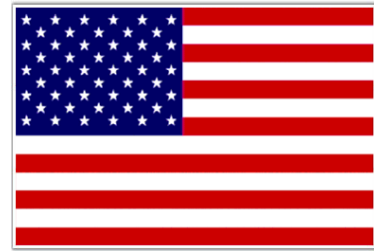
Taxation à l'épisode de soins (Bundled Payment)



Bundled Payment

- Conçue aux USA pour éviter la multiplication des actes
- Paiement unique **pour l'ensemble des soins** dont a besoin le patient pour un épisode pathologique, plutôt que de payer chacun des médecins ou paramédicaux impliqués
 - Tarif inférieur à la somme de celles données antérieurement à chaque acteur
 - Prise en compte du coût des évènements aléatoires (non évitables), mais pas des complications techniques (évitable) qui sont à la charge des « producteurs de soins »
 - Contrat avec assureur (Medicare) qui a calculé le coût de l'épisode de soins à l'aide de sa base de données
 - Nécessité d'une coordination entre les acteurs pour se répartir la somme globale

Trois programmes testés



- 1990 **Medicare**: pontage coronarien
- 2006 **Programme Prometheus**: 10 interventions chirurgicales
- 2006 **Geisenger' ProvenCare**: système de soins intégré pour le pontage coronarien

Résultats préliminaires (1)



- Difficultés de mise en place, de récupération des informations, de coordonner les acteurs
 - Nécessité d'une mise en place progressive, d'une phase d'expérimentation préalable
- En chirurgie, intérêt pour les interventions
 - Coûteuses,
 - Nombreux acteurs,
 - Exemple pontage coronarien

Résultats préliminaires (2)



- Testé pour des interventions ambulatoires (Prometheus)
 - Intervention adaptée
 - Étapes du chemin clinique définies et validées
 - Puis coût de l'épisode de soins calculé
- Incitation à la qualité: les réadmissions ne sont pas « payée » mais incluses dans l'épisode de soins
- Pas d'incitation vraie à la prise en charge ambulatoire

Conclusion (1)



- Financement des établissements de soins par la caisse d'assurance maladie pour rembourser leurs dépenses liés aux séjours hospitaliers a longtemps été neutre et adapté aux coûts moyens
- Mais depuis la T2A, des effets « pervers » ont été observés, avec des directeurs des hôpitaux cherchant surtout à augmenter les recettes plutôt qu'à diminuer les coûts

Conclusion (2)



- Dès lors, sont recherchés des modes de financements plus pédagogiques (signal prix), incitant au contrôle des coûts, mais aussi à la qualité des soins, et la sécurité des patients
- L'idée est donc de s'affranchir progressivement des tarifs fondés sur le coût moyen et de privilégier des tarifs fondés sur les pratiques définies comme les plus efficaces, et ainsi d'inciter la production de soins appropriés, de qualité, et efficaces.

Conclusion (3)



- La chirurgie ambulatoire, parce qu'elle s'appuie sur des protocoles standardisés, sur un chemin clinique incluant tous les intervenants, pourrait être financée selon des modalités incluant à la fois les principes
 - d'une **tarification à la meilleure pratique** (best practice tariff) telle que développée en Grande-Bretagne et
 - Du paiement à l'épisode de soins (bundled payment) mis en place aux États-Unis pour rémunérer l'ensemble de la prise charge ambulatoire, de la confirmation du diagnostic aux éventuelles ré hospitalisations.

Conclusion (4)



- Ce mode de tarification pourrait être testée sur certains interventions, comme par exemple la cure de hernie inguinale la cholécystectomie par laparoscopie, pour lesquels des chemins cliniques ont été validés

Effets « pervers » de la T2A (2)

