

# Activité de Chirurgie Ambulatoire

## Evolution entre 2009 et 2014

**F. SEGURET, C. MEUNIER**

*Unité d'évaluation et d'études épidémiologiques sur les bases nationales  
d'activité hospitalière – DIM, CHU Montpellier*

# Contexte/Objectif

## ❖ CONTEXTE

- **Développement des modes de prises en charge adaptés** à l'ambulatoire en chirurgie & anesthésie
- **Forte incitation des tutelles** pour le développement de la Chirurgie Ambulatoire (de l'identification de GHM spécifiques aux tarifs uniques)
- **Mesures tarifaires incitatives :**
  - **2009, 2012, 2013, 2014 : Passage en Tarif Unique (TU)** entre niveau « J » ambulatoire et niveau « 1 » des racines de Groupe Homogènes de Malades (GHM)
  - **2010, 2014 : Suppression de la Borne Basse du niveau 1**

## ❖ OBJECTIF

**Décrire l'évolution de la chirurgie ambulatoire entre mars 2009 et juin 2014** dans les établissements de soins français

**Situer d'éventuelles modifications** par rapport aux **mesures incitatives** prises sur la période

# Eléments de méthode

## ❖ Données :

- **Base Nationale PMSI ; 2009 – 2014 (M6)** groupée en V11 (*BDHF-FHF*, Source ATIH)

## ❖ Calcul du taux de chirurgie ambulatoire mensuel :

### ➤ *Selon le périmètre*

- **Toute Chirurgie (GHM en « C ») de niveau J/1**

*À l'exclusion de racines avec changement de périmètre complexe sur la période (1% des séjours)*

- **Par groupe de racines/année de mesures incitatives et selon que la racine possède un niveau J et /ou une BB pour le niveau 1**

**2009 :** sur racines crée d'emblée en **Tarif Unique J/1**

**2012 :** **Tarif Unique** sur racines :

- avec niveau « J », avec et sans BB
- sans niveau « J » avec BB

**2013 :** **Tarif Unique**

- avec niveau « J » avec et sans BB
- avec niveau « J » avec **BB supprimées en 2010**
- sans niveau « J » avec BB
- racines créés en 2013 d'emblée en **Tarif Unique** entre J/1

**2014 :** **Tarif Unique**

- avec niveau « J » avec et et sans BB
- avec niveau « J » et avec **BB supprimées en 2010**
- sans niveau « J » et avec BB

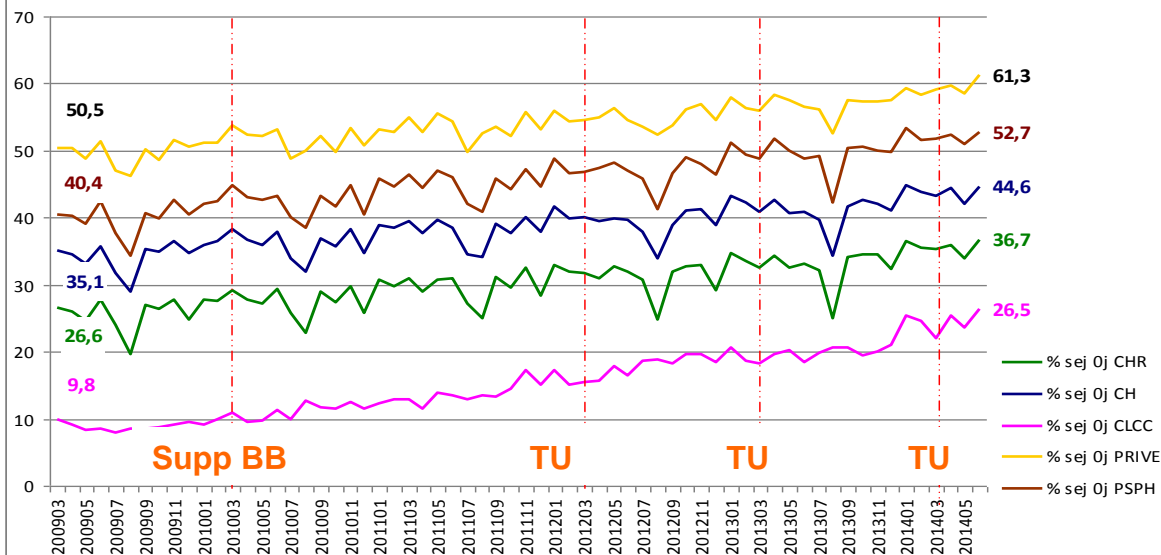
**+ Suppression de la BB de toutes les racines de chirurgie niveau 1**

### ➤ *Avec prise en compte des facteurs de variations*

- **Taux bruts et standardisés** sur l'éventail des cas (casemix) Base Nationale
- Par catégorie d'établissements : CH, CHU, PSPH, Privé

# Taux de chirurgie ambulatoire brut & standardisé (Toutes Racines J/1)

Chirurgie ambulatoire de niveau J/1 (toutes racines) par catégorie  
entre 2009 et 2014 : Taux brut



## Objectif de planification :

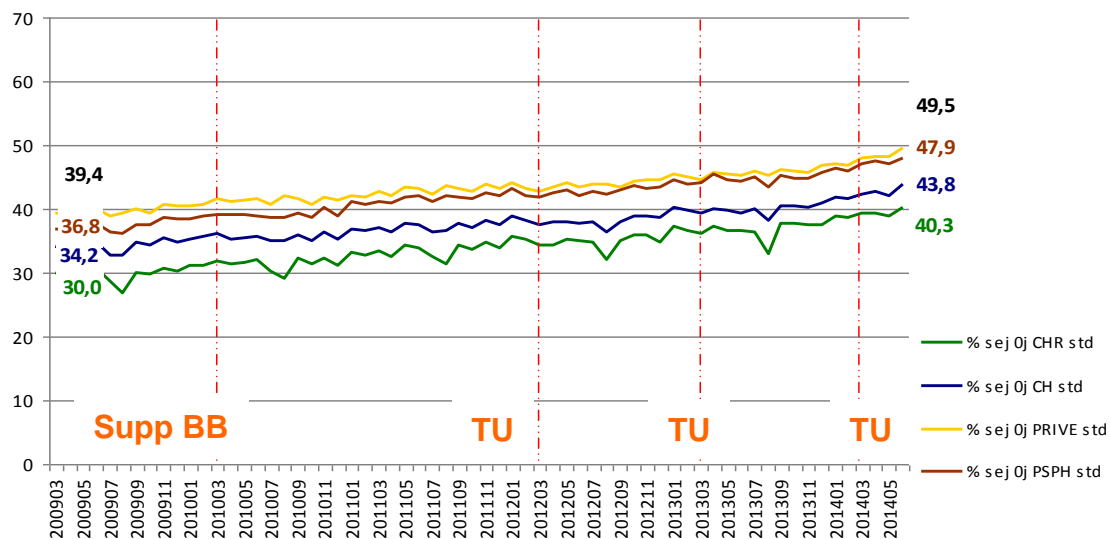
- Tx brut CA 2014 : entre 26,5% et 61%
- Progression
  - 160% (CLCC)
  - 38% (CHU)
  - 30% (PSPH)
  - 27% (CH)
  - 21% (Privé)

## Objectif de comparaison :

En tenant compte de l'éventail des cas :

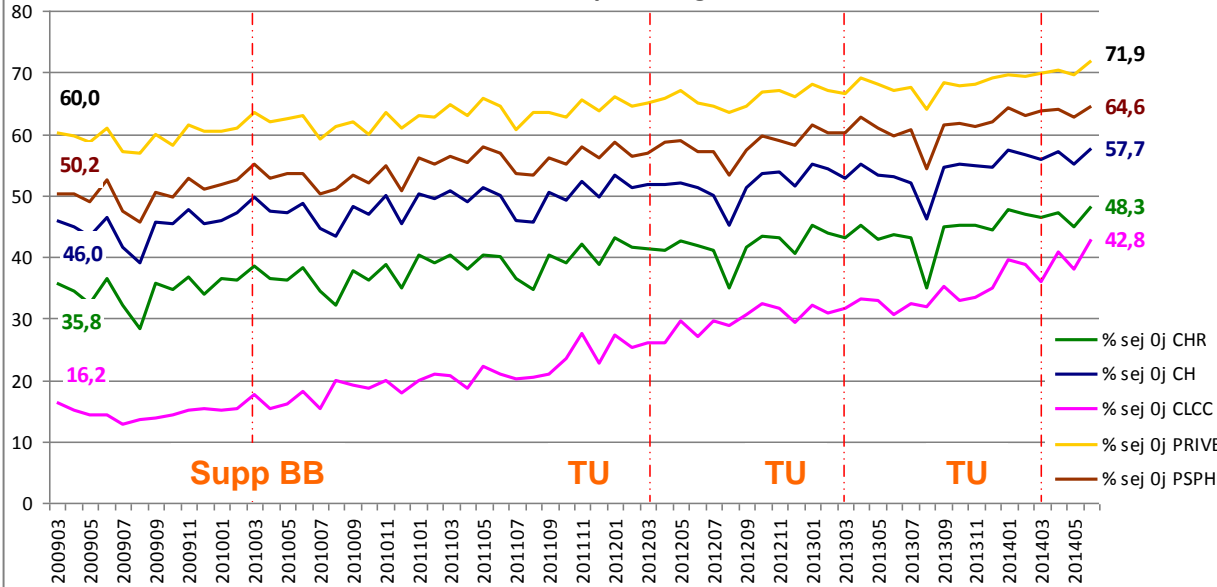
- Tx Std CA 2014 : entre 40,9% (CHU) et 50,1 % (Privé)
- Ecart 2014 au taux Privé
  - CHR : 9 pts (et non 25)
  - CH : 6 pts (et non 16)
  - PSPH : 1.6 pts (et non 8)

Chirurgie ambulatoire de niveau J/1 (toutes racines) entre 2009 et 2014  
Taux standardisé sur le case-mix en racines (éventail des cas)



# Taux de chirurgie ambulatoire brut & standardisé (Racines J/1 avec Mesures Incitatives)

Chirurgie ambulatoire (racines avec mesures incitatives)  
entre 2009 et 2014 par catégorie : Taux Brut



## Objectif de planification :

•Tx brut CA 2014 : entre 42.8 % et 72.1%

Hors urgences ;  
CH & PSPH : 66%  
CHR : 53 %  
Privé : 73 %

## •Progression

>160 % (CLCC)  
34% (CHU)  
26% (CH)  
25% (PSPH)  
18 % (Privé)

## Objectif de comparaison :

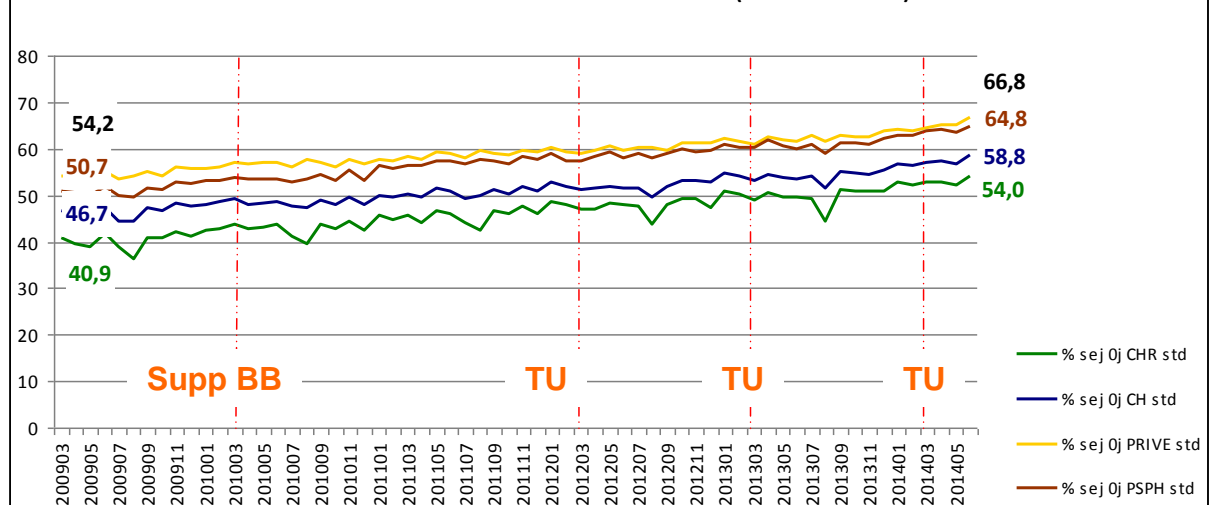
En tenant compte de l'éventail des cas :

• Tx Std CA 2014 : entre 54% (CHU) et 67% (Privé)

• Ecart 2014 au taux Privé

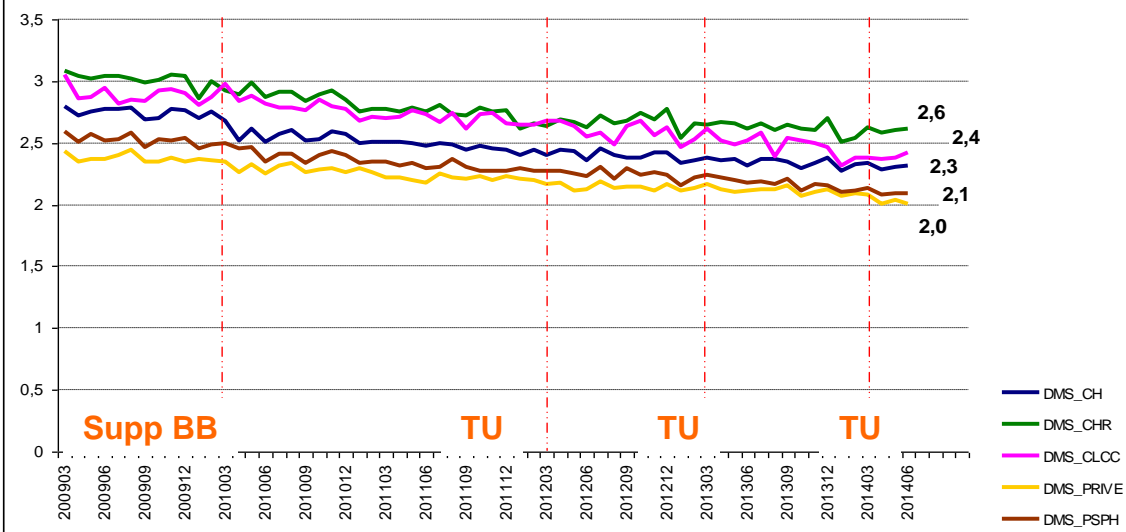
- CHR : 13 pts (et non 24)
- CH : 8 pts (et non 14)
- PSPH : 2 pts (et non 7.5)

Chirurgie ambulatoire de niveau J/1 (racines avec mesures incitatives) entre 2009 et 2014  
Taux standardisé sur le case-mix en racines (éventail des cas)



# Racines J/1 avec Mesures Incitatives : DMS brute & standardisée

Evolution entre 2009 et 2014 de la DMS brute des séjours de chirurgie de niveau 1 hors 0 nuit (racines avec mesures incitatives) par catégorie d'établissement

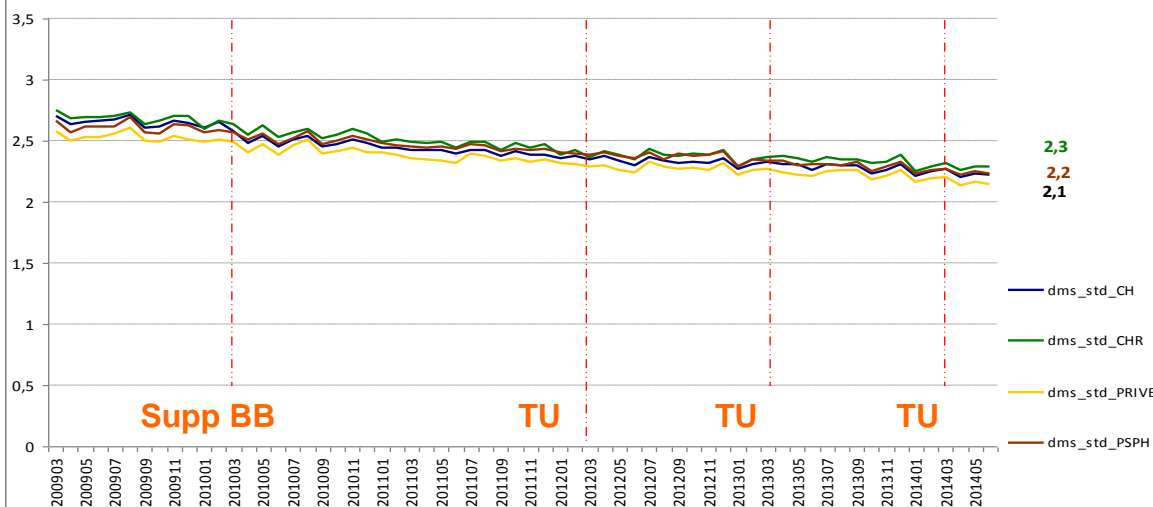


- DMS (brute) 2014 : entre 2.0 j (Privé) et 2.6j (CHU)

En tenant compte de l'éventail des cas :

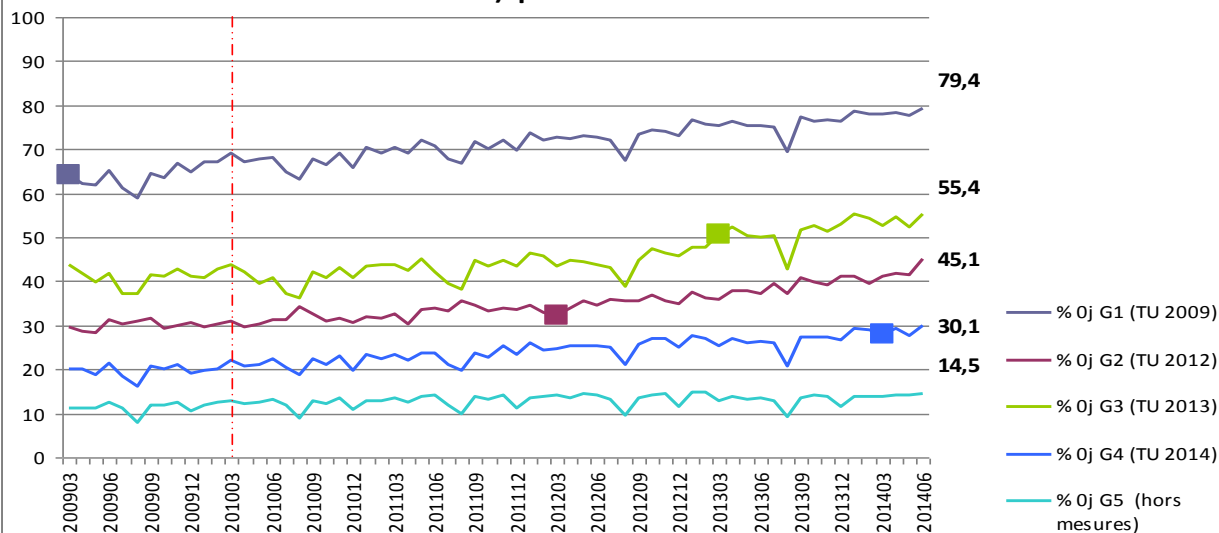
- DMS (std) 2014 : entre 2.15 j (Privé) et 2.3j (CHU)

Evolution entre 2009 et 2014 de la DMS standardisée (casemix) des séjours de chirurgie de niveau 1 (racines avec mesures incitatives) par catégorie d'établissement



# Tx brut par groupe de racines J/1 selon l'année de la mesure incitative

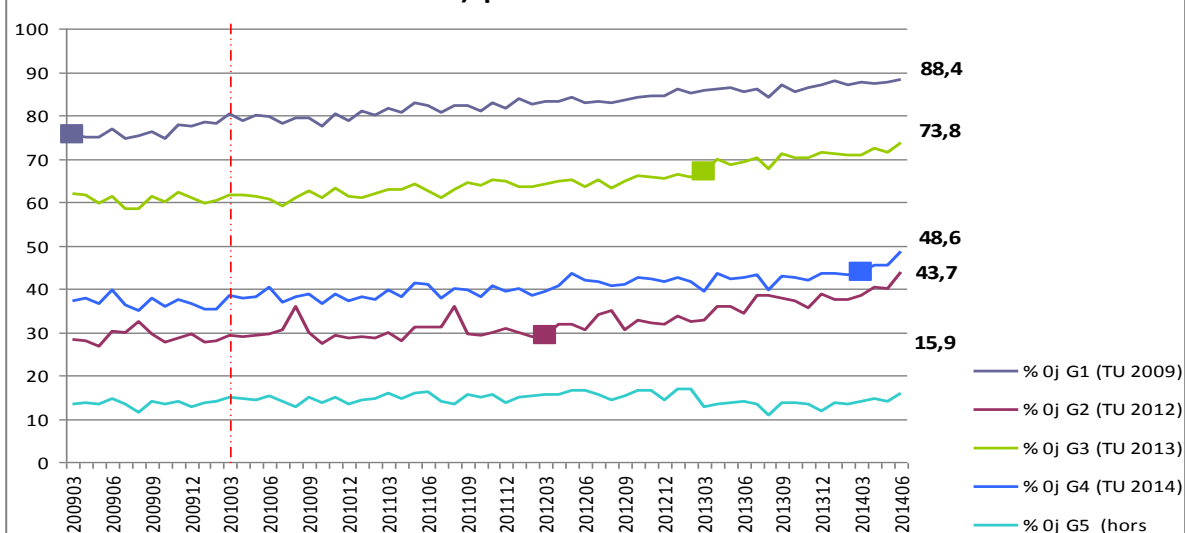
Evolution du taux bruts de chirurgie ambulatoire (racines avec mesures incitatives) par année de mesure : Public



## - Tx bruts CA en juin 2014 :

- Public : de 30% (groupe 4) et 79% (groupe 1)
- En CHU : 28% (groupe 4) et 74% (groupe 1)
- privés 44% (groupe 4) à 88% (groupe 1).

Evolution du taux bruts de chirurgie ambulatoire (racines avec mesures incitatives) par année de mesure : Privé



# Tx brut global et selon le type de racine (G2 : TU en 2012)

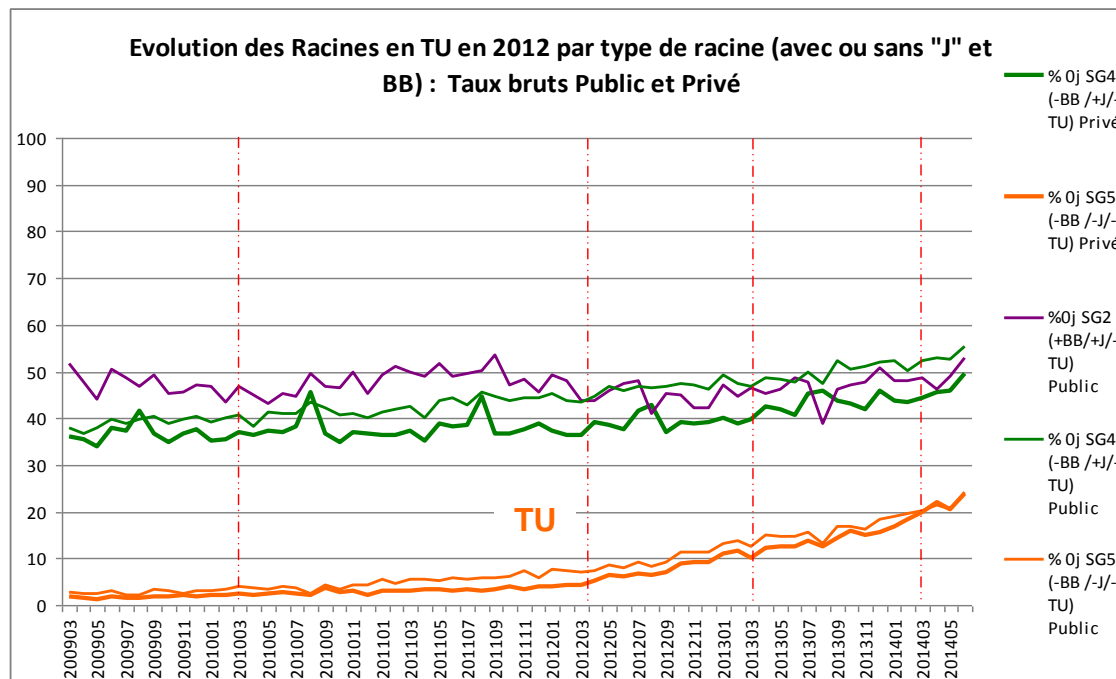
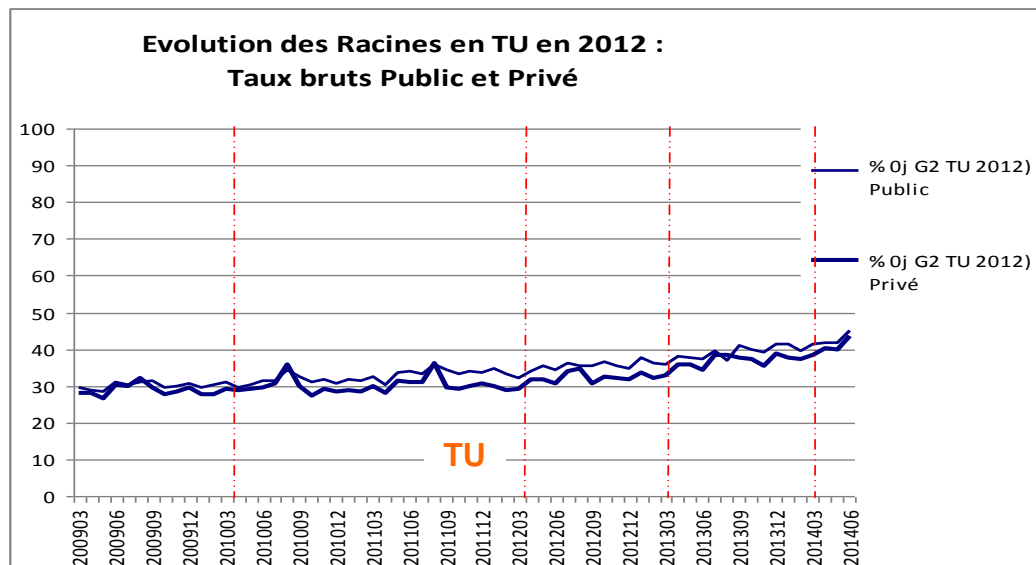
## Groupe : TU en 2012

(OPH hors aff. sévères /Rhinoplasties /FAV/Greffes peau /Résections osseuses/Arthroscopies/Interv. Testi hors TM /Conisations TM / Interv. CMF/ Cholécystectomies /Prostatectomies...)

- Public/ Privé : 28% (2009) à 44% (2014)

- Par type de racine : avec ou sans niveau « J », BB)

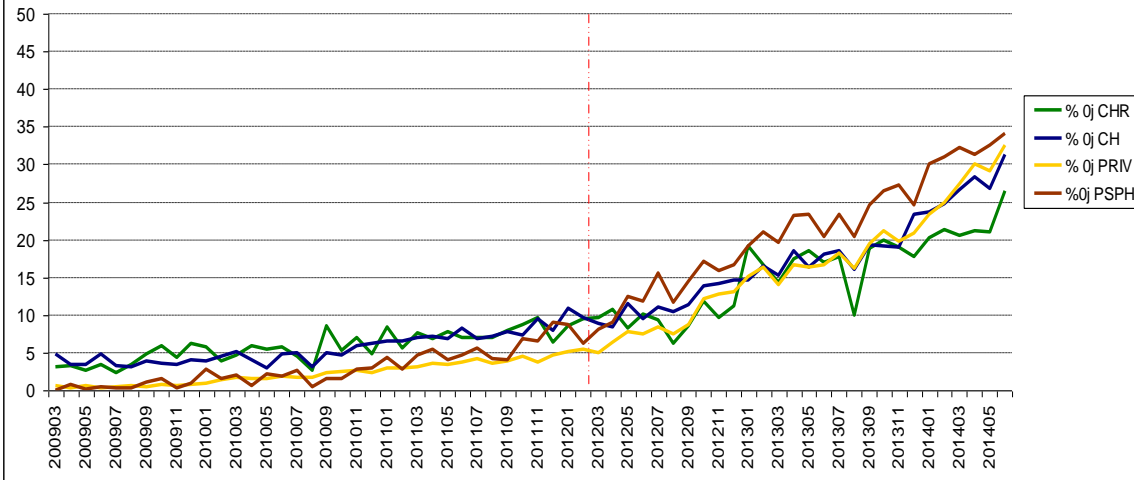
- Racines sans « J » avant 2012 :
  - + forte augmentation en 2012 (Public/ Privé)
  - début avec la suppression BB en 2010 ?
- Racines avec «J» : pas d'inflexion de la courbe





# Tx brut global et selon le type de racine (G2 : TU en 2012)

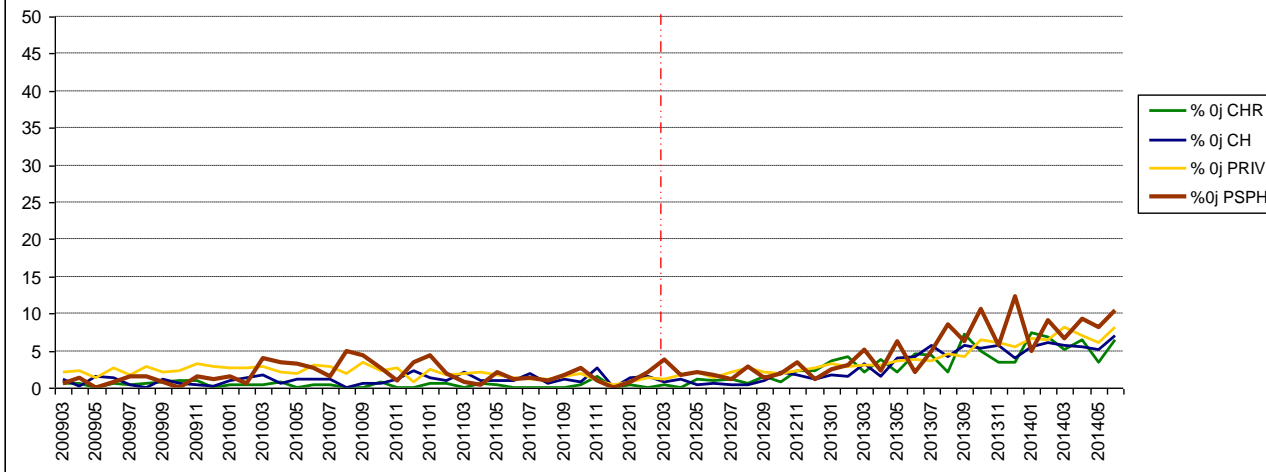
Evolution du taux bruts de cholecystectomies ambulatoire par catégorie  
(racine 07C14 : + BB/- J/TU en 2012)



## -Exemple de racines sans « J » avant 2012

- cholecystectomies : augmentation du taux de CA de manière continue.
- Prostatectomies transurétrales : Inflexion en mars 2003

Evolution du taux bruts de Prostatectomies transurétrales ambulatoire par catégorie  
(racine 12C04: + BB/- J/ TU en 2012)



# Tx brut global et selon le type de racine (G3 : TU en 2013)

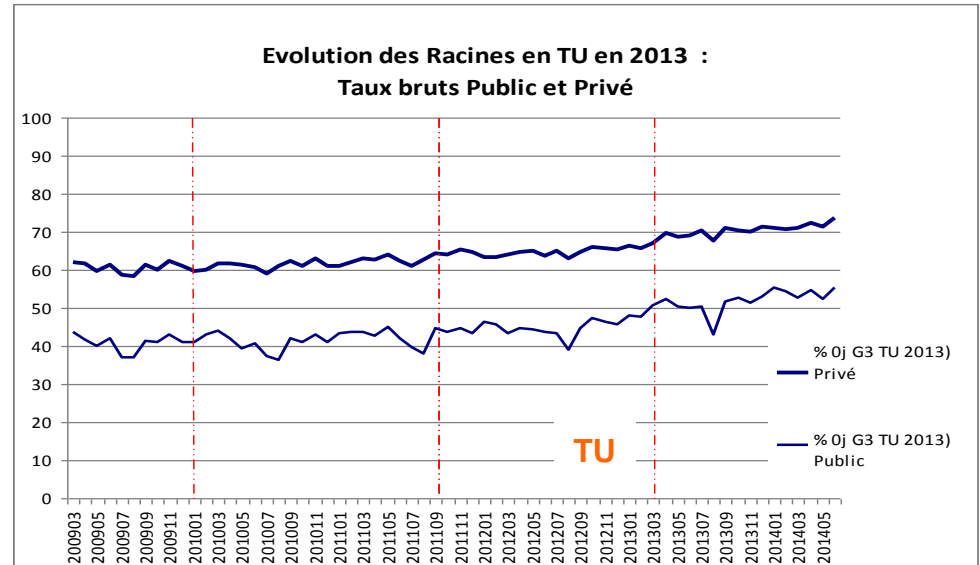
## - Groupe : TU en 2013 :

- racines avec « J »
- certaines créées en 2013

(OPH (cristallin+trabec., Interv. Muscul) / Hernies/Arthroscopie épaule/ Interv. Main & poignet/Interv. Rectum hors résections/ Interv. Pied/ Interv. Peau/sein..)

## Taux bruts :

- Public : 44 à 55%
- CHU : évolution parallèle de 38 à 53%
- Privé : 62% à 74%

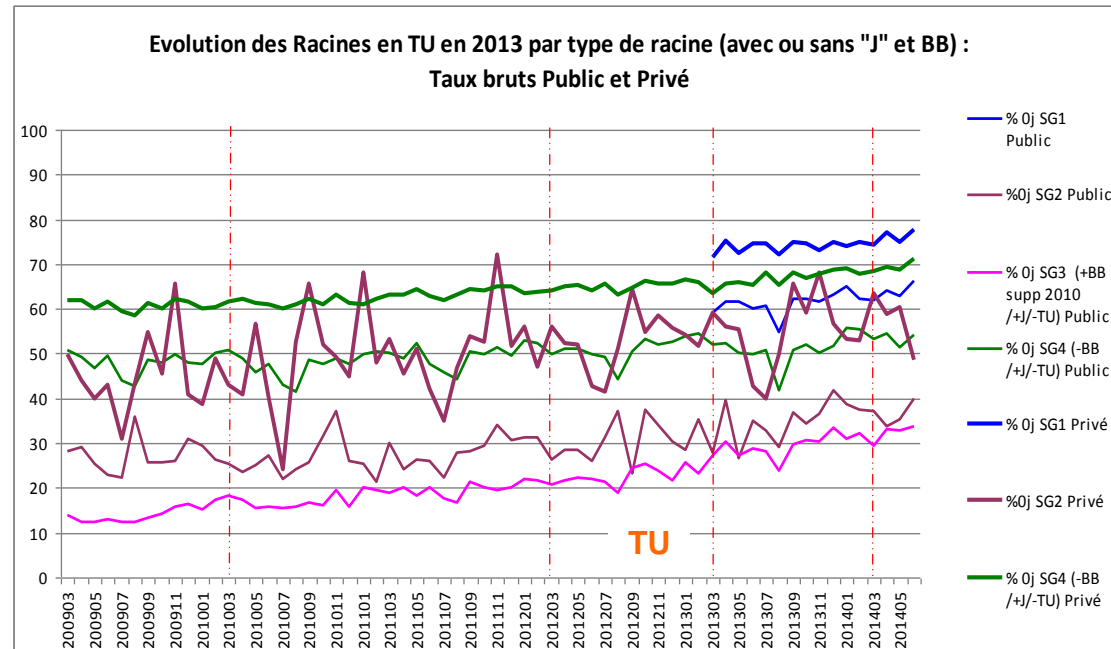


## - Par type de racine (avec ou sans BB)

- Augmentation croissante quel que soit le type de racine .

- Pas d'inflexion nette en 2013

- sans BB (vert)
- avec BB supprimée en 2010 (rose)
- avec BB supprimée en 2013 avec le TU (violet)
- racines créées en TU : taux de CA plus élevé (bleu)



# Tx brut global et selon le type de racine (G4 : TU en 2014)

**-Groupe : TU en 2014 +supp BB racines chirurgie niveau 1**  
**(OPH aff. Severes/ ORL/ Chir. Vasc./ stomies/ TM T. mous/ Eventrations/Interv. Membres sup &inf/ Mastectomies partielles / Interv. Uro-Genitales/ Lymphomes....)**

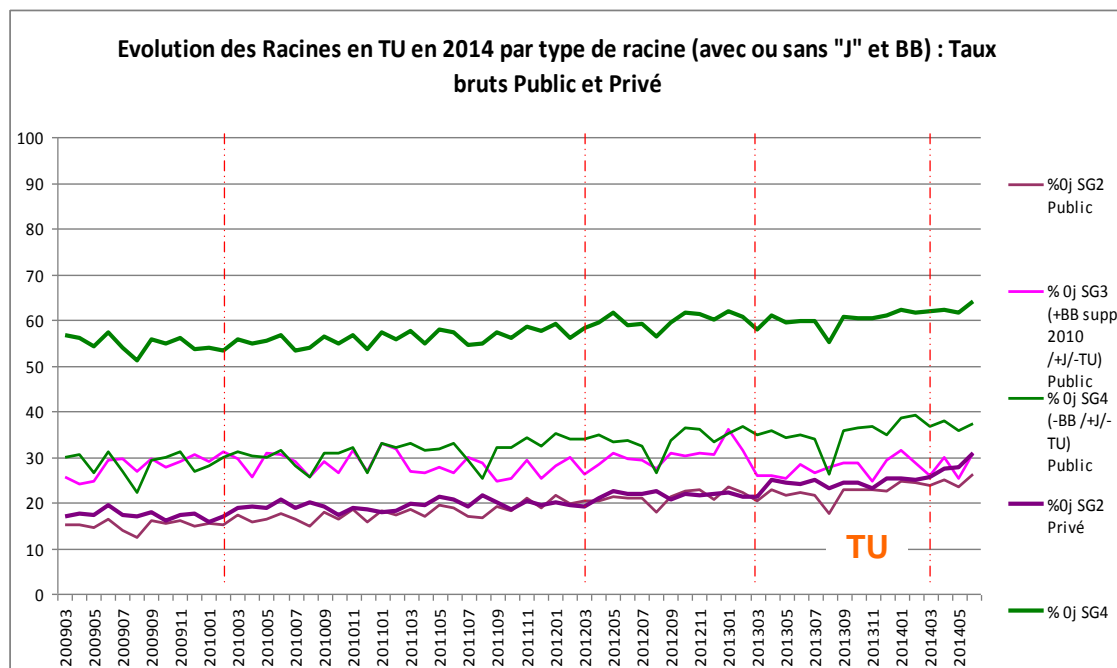
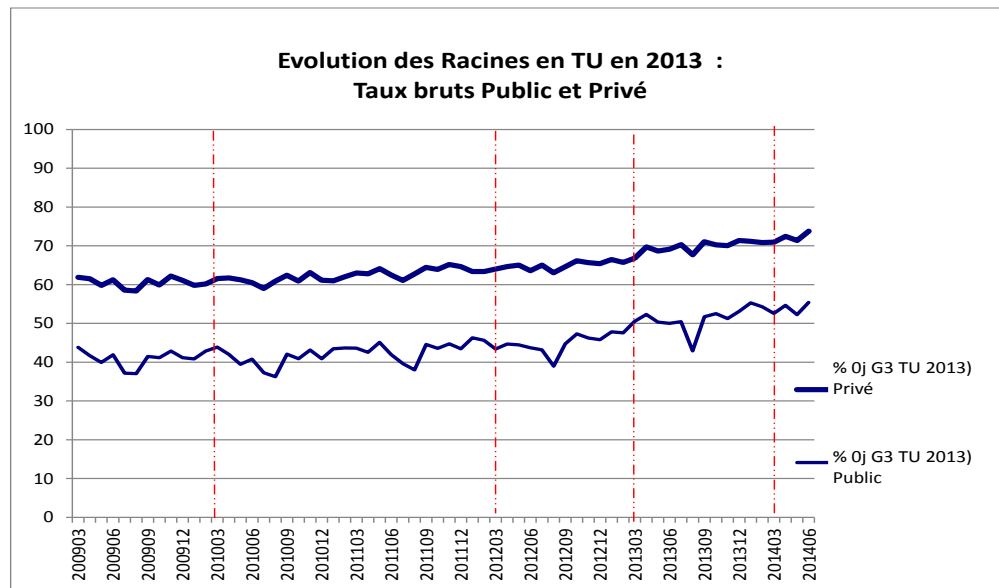
**Recul insuffisant pour évaluer impact sur le taux de CA**

- Public : 20 à 30%
- CHU : courbes voisines, parallèles
- Privé : 37% à 48.5%

**-Par type de racine (avec ou sans BB)**

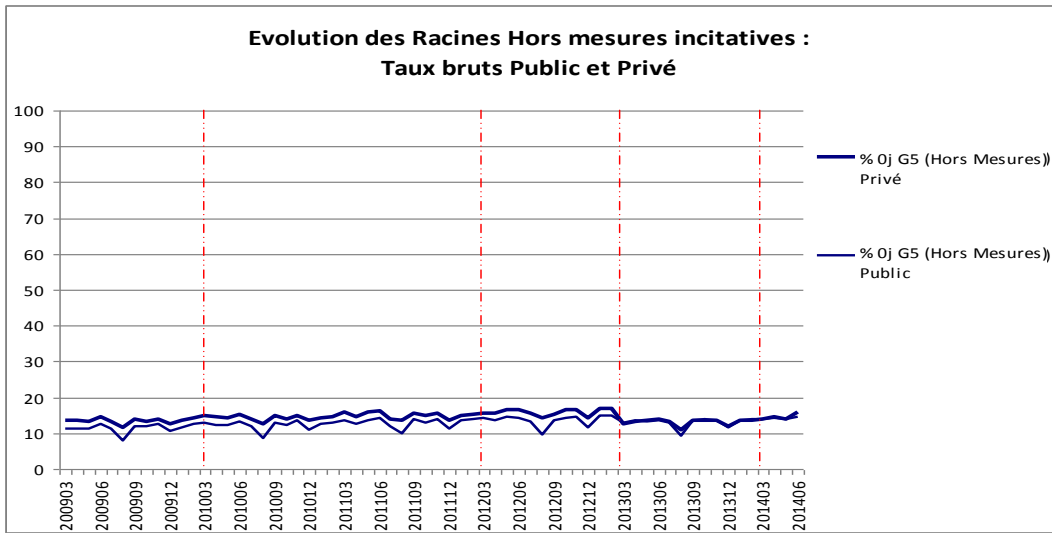
**- Augmentation régulière du Tx de CA jusqu'en 2014**

- racines avec « J » sans BB (vert).
- racines avec « J » avec BB supprimée 2010 (rose) : léger décrochage du taux de CA public (Interv. Nfs Craniens scindé)
- racines avec « J » avec BB supprimée avec le TU (violet)



# Potentiel ambulatoire : Racines J/1 sans Mesures Incitatives (Tx brut par groupes/année)

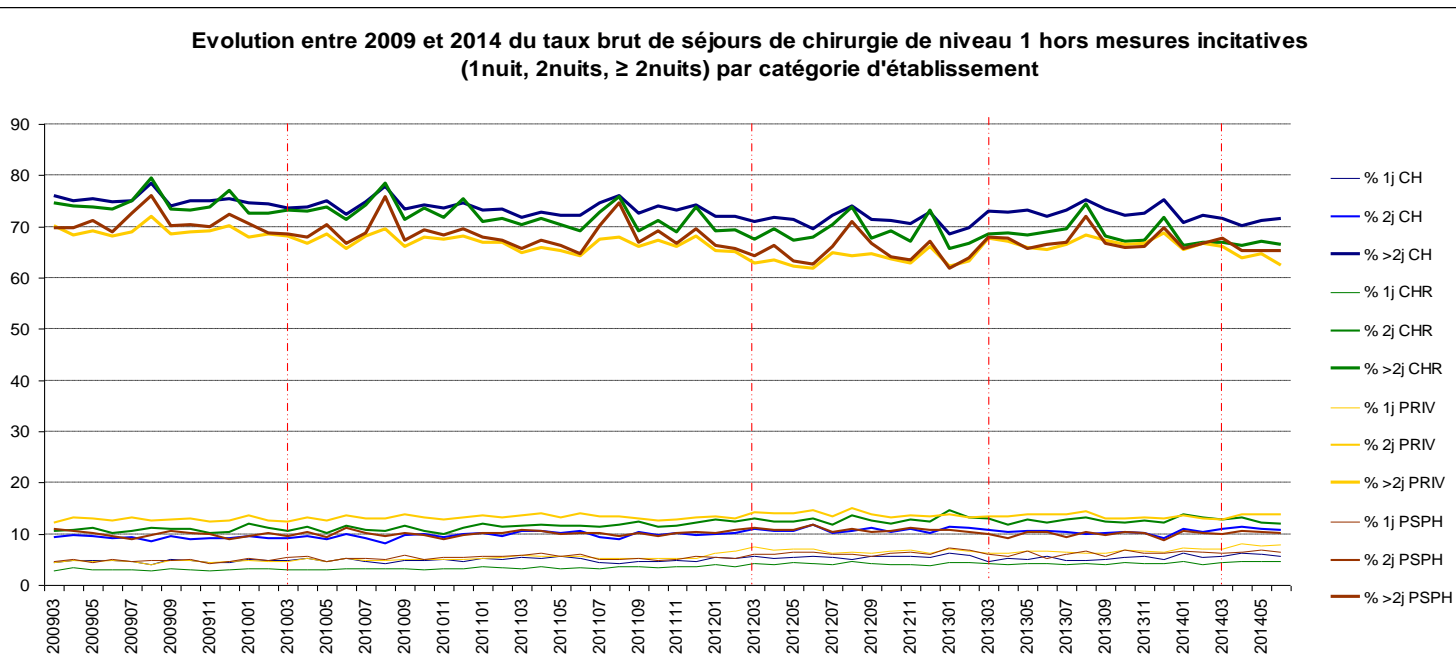
Evolution des Racines Hors mesures incitatives :  
Taux bruts Public et Privé



En 2014, les racines hors mesures représentent 31% des séjours en Public et 19% en privé

Le taux de séjours de en 2014 :  
 - >2 nuits entre 62 % et 71%  
 - 2 nuit entre 10% et 15%  
 - 1 nuit entre 5 à 9%

Evolution entre 2009 et 2014 du taux brut de séjours de chirurgie de niveau 1 hors mesures incitatives  
(1 nuit, 2nuits, ≥ 2nuits) par catégorie d'établissement



# Conclusion

## ❖ Limites

- Interprétation complexe en raison de
  - la **multiplicité des mesures avec effets variables**
  - sur des groupes de racines qui incluent des **pathologies très différentes**
  - avec des modifications annuelles de l'échelle des tarifs
  - Difficulté de prise en compte des **modifications de groupage**
    - racines exclues : Taux brut de CA  $\approx$  70% (public/privé) en 2014 (M6)
  - **Antériorité/Recul insuffisants** avant 2009 et après 2014 : interprétation descriptive seulement . Impact d'autres actions, tendance historique ?
- Impossibilité de prendre en compte la chirurgie en UCA


## ❖ Intérêt & synthèse

- Résultats sur un historique sur **5 ans ensemble des séjours de chirurgie publics et privés**
- Part des séjours de racines relevant en 2014 des mesures incitatives :
  - 2009 : Public : **29%** ; Privé : **46%**
  - 2014 : Public : **69%** ; Privé : **81%**

# Conclusion

## ❖ Intérêt & synthèse

- **Taux chirurgie ambulatoire augmente pour la plupart des racines de niveau J/1 avec mesures incitatives** entre 2009(M6) et 2014 (M6)
  - + 18% (Privé) à + 34% (CHU) (max. en CLCC)
  - + 10.5 pts sur la période
  - Taux de CA 2014 M6 : **Public : 55.5% ; Privé : 72%**
- **Dans le même temps le taux de CA de la chirurgie de niveau 1 et de l'ensemble de la chirurgie augmentent**
- **Descriptif avant/après les mesures :**
  - passage en TU : **effet par groupe de racines qui semble modéré** hormis en 2012 sur les racines sans niveau « J » (Gain max. de 22 pts). Mais **dilution des effets** parfois plus visibles si analyse par racine
  - Importance de la **dynamique**
- **Variation du Taux de CA niv J/1 en 2014 selon le type des établissements**
  - Brut : 37% (CHU) à 61% (privé) ;
  - Standardisé : 40% (CHU) à 49.5% (privé)

 **Lorsque l'objectif est la comparaison des établissements**

**Importance de standardiser les taux sur le casemix**
- **Réserve ambulatoire qui semble faible sur les racines sans mesures incitatives**

# Perspectives

- ❖ Renouveler l'évaluation avec **plus de recul** et **plus d'antériorité** (sur groupage artificiel antérieur à 2009)
  - ❖ en ciblant sur des pathologies
  - ❖ en testant la significativité des mesures en tenant compte de la tendance « historique » (effet des actions intercurrentes)
- ❖ Etudier **l'impact financier** des mesures
- ❖ Etudier les **facteurs de variation du taux de CA** (mais informations importantes indisponibles dans les bases)

***Merci de votre attention .....***

***Remerciements :***  
***FHF - BDHF pour la Base PMSI Nationale***