

PELVIMAG

Le magazine de la Société de Chirurgie Gynécologique et Pelvienne

n°57

FÉVRIER 2007

édito

La chirurgie ambulatoire et la T2A : le miroir aux alouettes !



Rédacteur en chef : Philippe Deboinance

Rédacteur adjoint : Malik Boukerrou

Comité de rédaction

Pierre Collinet, Philippe Descamps,
Henri Marret, Fabrice Pierre,
Alain Proust

N° ISSN 1266 - 6181

Pour toute correspondance

S.C.G.P. - 12 rue de Redon
35000 Rennes

Tél / Fax : 02 23 40 45 45

E-mail : scgp@wanadoo.fr
www.scgp.asso.fr



Société de Chirurgie Gynécologique et Pelvienne

On ne peut pas à la fois avoir la volonté de développer l'ambulatoire et pénaliser ceux qui veulent jouer le jeu.

Dans une synthèse, l'ANAES, en 1998, reconnaissait que la revue de la littérature économique ne permettait pas de trouver une valorisation satisfaisante des coûts indirects et extra hospitaliers et ne permettait pas non plus d'identifier des études coût-efficacité avec calcul de ratios. Elle estimait que le gain en terme de ressources mobilisées pour la chirurgie ambulatoire tenait essentiellement à la moindre durée d'hospitalisation. La synthèse des informations disponibles ne rendait pas compte de la réalité des gains économiques puisque n'étaient pas valorisés les coûts directs dans une logique de filière de soins et les arrêts de travail prescrits pour ne citer qu'eux. On estimait, à l'époque, qu'en France, 30% des actes chirurgicaux étaient réalisés en ambulatoire dans le secteur privé et seulement 5% dans le secteur public. Ce déséquilibre était, entre autre, mis sur le compte des modalités de tarification.

Avec l'arrivée de la T2A, non seulement on n'observe pas d'évolution en matière de chirurgie ambulatoire, mais plutôt un recul du à l'incitation à l'hospitalisation conventionnelle pour des actes relevant de l'ambulatoire.

Explication chiffres à l'appui. Si on analyse les actes réalisés en chirurgie gynécologique, on

peut estimer à 30% le nombre pouvant relever de l'ambulatoire.

En toute rigueur, on peut considérer comme relevant de la chirurgie ambulatoire les actes comme : la mise en place de bandelettes sous urétrales dans la cure d'incontinence urinaire, les hystérocopies chirurgicales pour le traitement de la pathologie endométriale bénigne, les interventions bénignes sur le sein avec notamment la tumorectomie pour nodule et tout curetage aspiration évacuateur pour grossesse interrompue du 1er trimestre. La tarification des ces différents GHM figure dans le tableau 1.

D'emblée, on constate que la tarification ne tient pas compte de la définition de l'ambulatoire qui est d'admettre une patiente le matin, de réaliser l'acte et d'autoriser sa sortie dans la journée, le tout ne dépassant pas les 12 heures. La différence de tarif se fait selon qu'un patient est hospitalisé moins ou plus de 2 nuits avec des différences substantielles selon les actes.

Prenons un seul exemple, celui des bandelettes sous urétrales qui se prête très bien à l'ambulatoire. La tarification passe de 1 349,70 € à 2 984,20 € soit un gain de 1 634,50 € si la patiente passe 2 nuits et même de 2 561,08 € pour peu qu'elle soit âgée de plus de 69 ans et qu'elle présente une pathologie médicale associée. Qui serait assez stupide pour ne pas faire bénéficier son hôpital et avec la gouvernance, son service, de cette manne si facilement gagnée ! Après

Acte	Moins de 48h soit moins de 2 nuits	Plus de 48h	Plus de 48h
		soit 2 nuits < 69 ans sans CMA	soit 2 nuits > 69 ans avec CMA
Hystérorésection	1 015,56 €	1 425,65 €	
Bandelette sous urétrale	1 349,70 €	2 984,20 €	3 910,78 €
Tumorectomie du sein	989,87 €	1 651,23 €	
Pathologie bénigne du sein	989,87 €	2 747,24 €	
Aspiration ou curetage pour fausse couche	662,47 €	1 488,08 €	

Tableau 1 : tarification en fonction des GHM

enquête verbale faite auprès de collègues du privé et du public, y compris et surtout les services universitaires dont certains reconnus pour leur spécificité en urogynécologie, il s'avère que dans la grande majorité, les patientes sont hospitalisées la veille de l'intervention et sortent après une nuit passée en post opératoire, ayant donc passé les deux nuits qui permettent de toucher le « jack pot ».

J'ai chiffré grossièrement le manque (ou selon, le trop) à gagner pour mon hôpital, pour toute l'activité (environ 400 interventions) réalisée « naïvement » sur une journée dans le service, à environ 600 000 €.

J'ai donc repris l'exemple des bandelettes sous urétrales pour chiffrer précisément leur coût au centre hospitalier de Dunkerque.

Les tarifs TTC, respectivement pour le TVT-O et TVT Secur, sont : la bandelette : 371,52 € vs 539,21 €, les médicaments : 15,26 € vs 7,82 €, le petit matériel utilisé : 17,40 € vs 16,46 €, le coût de l'hospitalisation pour la journée : 823 € dans les deux cas. Le total est donc de 1 227,18 € pour le TVT-O et de 1 386,49 € pour le TVT Secur. Rappelons pour mémoire que l'acte chirurgical est coté JDDDB001+J+K à 244, 60 € et celui d'anesthésie à 127,24 €. Pour une hospitalisation de jour, le delta entre coût réel et recette serait donc de +122,52 € pour le TVT-O et de - 36,80 € pour le TVT Secur. Le tarif d'hospitalisation pouvant dans tel autre hôpital être supérieur et donc engendrant un déficit majoré.

On aura vite compris que garder 2 nuits les patientes apportera 1 634,50 € voire 2 561,08 € sans soins supplémentaires. Messieurs les gestionnaires à vos calculettes !

Il est donc grand temps de revaloriser cet acte, et les autres cités, qui sont très pratiqués en France, en ajustant le tarif sur celui de l'hospitalisation à 2 nuits, si l'on veut développer la chirurgie ambulatoire qui permettrait une diminution d'occupation de lit.

Nous avons tous à y gagner, les gestionnaires d'hôpitaux dont nous faisons désormais partie, les pouvoirs publics en temps que payeurs et les patientes.

Une chirurgie minimale invasive doit l'être à la fois sur le plan médical, mais aussi sur l'environnement que ce soit l'hospitalisation ou l'interruption de la vie sociale et professionnelle.

Philippe Debodinance

Sommaire

4
LA CHIRURGIE DE L'ENDOMÉTRIOSE PROFONDE. POURQUOI EST-ELLE DIFFICILE ?

9
L'INTERPRÉTATION DU BILAN URODYNAMIQUE EN ROUTINE

13
LE TRAITEMENT DU FIBROME EN 2007 : QUOI DE NEUF ?

17
ELECTIONS DÉCEMBRE 2006
RENOUVELLEMENT DU 2ÈME TIERS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

19
RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SUR LA FORMATION CHIRURGICALE PELVIENNE

NOUVEAUX INSCRITS

- Anne Thoury (Paris)