

Impact médico-économique du virage ambulatoire

8^{ème} Congrès National des Réseaux de
Cancérologie

16-17 novembre 2017
Lille, Grand Palais

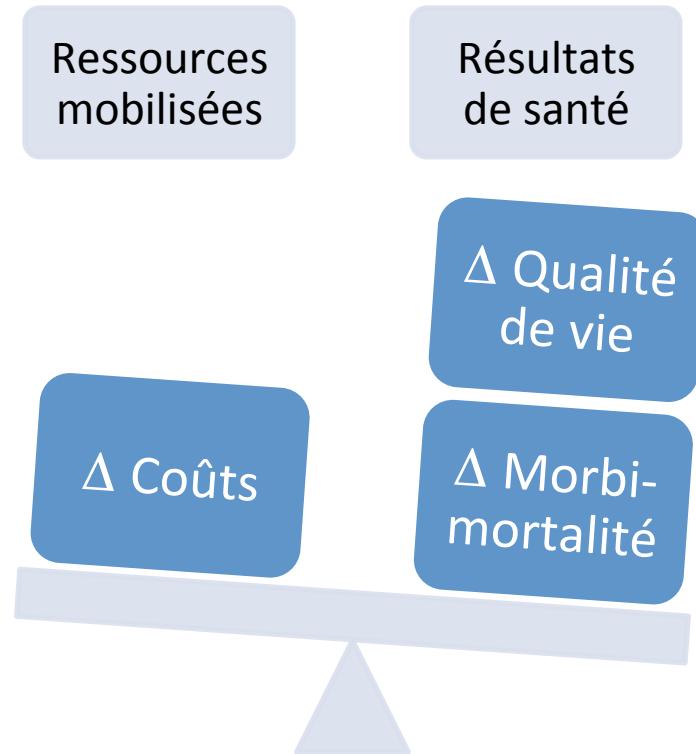
Le développement de l'ambulatoire (1)

- La chirurgie ambulatoire
 - Objectif : 66,2% de l'activité chirurgicale en 2020, 80% à plus long terme (vs 41% en 2012)
 - Dans le champ du cancer : 50% de la chirurgie du cancer du sein (vs 17%), 15% de la chirurgie des cancers de l'ovaire (vs 3%), 15% de la chirurgie des cancers de la thyroïde (vs 1%) [Unicancer]
- En médecine, l'hôpital de jour (ex. venues à des fins de prévention et de rééducation en gériatrie, de bilan en diabétologie ou de thérapie en oncologie)
 - 25,2 % du total des séjours de médecine hors séance (43% de l'activité de médecine programmée)
 - 13,4% de séjours forains [IGF (2015)]

Le développement de l'ambulatoire (2)

- AAP DGOS-INCA (2015)
 - 36 projets (sur 113 déposés)
 - Domaines :
 - cancer du sein (23 projets)
 - cancers gynécologiques (2 projets)
 - cancers digestifs (2 projets)
 - cancers ORL (2 projets)
 - cancers urologiques (2 projets)
 - autres (5 projets)

Evaluation médico-économique (1)



Evaluation médico-économique = approche comparative d'interventions de santé mettant en perspective des résultats de santé obtenus et des ressources mobilisées pour les obtenir

Evaluation médico-économique (2)

Ressources mobilisées

Réduction des coûts indirects

Réduction des coûts hospitaliers (400M€ attendus)

Résultats de santé

Réduction du risque de décompensation (personnes âgées)

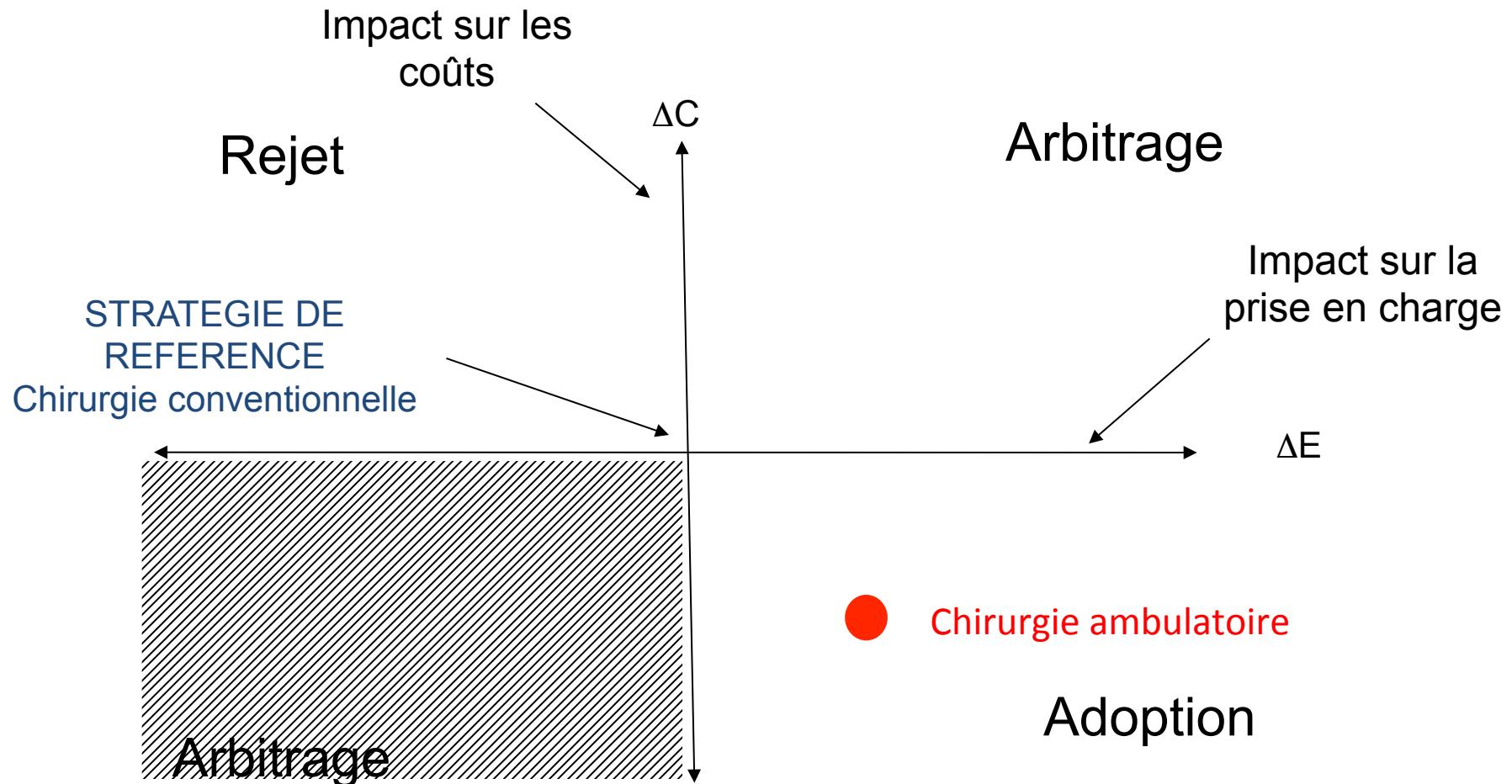
Réduction du risque thromboembolique (utilisation de techniques mini-invasives)

Moindre exposition aux infections nosocomiales

Préférences des patients (90% de satisfaction)



Evaluation médico-économique (3)



Day-case versus inpatient laparoscopic fundoplication: outcomes, quality of life and cost-analysis

C. Gronnier · A. Desbeaux · G. Piessen ·
J. Boutillier · N. Ruolt · J. P. Triboulet ·
C. Mariette

Méthodologie: cohorte prospective appariée

Table 3 Quality of life evaluation according to the GIQLI score

	Day-case group (mean \pm SD)	Control group (mean \pm SD)	Total (mean \pm SD)	<i>p</i> value
Total				
Preoperative score	89.2 (\pm 24.8)	81.8 (\pm 26.2)	86.4 (\pm 25.4)	0.778
Postoperative score after 3 months	112.5 (\pm 20.1)	101.7 (\pm 22.6)	108.2 (\pm 22)	0.348
Postoperative score after 24 months	94.6 (\pm 24.6)	98.2 (\pm 24.5)	97.2 (\pm 24.8)	0.499

Table 4 Direct healthcare costs estimation

	Unit cost (euros)	Day-case group		Control group	
		n	Total costs (euros)	n	Total costs (euros)
Number of patients		101		101	
Preoperative surgical consultation	26	101	2,626	101	2,626
Preoperative anesthesia consultation	26	101	2,626	101	2,626
Days of conventional hospitalization	1,554	63	97,902	417	648,018
Daily fixed cost for each day of hospitalization	18	142	2,556	417	7,506
Days of hospitalization in ambulatory sector	832	79	65,728	0	0
Laparoscopic fundoplication	397.5	101	40,147.5	101	40,147.5
Conversion	322.63	0	0	0	0
Postoperative surgical consultation	26	112	2,912	104	2,704
Hospital readmission		8		0	
Days of conventional hospitalization	1,554	32	49,728	0	0
Daily fixed cost for each day of hospitalization	18	32	576	0	0
Laparoscopic redo surgery	397.5	6	2,385	0	0
Redo surgery by laparotomy	322.63	1	322.6	0	0
Total cost			227,039		663,480
Mean cost by patient			2,248		6,569 ^a

^a *p* < 0.001

Construction d'un outil de micro-costing en chirurgie ambulatoire

Méthodologie et résultats des sites pilotes

Janvier 2015

Identification des ressources	
Précision	Précision
Valorisation des ressources	
-	<p>Top down gross costing Une (ou quelques) composante(s) du coût sont utilisées sur des groupes de patients. <i>Impossible de distinguer différentes prises en charge.</i></p>
+	<p>Top down micro-costing Toutes les composantes de coûts sont identifiées, mais valorisées pour un patient type. <i>Analyses des variations intra-composant et intra-groupe de patients mais processus long et coûteux.</i></p>
Precision	<p>Bottom-up gross costing Une (ou quelques) composante(s) du coût sont utilisées patient par patient.</p>
+	<p>Bottom-up micro-costing Toutes les composantes de coûts sont identifiées et valorisées individuellement pour chaque patient. <i>Pas d'analyse statistique possible mais plus facile à mettre en œuvre.</i></p>

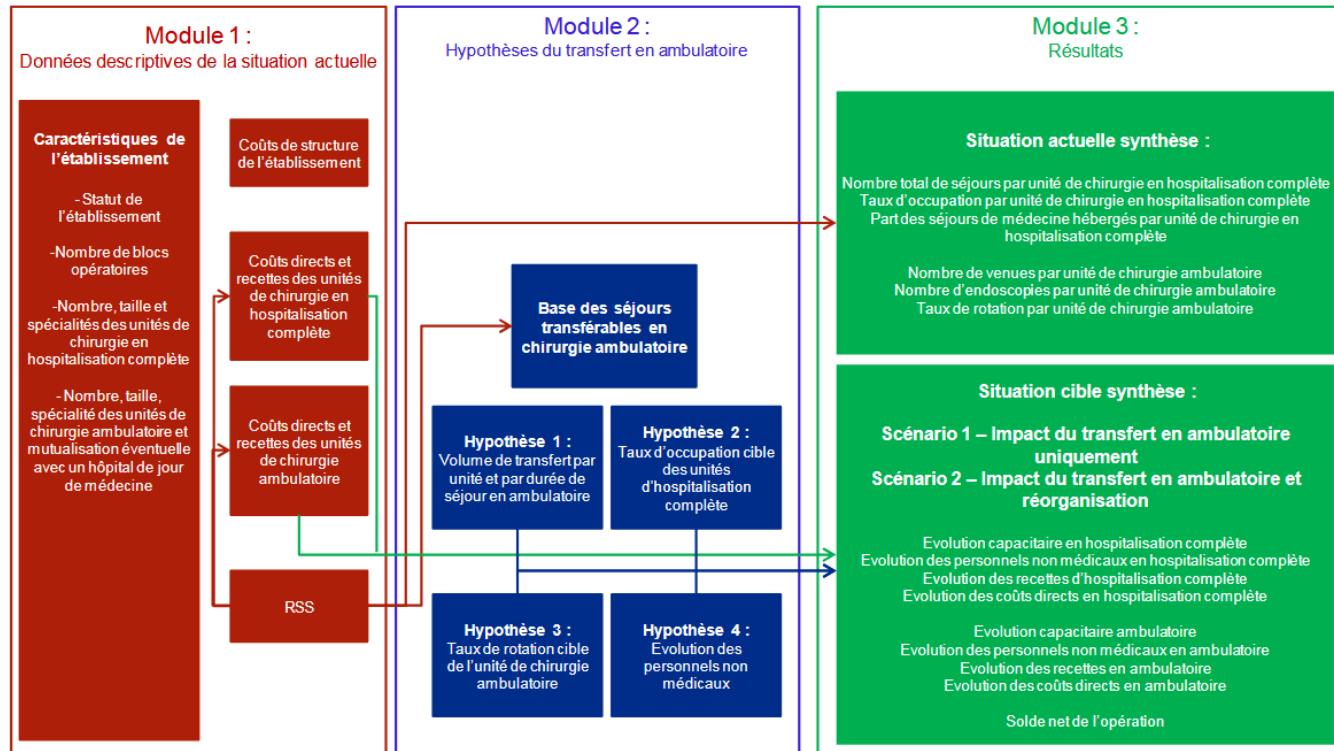
Outil prospectif d'évaluation économique relatif à l'ambulatoire



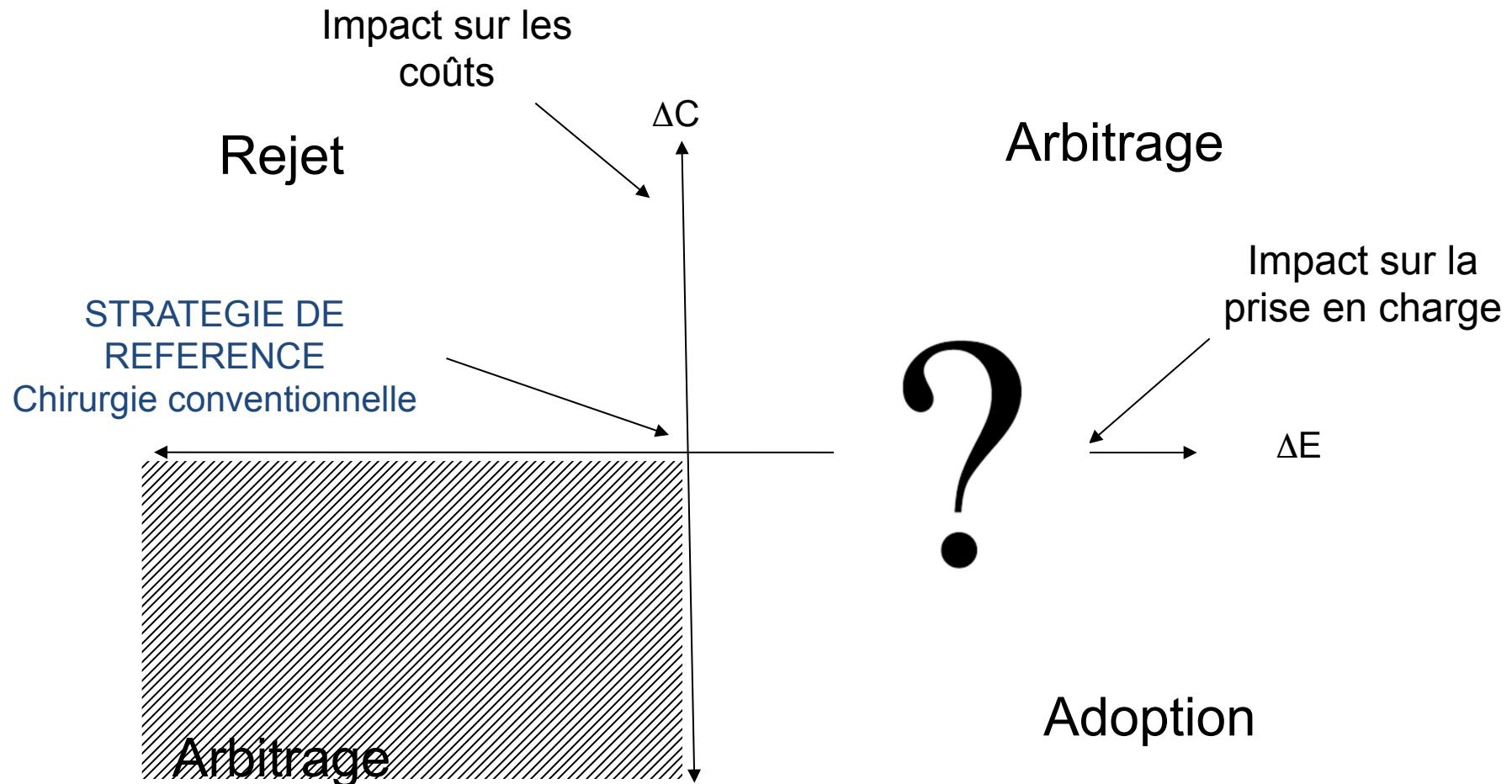
Juillet 2013

l'outil OPEERA

Fig. 1 - Principes de fonctionnement



Extension des indications



Evaluation médico-économique (2)

Ressources mobilisées

Résultats de santé

RAAC : Réhabilitation améliorée après la chirurgie

Impact sur les aidants naturels

Coûts de coordination

Transfert vers les soins de ville

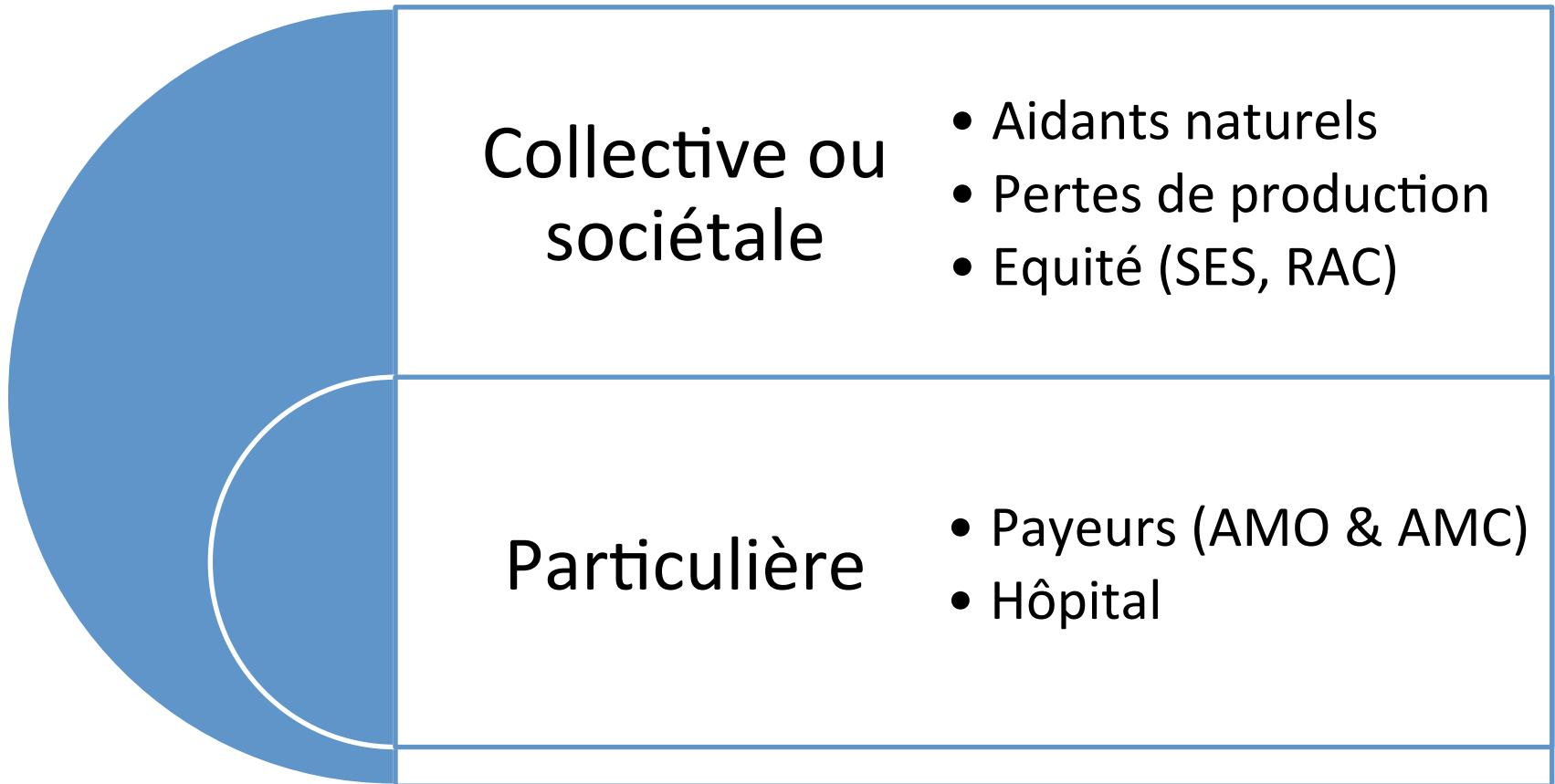
[...]



Deux constats

- Peu de travaux d'évaluation médico-économique dans la littérature
- Une évaluation difficile compte tenu des évolutions récentes du système de santé français tournées vers le renforcement des soins primaires (notamment en matière de coordination)

Importance de la perspective



Chirurgie ambulatoire en cancérologie gynécologique : mythe ou réalité ?

Ambulatory Surgery in Gynecology Oncology: Myth or Reality?

Catherine Uzan

Service de chirurgie et oncologie gynécologique et mammaire - Hôpital Pitié-Salpêtrière - Paris.

Projet AMBU-ENDO

Circuits de prise en charge

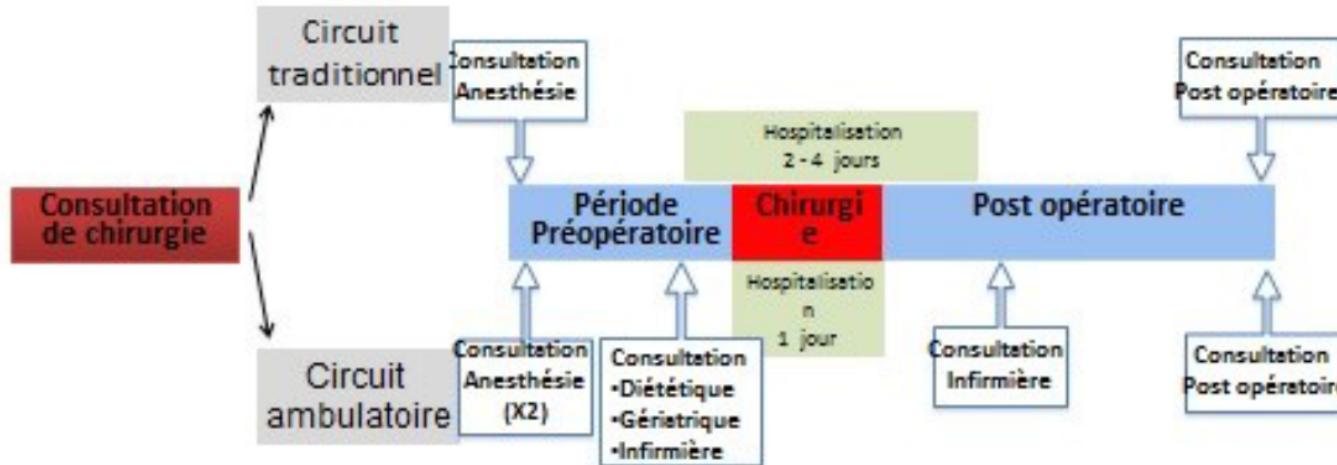


Figure 1 : Schéma des 2 types de parcours patients étudié (Etude AMBU-

Qu'attendent les patients ?

Evaluation économique

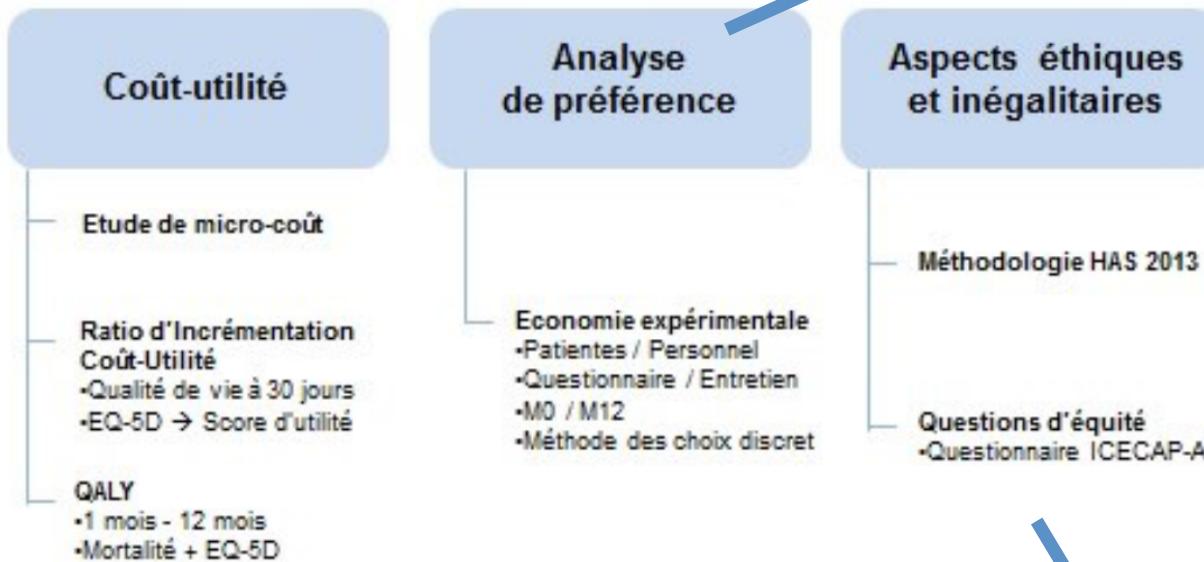


Figure 2 : Objectifs de l'étude AMBU-ENDO.

Quel coût pour obtenir une année de vie supplémentaire en bonne santé ?
Estimation du rapport coût-efficacité

Quel impact de la chirurgie ambulatoire sur les inégalités sociales de santé ?
Ex. soutien familial, reste à charge pour les soins à domicile ou l'hébergement non médicalisé

A comparison of parents and pediatric anesthesiologists' preferences for attributes of child daycare surgery: a discrete choice experiment

WENDY GIDMAN PhD*, RACHEL ELLIOTT PhD*,
KATHERINE PAYNE PhD†, GEORGE H MEAKIN MB ChB MD
FRCA‡ AND JULIA MOORE MBChB§

Table 1
Attributes and levels used in the study

Attribute	Levels	Definition and effects coding
Parental presence at induction of anaesthesia	Not permitted	Parent can be with child only on the hospital ward (-1)
	Permitted	Parent can be with child when he/she goes to sleep for the operation (1)
Staff attitude	Satisfactory	Professional and confident (-1)
Cost to parent	Good	Professional and confident, friendly and reassuring (1)
	£0	Costs to parent in lost earnings/travel costs and medicine costs £0 (0)
	£50	Costs to parent in lost earnings/travel costs and medicine costs £50 (50)
	£100	Costs to parent in lost earnings/travel costs and medicine costs £100 (100)
	£200	Costs to parent in lost earnings/travel costs and medicine costs £200 (200)
Shared medical decision making	Parents not involved	Doctor makes all medical decisions (-1)
	Parents involved	Doctor explains the options and asks the parent's opinion (1)
Immediate postoperative recovery	Bad	Child may be very drowsy, confused and/or upset (-1)
	Good	Child wakes quickly and is not upset (1)
Doses of postoperative pain relief needed	0	After the operation the child does not need pain relief (0)
	1	After the operation the child needs pain relief once (1)
	4	After the operation the child needs pain relief four times (4)
	8	After the operation the child needs pain relief eight times (8)

Example choice considers the following characteristics describing two services, (service A or service B). Please indicate which service you would choose

Service characteristic	Service A	Service B
PPIA is	Permitted	Permitted
Staff attitude is.....	Satisfactory	Good
Cost to parents is....	£50	£0
When medical decisions are made	You decide	You decide
Child's postoperative recovery is...	Bad	Good
Postoperative pain relief is required.....	Four times	Not at all
Which service is preferable?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tick one box only		

Cost-effectiveness of a systematic e-assessed follow-up of postoperative recovery after day surgery: a multicentre randomized trial

K. Dahlberg^{1*}, A. Philipsson², L. Hagberg², M. Jaensson¹, M. Hälleberg-Nyman¹ and U. Nilsson¹

BJA

Table 4 Results of the cost-minimization analysis, postoperative day 14. *Student's t-test. CI, confidence interval; I-C, intervention (RAPP)-control; NMB, net monetary benefit method; QALYs, quality-adjusted life-years; QoL, quality of life; SF-6D, Short Form-Six Dimensions instrument

Variable	RAPP group (I)	Control group (C)	Difference [I-C (99% CI)]	P-value
QoL based on SF-6D before surgery	0.685	0.693		
QoL based on SF-6D, postoperative day 14	0.652	0.657		
Gained QALYs			<0.00 (-0.001 to 0.001)	0.75*
Mean health-care costs	€37.29	€60.96	€-23.66 (-46.57 to -0.76)	0.008*
Intervention costs	€18.89	0	€18.89	
Total costs	€56.18	€60.96	€-4.77 (i.e. a saving)	
NMB1 QALY = €0 (zero)			€4.77 (-17.39 to 28.37)	

La question des incitations

- L'alignement des tarifs
- Le paiement à la performance (P4P) avec indicateurs « alignés »
- La tarification à l'épisode de soins
 - Un paiement global unique pour l'ensemble des offreurs de soins sollicités au cours d'un épisode morbide donné qui encourage la coordination entre les acteurs de la prise en charge
 - Paiement de la coordination en sus

Tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger

État des lieux et perspectives



Juin 2013

Merci de votre attention

benoit.dervaux@chru-lille.fr

benoit.dervaux@univ-lille2.fr