

Impact médico-économique du virage ambulatoire

8^{ème} Congrès National des Réseaux de
Cancérologie

16-17 novembre 2017
Lille, Grand Palais

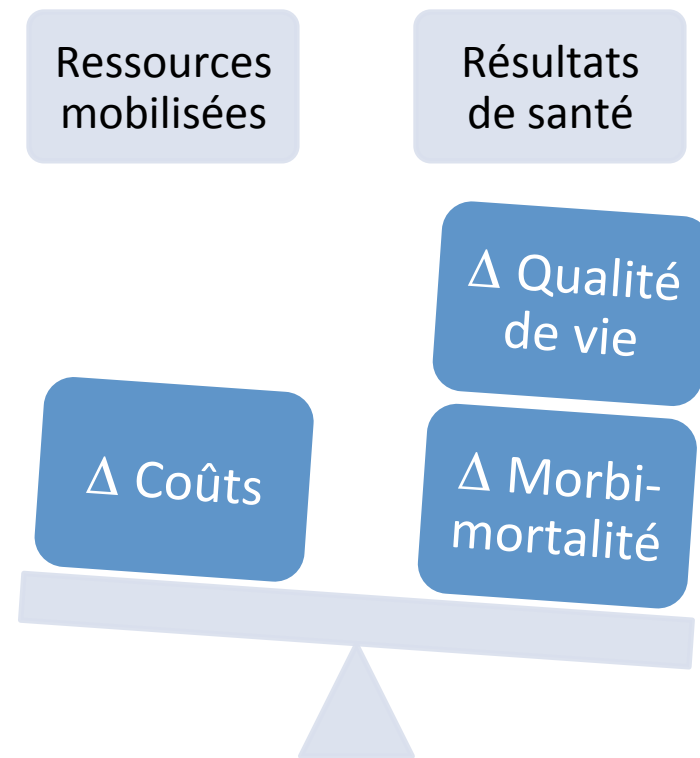
Le développement de l'ambulatoire (1)

- 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'ambulatorio (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)

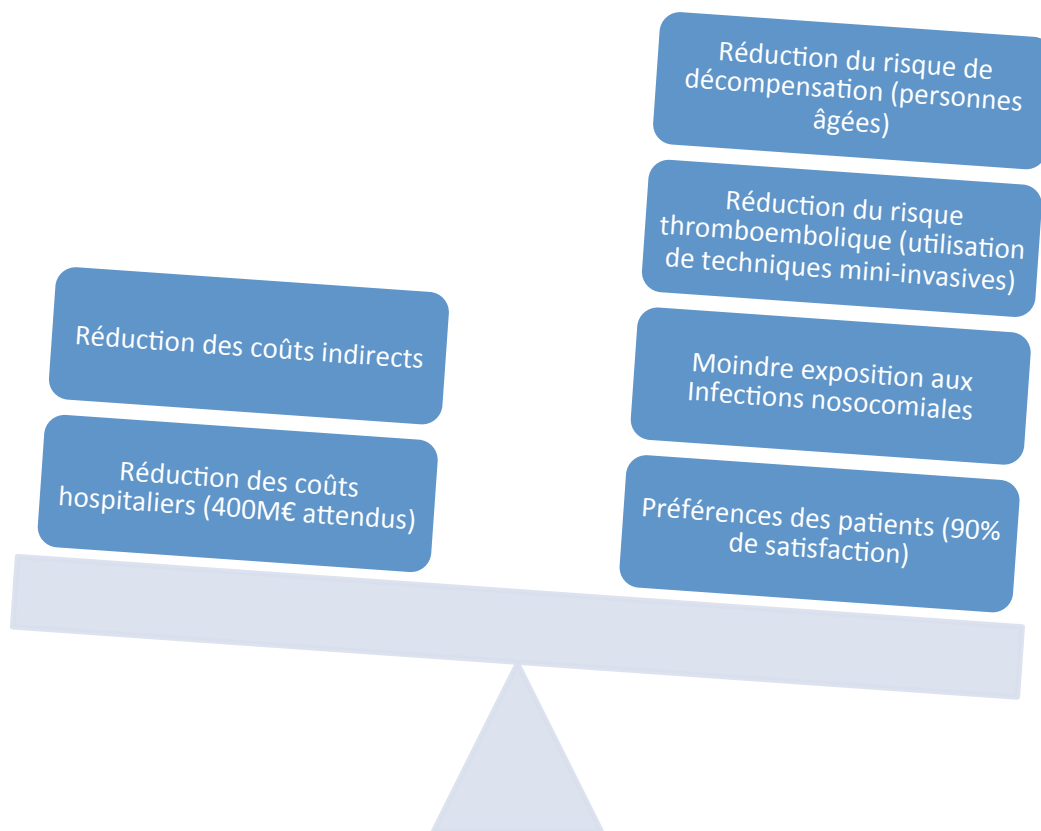


Evaluation médico-économique = approche comparative d'interventions de santé mettant en perspective des résultats de santé obtenus et des ressources mobilisées pour les obtenir

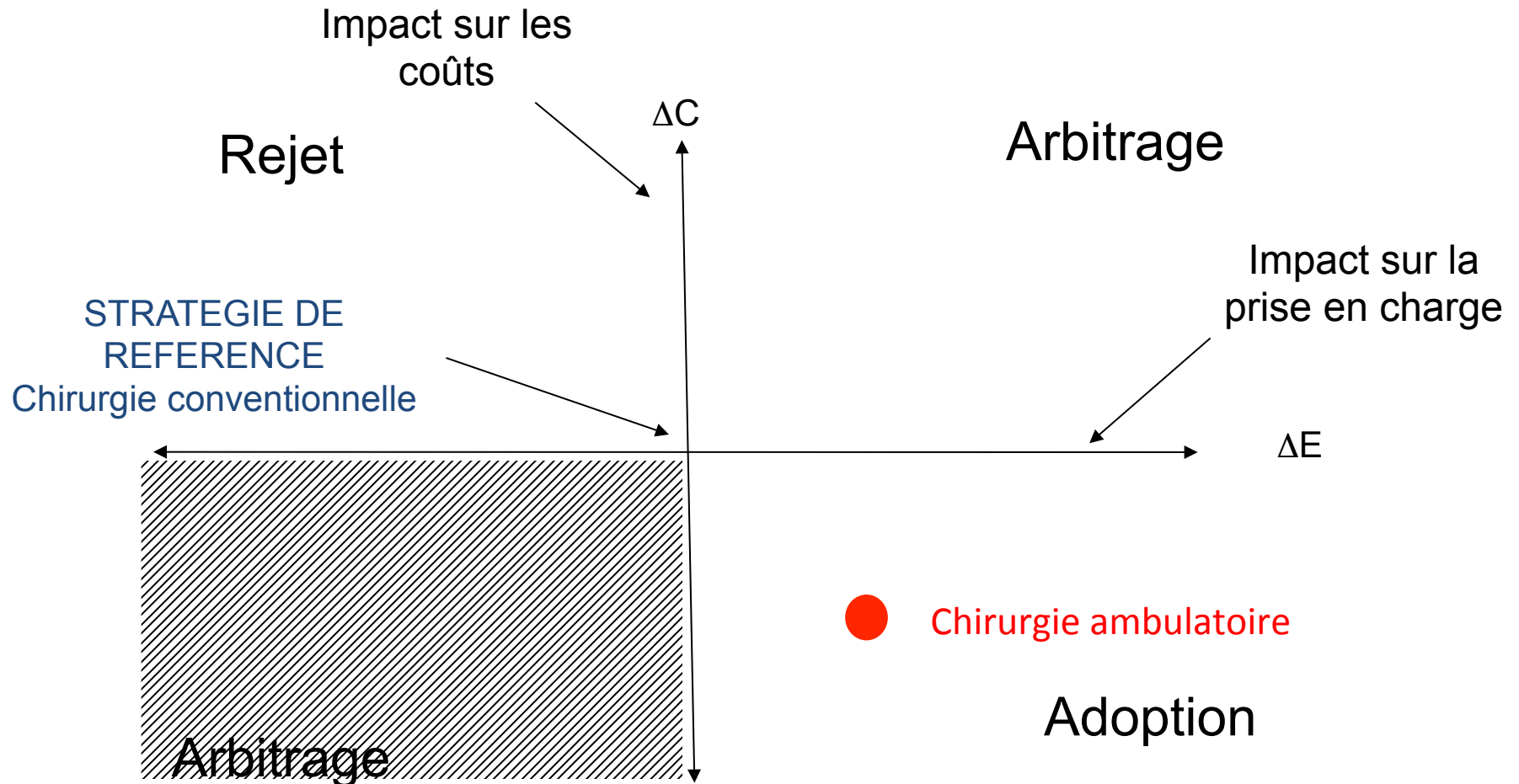
Evaluation médico-économique (2)

Ressources
mobilisées

Résultats
de santé



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 ± SD) | Control group (mean ± SD) | Total (mean ± SD) | <i>p</i> value |
|-------------------------------------|----------------------------|---------------------------|-------------------|----------------|
| Total | | | | |
| Preoperative score | 89.2 (±24.8) | 81.8 (± 26.2) | 86.4 (±25.4) | 0.778 |
| Postoperative score after 3 months | 112.5 (±20.1) | 101.7 (± 22.6) | 108.2 (±22) | 0.348 |
| Postoperative score after 24 months | 94.6 (±24.6) | 98.2 (± 24.5) | 97.2 (±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 | | 6569 ^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 | |
| <p>Top down gross costing</p> <p>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</p> <p>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> |
| <p>Bottom-up gross costing</p> <p>Une (ou quelques) composante(s) du coût sont utilisées patient par patient.</p> | <p>Bottom-up micro-costing</p> <p>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> |
| + | |

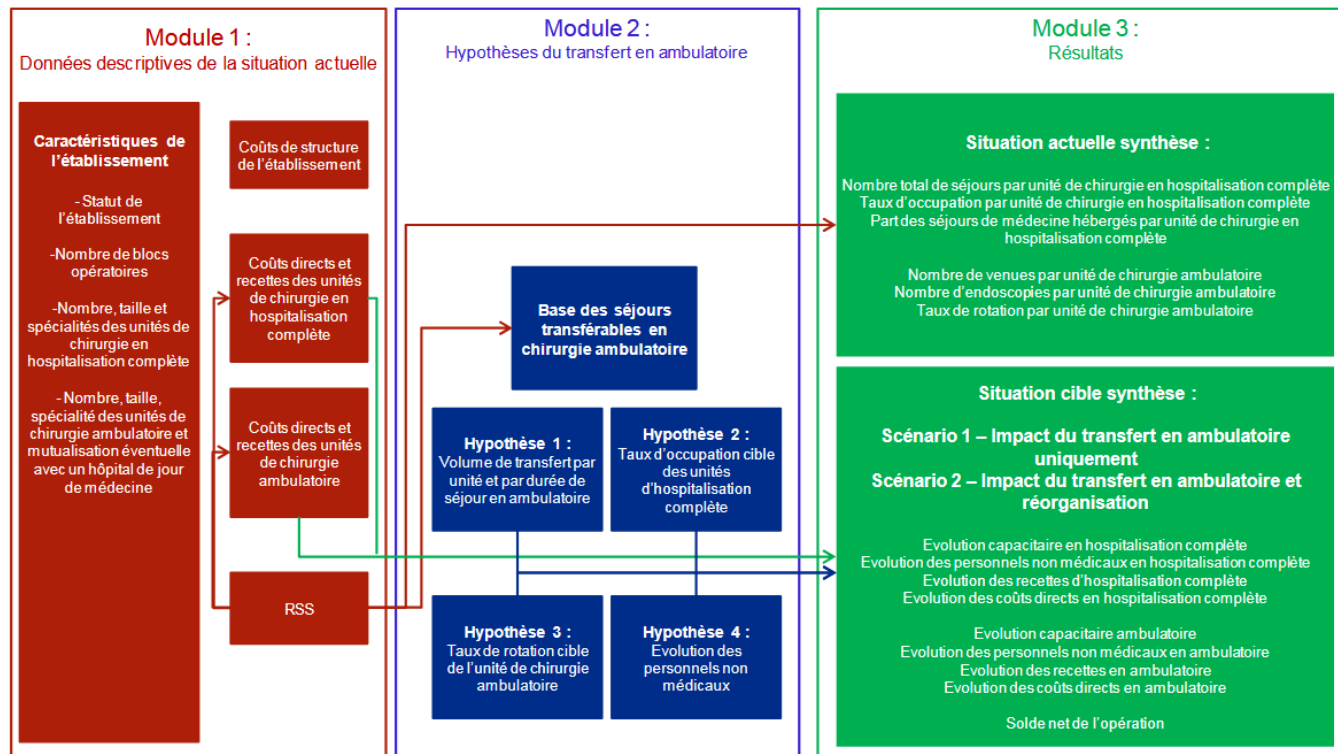
Outil prospectif d'évaluation économique relatif à l'ambulatoire



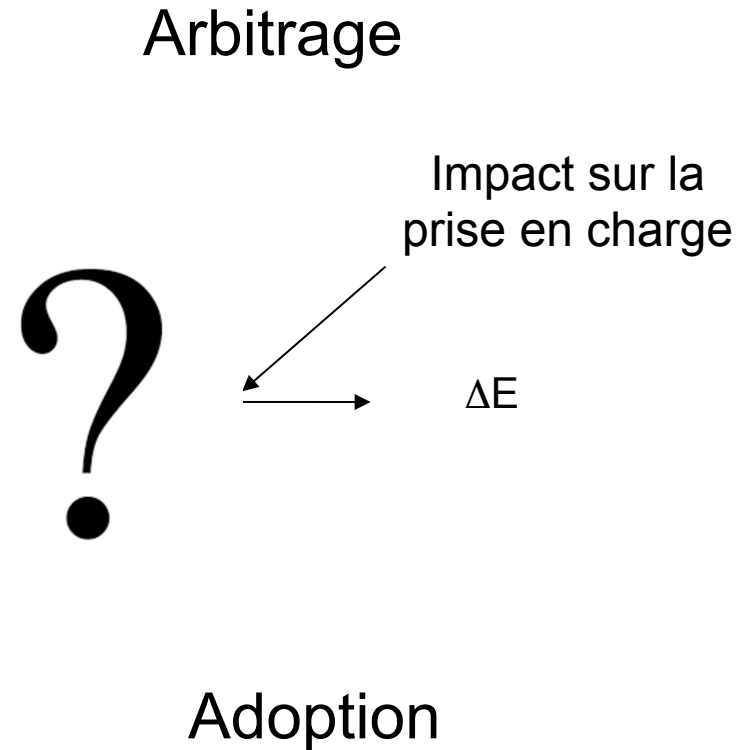
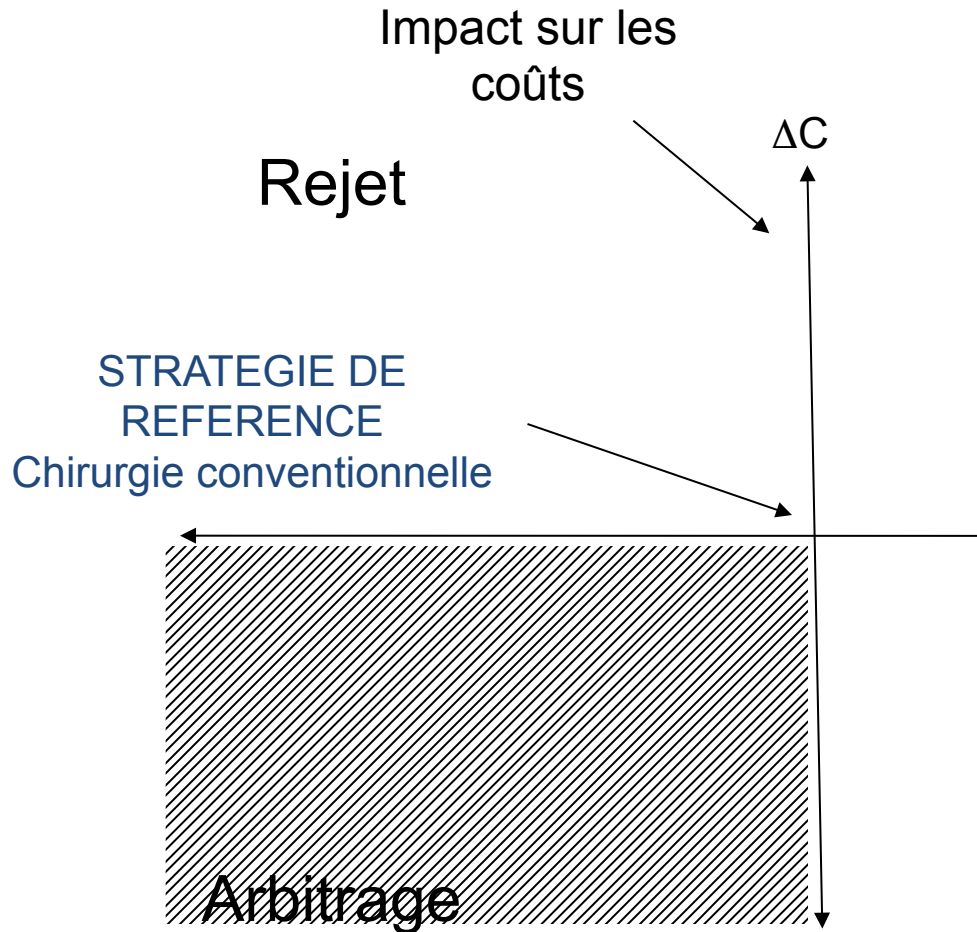
Juillet 2013

l'outil OPEERA

Fig. 1 - Principes de fonctionnement



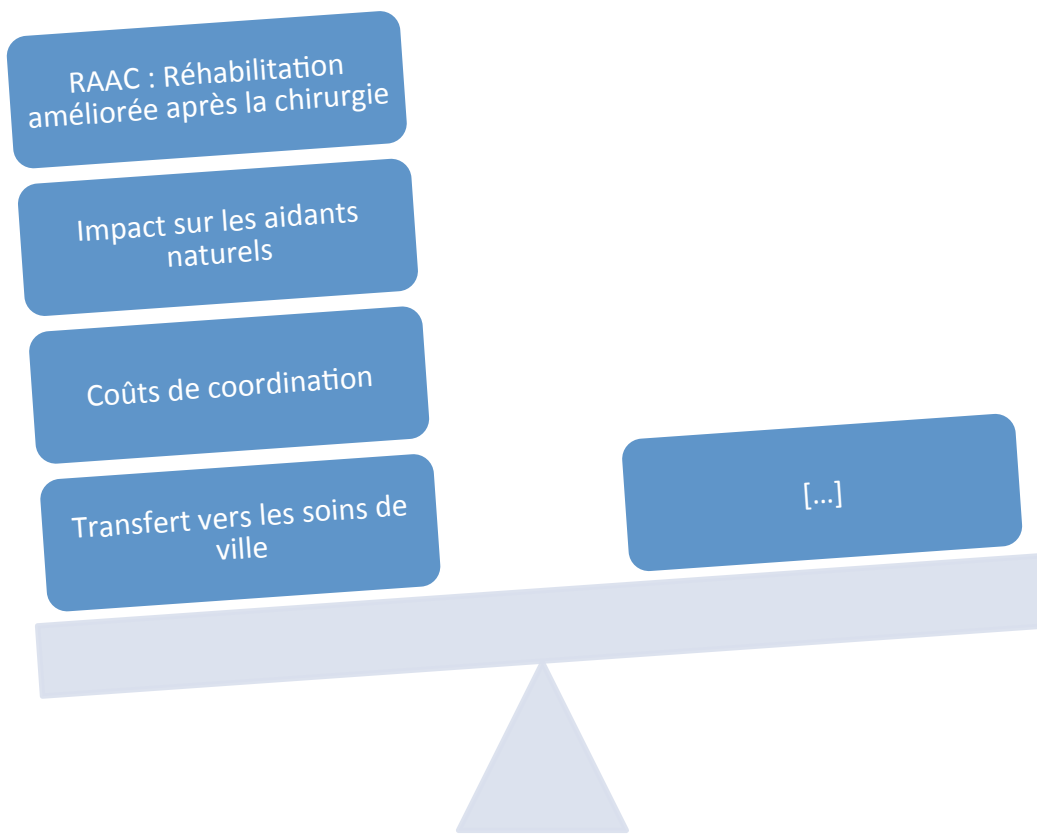
Extension des indications



Evaluation médico-économique (2)

Ressources
mobilisées

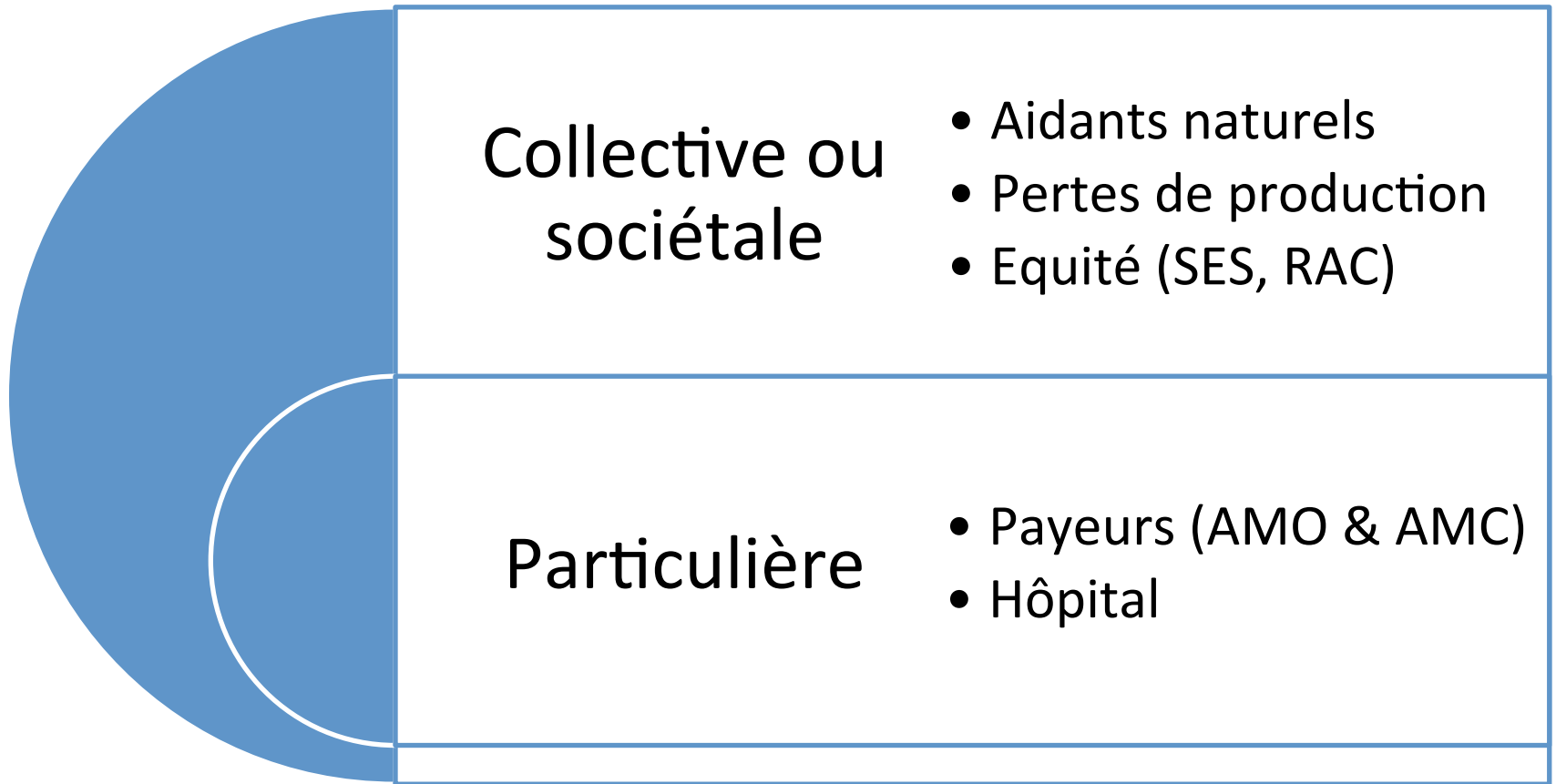
Résultats
de santé



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.

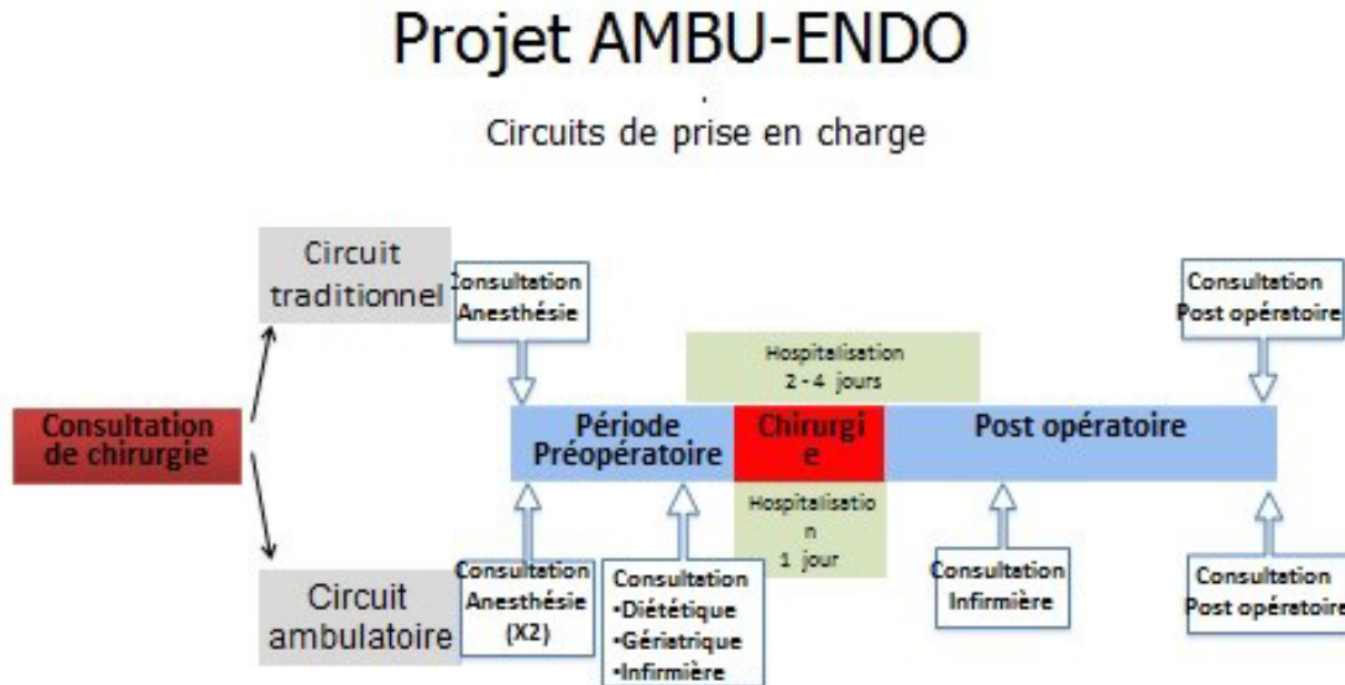


Figure 1 : Schéma des 2 types de parcours patients étudié (Etude AMBU-

Qu'attendent les patients ?

Evaluation économique

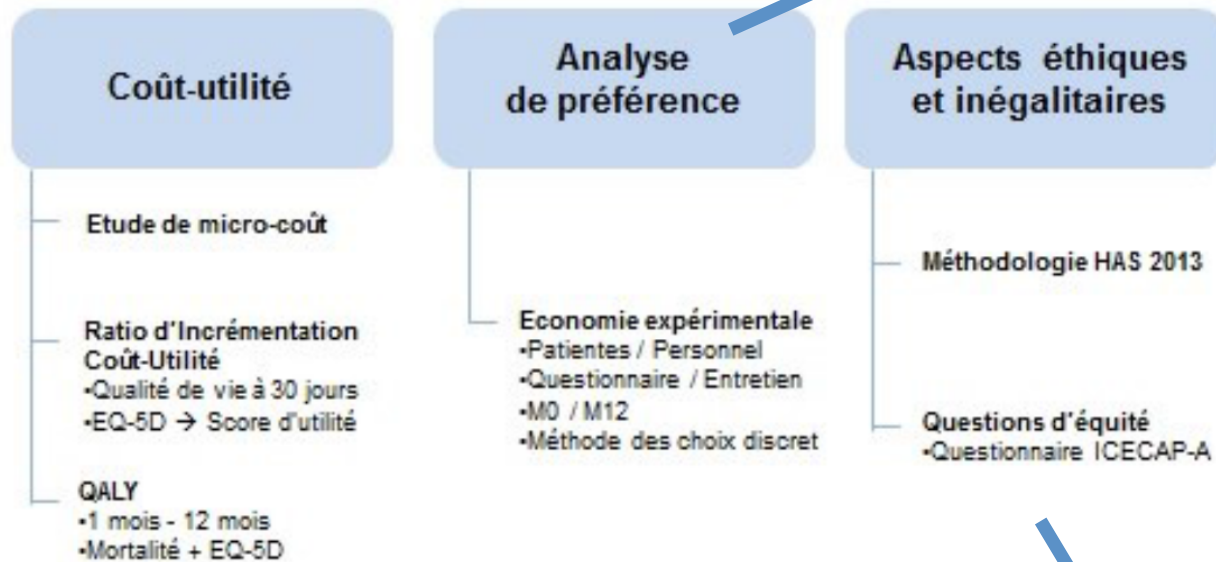


Figure 2 : Objectifs de l'étude AMBU-ENDO.

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

ANAP
appui santé & médico-social

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Juin 2013

Merci de votre attention

benoit.dervaux@chru-lille.fr

benoit.dervaux@univ-lille2.fr