



Reçu le :
18 décembre 2012
Accepté le :
29 mai 2013

Disponible en ligne sur

SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Évaluation économique de la cyphoplastie

Economic evaluation of kyphoplasty

A. Voidey^{a,*}, M. Jehl-Rave^{a,2}, M. Runge^{b,3}, J. Godard^{c,4}, A. Grumblat^{a,5}, S. Limat^{a,6}

^a Pôles pharmacie, centre hospitalier régional universitaire de Besançon, 2, boulevard Fleming, 25000 Besançon, France

^b Pôle radiologie, centre hospitalier régional universitaire de Besançon, 2, boulevard Fleming, 25000 Besançon, France

^c Pôle neurochirurgie, centre hospitalier régional universitaire de Besançon, 2, boulevard Fleming, 25000 Besançon, France

Summary

Objectives. Without any refund of medical costs and with a high cost of products, an economic study has been done to compare the spendings and receipts of the hospital for a kyphoplasty.

Methods. The patients included in the survey have been treated for kyphoplasty between January 2008 and December 2010. We took into account direct medical costs only: costs of products, hospitalizations assessed by three methods (analytical accounting, French public Diagnosed-Related Group (DRG) and DRG adapted to the mean time of the hospitalization).

Results and discussion. One hundred and two patients were enrolled in our study: 61% with vertebral compression fractures due to osteoporosis, 22% due to trauma and 17% due to malignant disease. The patient stays are distributed in 17 DRG, with an average length of stay of 9.4 ± 10.0 days. For every hospitalization stays, the hospital gets 3740 ± 2611 €. The average spendings are estimated at 9033 € by the analytical accounting, at 7679 € by DRG, at 7679 € by DRG adapted to the mean time of the hospitalization. The average costs of products by procedure are 3930 €, that is 105% of the hospitals receipts. For each kyphoplasty these receipts are not high enough to balance the hospital's book.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Kyphoplasty, Vertebral compression fracture, Hospital costs, Prospective payment system

Résumé

Objectif. En l'absence d'acte spécifique et devant un coût élevé en dispositif médical (DM), une étude économique a été réalisée pour comparer les dépenses engagées aux recettes perçues par l'hôpital dans le cadre d'une cyphoplastie.

Méthode. Les patients traités entre janvier 2008 et décembre 2010 par cyphoplastie ont été inclus. Seuls les coûts médicaux directs ont été identifiés puis valorisés (2010) : Dispositifs médicaux (DM), hospitalisations (valorisés par trois méthodes : comptabilité analytique (CA), échelle nationale des coûts (ENC) et ENC réajusté à la durée moyenne de séjour). La recette perçue par l'hôpital est obtenue via les Groupes homogène de séjour (GHS).

Résultats et discussion. Sur 102 patients inclus, 61 % ont été traités pour FTV ostéoporotique, 22 % pour FTV traumatique et 17 % pour FTV néoplasique. Les séjours étaient répartis dans 17 GHM, avec une durée moyenne de $9,4 \pm 10,0$ jours. L'hôpital a perçu en moyenne 3740 ± 2611 € pour chacun des séjours. Les dépenses estimées par la CA locale s'élevaient à 9033, à 7679 € par l'ENC et à 4548 € par l'ENC réajusté ($p < 10^{-3}$). Le coût moyen en DM était de 3930 €, soit 105 % de la recette perçue par l'hôpital. Les sommes engagées par l'hôpital à chaque cyphoplastie ne sont pas couvertes par les recettes perçues.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Cyphoplastie, Fracture tassement vertébral, Coûts hospitaliers, Tarification à l'activité

* Auteur correspondant.
e-mail : aline.voidey@hotmail.fr

¹ Interne en pharmacie hospitalière.

² Pharmacien, assistant-spécialiste.

³ Radiologue, praticien hospitalier, responsable de structure interne.

⁴ Neurochirurgien, praticien hospitalier.

⁵ Pharmacien, praticien hospitalier.

⁶ Pharmacien, professeur universitaire praticien hospitalier, chef de pôle.

Introduction

Les douleurs liées aux fractures-tassements vertébrales (FTV), quelle que soit leur origine, ont un impact important sur la qualité de vie et la survie des patients [1]. La technique de cyphoplastie ou spondyloplastie par ballonnet débute en France en 2004. Son principe repose sur une stabilisation en deux étapes du corps vertébral sous contrôle radioscopique : une phase d'expansion par gonflage de deux ballonnets, suivie d'une injection de ciment à basse pression. La restauration de la hauteur vertébrale exercée par les ballonnets aurait un effet antalgique additif à celui d'une vertébroplastie simple. L'objectif clinique est une amélioration du pronostic vital et fonctionnel, donc de la qualité de vie [2]. En termes d'évaluation, la Commission d'Évaluation des Actes Professionnel a jugé le service attendu de l'acte de cyphoplastie indéterminé [3]. Actuellement, il n'existe pas d'acte spécifique sur la Classification commune des actes médicaux (CCAM). Le seul acte qui y figure est non classant et ne fait pas mention du système d'expansion par les ballonnets : « LHMH002 : Spondyloplastie unique, par voie transcutanée avec guidage radiologique ». Parallèlement, la Commission d'évaluation des produits et prestations a jugé le service attendu des ciments osseux insuffisants. Le seul dispositif implantable utilisé lors de la cyphoplastie n'est ainsi pas inscrit sur la Liste des produits et prestations remboursables (LPPR). Le codage est essentiellement basé sur le diagnostic principal, les comorbidités et les actes associés. Il varie selon les trois grandes indications de la cyphoplastie que sont les fractures ostéoporotiques, les lésions ostéolytiques dues à un myélome ou à des métastases osseuses et les fractures traumatiques. Cette technique est mise en place depuis janvier 2005 au sein de notre centre dans les services de neurochirurgie et de radiologie. Alors que les dispositifs médicaux (DM) utilisés ont un coût élevé et que dans la littérature, il n'existe pas d'évaluation économique sur le sujet, il nous est apparu légitime de réaliser un état des lieux de cette technique dans notre centre. L'objectif principal de l'étude est de comparer les dépenses engagées, estimées selon trois méthodes de valorisation, aux recettes perçues par l'hôpital au titre des groupes homogènes de séjour (GHS) dans le cadre d'une cyphoplastie. Les GHS actuels valorisent-ils correctement la cyphoplastie ? Existe-t-il des facteurs influençant la valorisation tels que la réalisation d'une biopsie peropératoire, l'âge ou l'indication initiale de la cyphoplastie ?

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique pluridisciplinaire réalisée au centre hospitalier régional universitaire (CHRU). Elle inclut tous les patients ayant bénéficié d'une cyphoplastie pour FTV ostéoporotique, maligne ou traumatique entre le 1^{er} janvier 2008 et le 31 décembre 2010 dans les services de neurochirurgie et de radiologie. Ils ont été

identifiés grâce aux données de traçabilité réglementaire du ciment osseux et de celles des DM liés à la technique, suivis dans le cadre de l'innovation.

Recueil des données

Les données cliniques et thérapeutiques sont issues des dossiers médicaux des patients. Les indications de la cyphoplastie et les complications ont été validées par les neurochirurgiens après relecture du dossier médical et des radiographies. Les biopsies réalisées au décours de la chirurgie ont été extraites des comptes rendus anatomopathologiques afin de garantir l'exhaustivité du recueil. Le département d'information médicale (DIM) nous a fourni les données liées à chaque séjour.

Analyse économique

Le point de vue considéré est celui du payeur français, i.e. l'assurance maladie. L'analyse a pris en compte les coûts médicaux directs. Les dépenses liées à l'hospitalisation, ainsi que le coût des DM stériles utilisés ont été recueillis, quantifiés puis valorisés. Le coût lié aux médicaments antalgiques n'a pas été valorisé dans l'analyse car négligeable au regard des coûts en DM et en hospitalisation. L'horizon temporel se limite au séjour d'hospitalisation incluant l'acte de cyphoplastie. Une extraction de la base de traçabilité nous a permis d'obtenir un recueil exhaustif des DM stériles nécessaires à la technique (ballonnets, canules de travail, curettes, dispositifs pour injection, ciments osseux, dispositifs pour biopsie). La valorisation est réalisée à partir des prix d'achat unitaires (toutes taxes comprises) pour l'année 2010.

La durée d'hospitalisation inclut les journées incomplètes d'hospitalisation. Le DIM nous a transmis la durée d'hospitalisation et le GHM attribué au séjour de chaque patient. Le codage de référence utilisé est la version V11b de la classification des GHM ; pour les séjours codés avec une version antérieure, une correspondance avec les codes de la classification V11b a été réalisée. Au cours de l'évolution des différentes versions, les critères de gravité ont été modifiés. Le recodage avec la version V11b a été faite uniquement sur la racine du GHM (cinq premiers caractères). Des analyses par sous-groupe selon l'indication, la réalisation ou non d'une biopsie et l'âge ont été effectuées.

Les différentes méthodes étudiées pour la valorisation des coûts d'hospitalisation sont la comptabilité analytique (CA), l'Échelle nationale des coûts (ENC) et l'ENC réajustée :

- la CA de notre hôpital nous a fourni le coût moyen « local » pour l'année 2009 d'une journée d'hospitalisation dans les services de neurochirurgie et de rhumatologie (service principal d'accueil des patients opérés en radiologie). Pour adapter au plus juste le coût du séjour, nous avons calculé la part journalière des DM de la CA que l'on a soustraite au coût d'une journée d'hospitalisation. Puis le coût moyen d'une journée d'hospitalisation ainsi recalculé est multiplié par la durée réelle du séjour auquel on rajoute le coût réel en DM ;

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/1086295>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/1086295>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)