

# *HealthBASKET* :

## Synthèse et recommandations relatives aux politiques à suivre

*HealthBASKET* – Régimes de prestation de santé et coûts des services en Europe – est un projet financé par la Commission européenne dans le cadre du 6<sup>e</sup> programme-cadre de recherche (subvention : SP21-CT-2004-501588). Le projet s'est déroulé d'avril 2004 à mars 2007 sous la direction de l'association European Health Management Association (EHMA). La coordination scientifique de *HealthBASKET* a été dirigée par M. Reinhard Busse, professeur à la Technische Universität Berlin, département de gestion des soins de santé.

### Partenaires du projet

- **Coordination du projet** : European Health Management Association, Dublin, Irlande (EHMA)
- **Direction scientifique** : Département de gestion des soins de santé, (Centre collaborateur de l'OMS sur la recherche et la gestion des soins de santé), Technische Universität Berlin (Université technique de Berlin), Allemagne (TUB)
- CERGAS, Université Bocconi, Milan, Italie (BOC)
- The Centre for Health Economics, Université de York, Royaume-Uni (CHE)
- L'Institut danois de recherche sur les soins de santé, Copenhague, Danemark (DSI)
- L'École nationale de la santé publique, Rennes, France (ENSP)
- L'Institut pour la politique et la gestion de la santé, Université Erasmus, Rotterdam, Pays-Bas (iBMG)
- Université Jagiellonian, Cracovie, Pologne (JUMC)
- Université Semmelweis, Budapest, Hongrie (SEM)
- Centre de recherche sur l'économie et la santé, Université Pompeu i Fabra, Barcelone, Espagne (CRES)

### Objectif général

Depuis les jugements Kohll/Decker prononcés par la Cour européenne de justice, il est devenu évident que les services de santé ne peuvent plus être envisagés dans le cadre d'un fonctionnement isolé parmi les États membres de l'UE.

Le flux croissant de patients se déplaçant d'un État membre à un autre relève parfois d'un choix individuel et parfois d'une décision mise en œuvre par le biais des Ministères de la santé ou de caisses de maladie.

Il existe toutefois un consensus général parmi les États membres sur le fait que la circulation des patients ne doit pas ébranler « l'équilibre financier » des systèmes de santé nationaux au sein de l'Union européenne.

L'un des éléments indispensables à la protection de cette viabilité financière est la présence d'informations exactes sur le panier de services proposés au sein des différents États membres, sur la manière dont ces services sont définis, la fréquence d'utilisation par les patients concernés, les coûts et les prix de ces services. Ces données permettront aux États membres et à la Commission européenne de formuler des politiques cohérentes en vue d'ordonner la circulation des patients d'une façon qui ne mette pas en péril la viabilité financière des systèmes existants ni les précieux principes d'universalité, d'équité et d'accessibilité. En outre, pour bénéficier des possibilités offertes par un marché intérieur au sein de l'Union européenne, les patients doivent eux aussi connaître les services disponibles ailleurs ainsi que les prix pratiqués.

Auparavant, les comparaisons des coûts des soins de santé s'effectuaient de façon globale à un niveau macro-économique : par exemple en parité de pouvoir d'achat par habitant, en tant que pourcentage du PIB,

ou par l'évaluation de la répartition des dépenses par secteur. Cela peut s'expliquer par la difficulté d'analyser les coûts des services rendus aux personnes – le niveau micro-économique – en raison de la faible capacité à comparer les données. Lorsque les données relatives aux coûts individuels sont disponibles, il est en général difficile de déterminer si les variations sont dues :

1. à des différences entre les services délivrés ;
2. à des différences entre les définitions des catégories de coûts incluses dans le calcul des coûts (ou du prix) ; ou
3. à des variations réelles des coûts par service.

Le premier aspect porte sur la définition sous-jacente de service ; celle-ci peut varier entre (et au sein) des pays. En effet, les variations de coûts pourraient refléter des différences entre les services délivrés (par ex. : l'utilisation de technologies coûteuses) ou simplement la définition des services (par ex. : l'anesthésie est-elle comprise dans le service de « procédure chirurgicale » ou comptée séparément). Cela dit, même dans le cas de service comparable, le deuxième problème qui se pose est celui des différents facteurs entrant dans le calcul des coûts (par ex. : les coûts d'investissement sont-ils pris en compte). Les variations observées pourraient s'expliquer par le mode de calcul des coûts retenu. Le troisième point important est la diversité des prix des matières premières, particulièrement en ce qui concerne les prix de la main-d'œuvre (ex : heures travaillées par les médecins et le personnel infirmier).

## **Objectifs du projet**

Les objectifs du projet *HealthBASKET* sont doubles : Il s'agit de prendre en compte le programme d'action ainsi que les défis méthodologiques. Ces deux sujets ont été traités de façon claire et sans ambiguïté, notamment en se concentrant sur le panier de services et en renouvelant et développant des méthodologies d'évaluation des coûts et des prix des services rendus aux personnes dans les États membres. Le projet met aussi en avant une vision politique plus cohérente qui a permis de développer et de tester une approche innovante d'analyse des coûts au niveau micro-économique afin de mener une comparaison internationale ainsi qu'une évaluation des variations des coûts entre les États membres à partir d'une sélection de services d'hospitalisation et ambulatoires.

Le projet a été mené dans le domaine de la recherche axée sur les politiques dans le cadre du sixième programme-cadre de recherche de l'Union européenne dans le but « de soutenir la formulation et la mise en œuvre des politiques communautaires en leur apportant des contributions scientifiques, ciblées précisément sur les besoins (« axées sur la demande »), cohérentes à travers les différents domaines de la politique communautaire et réactives à leurs modifications à mesure qu'elles interviennent ». Plus particulièrement, la 2<sup>e</sup> priorité de ce domaine de recherche (« *Assurer la santé, la sécurité et les opportunités aux peuples d'Europe* ») concentrée, entre autres, sur « *la formulation d'une vision politique globale plus cohérente et basée sur des faits [...] pour réagir aux nouveaux défis de l'élargissement et trouver des réponses efficaces aux problèmes relatifs à [...] la mobilité croissante des patients [...] et des services* ». Une recherche était nécessaire pour « *approfondir la compréhension et rehausser le fondement scientifique des politiques de développement des services de santé et de soins en Europe* ». L'objet du projet a été, précisément, de traiter la 3<sup>e</sup> Tâche, à savoir la « *Comparaison des coûts de santé des États membres pour les services rendus aux personnes* » qui a été définie comme le fait d'« *identifier des méthodologies éventuelles de comparaison des coûts et des services, et d'explorer la mise en place éventuelle de systèmes d'audit et de comptabilité des coûts de santé en vue d'obtenir des systèmes de santé plus économiques.* »

Le projet a abordé ces questions de façon descriptive et analytique dans 9 États membres dotés de systèmes de santé différents (Danemark, France, Allemagne, Hongrie, Italie, Pologne, Espagne, Royaume-Uni et Pays-Bas). Un deuxième axe de recherche a par ailleurs porté sur la comparabilité transnationale.

### **Analyses nationales et transnationales**

Les partenaires du projet dans ces 9 pays ont :

- recueilli et élaboré les définitions des services fournis au sein de ces systèmes et analysé les structures ainsi que le contenu des « paniers » de soins (et, le cas échéant, les « catalogues » de soins) ainsi que le processus de définition de ces paniers et catalogues de soins ;
- exploré les possibilités d'élaborer une taxinomie européenne des prestations, fondée sur cette analyse et d'autres classifications pertinentes en vue d'avoir des concepts communs de comparaison des coûts (Phase I) ;
- passé en revue les méthodologies utilisées pour évaluer les coûts et les prix des services inclus dans le panier de soins entre les pays, et tenté d'identifier les « meilleures pratiques » d'analyse des coûts au niveau micro-économique pour procéder à une comparaison internationale (Phase II) ;
- évalué les variations de la consommation des ressources (ressources humaines, biens, capital etc.) et les coûts réels de ces ressources pour les services de santé rendus aux personnes entre les pays et au sein des pays, en recourant à une sélection de 10 « cas-types » correspondant aux soins pour des patients hospitalisés ou recevant des soins ambulatoires (Phase III).

L'un des objectifs-clés de l'étude consistait à identifier les données requises pour procéder à des comparaisons internationales significatives.

Les recherches ont donc impliqué la participation de décideurs dans le cadre d'ateliers. Des rapports réguliers sur les résultats intermédiaires ont été réalisés à leur intention. En outre, un Comité consultatif, auquel ont participé l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, l'Organisation de coopération économique et de développement (OCDE) ainsi que les organisations prestataires, a été établi pour assurer que l'impact potentiel des politiques de développement standard et des soins de santé dans l'Union européenne soit suivi d'effets réels.

### **Les trois phases du projet**

Le présent sommaire n'entend pas aborder de manière détaillée la méthodologie, les découvertes et les conclusions des trois phases du projet. Des publications et des rapports complets sont disponibles dans les domaines suivants :

- La méthodologie, les rapports des pays et un article comparatif sur la **Phase I**, c'est-à-dire la description et l'analyse des paniers de soins, les critères utilisés pour les déterminer, etc., sont disponibles sur le site du projet [www.healthbasket.org](http://www.healthbasket.org). Des rapports portant sur les traitements ambulatoires ont été publiés en décembre 2005 en supplément de l'*European Journal of Health Economics*, volume 6, disponible gratuitement sur l'Internet (<http://www.springerlink.com/content/t2466855k020/?p=a9dbff4fee024bda8b82350033786e4e&pi=11>). Une version révisée de l'article comparatif est jointe en Annexe 1.
- La méthodologie et les rapports des pays en **Phase II**, c'est-à-dire l'analyse des méthodes utilisées pour évaluer les coûts et les prix, de même qu'une analyse documentaire sur les « meilleures

pratiques » d'évaluation des coûts au niveau international sont disponibles sur le site du projet [www.healthbasket.org](http://www.healthbasket.org). Des versions révisées des rapports des pays portant sur les traitements ambulatoires des patients ont été publiés en août 2006 dans une édition spéciale (vol. 9, no. 3) de *Health Care Management Science* (<http://www.springerlink.com/content/v162x3264175/?p=e9b20c7cfc724abab9d866a0d76f5596&pi=2>).

- La méthodologie, les rapports des pays et une analyse comparative sur la **Phase III**, c'est-à-dire une comparaison de la consommation des ressources et des coûts au sein des pays et entre les pays pour les 10 catégories sélectionnées, sont disponibles sur le site du projet [www.healthbasket.org](http://www.healthbasket.org). Des articles sur la méthodologie spécifique ainsi que des articles comparatifs sur les résultats des cas-types entre les pays seront publiés en supplément de *Health Economics* à la fin de l'année 2007.

Les points essentiels de chaque phase du projet sont brièvement récapitulés dans la section ci-après. Les recommandations pertinentes découlant des trois phases sont proposées dans la dernière section du présent sommaire.

## **Phase I : Paniers de soins et critères de décision**

### *Methodologie*

Définitions : Le projet définit le « panier de soins » (également nommé : « forfait de soins ») comme représentant les catalogues/listes/groupes de services et de biens de santé couverts par un système public/ensemble de lois. Les termes “*catalogue de soins*” ou “listes” sont réservés aux sous-composants des paniers s’ils diffèrent dans la détermination des acteurs, de la taxinomie, etc. En ce qui concerne la délimitation de ce qui constitue des services et des biens de santé (par rapport aux services « sociaux » ou aux activités générales du domaine public se rapportant à la santé), le projet suit les classifications utilisés dans les Comptes santé de l’OCDE (c.-à-d. les catégories fonctionnelles HC.1 à HC.6 avec leurs sous-catégories respectives, cf. Tableau).

<b>HC</b>	<b>Classification fonctionnelle</b>
	<i>Biens et services de soins de santé rendus aux personnes</i>
1	Services de soins curatifs
2	Services de soins de rééducation
3	Services de soins infirmiers à long terme
4	Services complémentaires aux soins de santé
5	Biens médicaux dispensés aux patients recevant un traitement ambulatoire
	Services de soins de santé collectifs
6	Prévention et services de santé publique

**Des études de cas au sein des différents pays** ont été mises en place autour des groupes de sujets suivants pour traiter un ensemble de questions liées à la recherche :

- Tour d’horizon du panier de soin au sein des différents pays : A quel niveau le droit aux groupes de services/biens de santé est-il réglementé ? Pour combien de secteurs de soins de santé différents (et/ou combien de régions et/ou combien d’ensemble de lois) existe-t-il des régimes réglementaires différents ? Quel est le rôle de l’État en cas de délégation/transfert à des acteurs locaux et/ou autonomes (ex. : simple supervision du processus, approbation formelle des résultats, ou nécessité de formuler des décrets officiels ou autres mesures similaires) ? Quels sont les types de soins exclus (notamment les soins paramédicaux, par ex. : kinésithérapie, psychothérapie, soins dentaires, rééducation) ?
- Définitions des droits et des soins par secteur : Quels sont les acteurs responsables de définir les soins pour chaque secteur et quel est leur rôle respectif ? Les soins sont-ils définis de façon explicite (c.-à-d. : existent-ils sous forme écrite), implicite (c.-à-d. : reposent-ils sur la coutume), ou un mélange des deux ? La définition des soins est-elle précise ou plutôt vague ? Sont-ils définis de façon plutôt positive ou négative (les services inclus et exclus figurent-ils sur une liste) ? Les soins inclus consistent-ils en une simple énumération de procédures ou de biens ou sont-ils liés à l’état du patient/aux indications le concernant ? Comment les soins sont-ils classés : par service rendu (ce qui est souvent le cas pour les soins ambulatoires dans le système des assurances médicales mais aussi pour les produits pharmaceutiques), par bien individuel (par ex. : les produits pharmaceutiques), au cas par cas en fonction de la durée (« tous les services nécessaires », par ex. : tous les soins primaires), au cas par cas en fonction du diagnostic etc., par prestataire et par durée ? Les définitions sont-elles uniformes pour tous les contribuables ? Dans le cas contraire, existe-t-il un socle uniforme

pour tous les contribuables ? Comment est-il défini et par qui ? Si les catalogues de soins varient, à quelles entités sont-ils destinés (par ex. : régions, caisses maladie) et combien en existe-t-il ?

- Description des catalogues de soins, des acteurs impliqués et des critères de décision : Comment les soins sont-ils classés : par service rendu (ce qui est souvent le cas pour les soins ambulatoires dans le système des assurances médicales mais aussi pour les produits pharmaceutiques), par bien individuel (par ex. : les produits pharmaceutiques), au cas par cas en fonction de la durée (« tous les services nécessaires », par ex. : tous les soins primaires), au cas par cas en fonction du diagnostic etc., par prestataire et par durée ? « Taxinomie » du catalogue de soins pour les aspects suivants : 1. Combien de niveaux, c.-à-d. de chapitres, sous-chapitres, éléments individuels, 2. Logique utilisée pour définir chaque niveau, usage d'une nomenclature existante, restrictions des services par type ou qualification spécifique d'un prestataire, de l'âge ou de la maladie du patient. Qui décide de la structure générale du catalogue ? Qui détermine les soins répertoriés dans ce catalogue ? Qui est responsable de l'établissement de l'ordre des priorités concernant les soins potentiels ? De quelle manière le comité prend-il des décisions ? Les décideurs doivent-ils/peuvent-ils faire ou font-ils appel à des experts extérieurs (par exemple les institutions HTA) ? Dans quelle mesure se basent-ils sur des faits ? Quelles sont les options de décisions possibles (« oui » ou « non » ou limitation à certaines entités géographiques ou certains prestataires, patients, durées, niveaux de co-paiement) ? Quels sont les critères utilisés pour décider de l'inclusion ou de l'exclusion des soins (ex. : le besoin, l'efficacité, les coûts, la rentabilité, le budget total) ? Quel est le poids relatif accordé à ces critères ? Ces critères sont-ils rendus publics ? Les décisions sont-elles rendues publiques ? Ces décisions peuvent-elles faire l'objet d'une procédure judiciaire ? Les décisions sont-elles régulièrement réévaluées ?
- **Débat** Le forfait de soins a-t-il une signification ou n'existe-t-il que sur papier et les prestataires agissent librement (c.-à-d. qu'ils fournissent des soins non couverts) ou de façon plus restrictive ? Quels sont les coûts des transactions des catalogues de soins ? Existe-t-il une sensibilisation et un débat au niveau national sur les paniers/catalogues de soins ? Y a-t-il eu des réformes récentes et quels sont les futurs développements probables ?

### *Résultats et conclusions*

À notre connaissance, le projet *HealthBASKET* a fourni la première analyse approfondie des paniers de soins et des catalogues de soins dans neuf pays d'Europe représentant un mélange hétérogène de systèmes de santé. Les études menées au sein des pays ont montré que les informations sur ces questions sont souvent difficiles à obtenir car les données sont très fragmentées et non systématiques. L'usage d'un cadre et de termes communs pour passer en revue les différents systèmes de santé dans la recherche des catalogues de soins nous a permis de réunir des informations hétérogènes de façon hautement comparative. La méthodologie suivie dans notre étude peut être appliquée pour explorer et décrire des paniers et catalogues de soins dans d'autres pays européens (ou non européens).

L'analyse comparative des prestations de santé dans les pays étudiés a révélé qu'en dépit des variations d'ordre financier et organisationnel, il existe une nette tendance vers une définition plus explicite des paniers et des catalogues de soins au sein des systèmes de santé européens. Les pays ayant récemment passé de nouvelles lois relatives aux soins de santé ont défini de façon plus explicite les catalogues de soins. Les pays dont les lois relatives aux soins de santé sont plus anciennes ont défini, du moins du point de vue juridique, les paniers de soins de façon plus implicite. Toutefois, à l'heure actuelle, aucun pays ne possède de catalogue uniforme – les paniers de soins consistent en un mélange de listes aux définitions différentes (droits, paiements, lignes directrices...).

Bien que les approches concernant les prestations de santé varient considérablement selon les pays, on constate qu'il n'existe que des variations mineures entre les différents pays si l'on analyse les droits aux prestations par catégorie : La plupart des pays excluent les mêmes prestations de santé, telles que la chirurgie esthétique, les vaccins préalables aux voyages et certains traitements non conventionnels, comme l'acupuncture. Dans la mesure où la *taxinomie* utilisée pour décrire ces services de santé (et dans une moindre mesure les biens) varie considérablement d'un pays à l'autre – même si la plupart classifient les soins ambulatoires en fonction de la spécialisation du médecin et les soins aux patients hospitalisés en fonction du diagnostic et de la procédure – il est toujours difficile de savoir si ces services sont réellement « identiques ». En revanche, les cliniciens semblent avoir une compréhension relativement uniforme de ce qui constitue la « médecine » dans les différents pays.

Contrairement à une opinion très répandue, la motivation à établir des paniers de soins explicites n'est pas toujours fondée sur le souci de maîtrise des coûts ou la rationalisation. Dans les pays dont le système de santé national est régionalisé, définir le panier de soins permet d'assurer l'équité entre les régions. Le transfert des soins de santé aux gouvernements autonomes (régionaux) a rendu évident le besoin de définir un panier de services de soins minimums commun à tous pour éviter que ne se produisent des différences inacceptables dans la prestation des services de santé. Les autorités sanitaires régionales ont toutefois autorisé l'ajout d'autres prestations, à condition qu'elles couvrent d'une façon adéquate le minimum.

Dans la plupart des pays, les aspects pris en compte dans le processus de décision et les raisons qui motivent les décisions relatives au panier de soins ne font pas l'objet de rapports transparents et systématiques. Or des catalogues de soins définis de façon explicite requièrent l'existence de critères de décision clairs et transparents concernant l'inclusion ou l'exclusion de soins. Cet état de choses a été reconnu par les décideurs, comme l'atteste le fait que des ensembles de critères ont été mentionnés en vue de les guider. La plupart des pays indiquent que l'efficacité (notamment en matière de coûts) est un critère de décision important. Cependant, un examen plus approfondi révèle souvent qu'une véritable formalisation du processus fait encore défaut dans de nombreuses catégories de soins et qu'elle est souvent restreinte à un ou quelques secteurs du système de santé (par ex. : produits pharmaceutiques, appareils médicaux) et non pas généralisée à tous les produits ou services. La transparence concernant l'interprétation, la traduction opératoire et l'application de critères dans le processus de prise de décision fait encore défaut.

## ***Phase II : Calculs des coûts***

### *Méthodologie*

La Phase II comporte deux parties. En premier lieu une **revue systématique** de la littérature scientifique sur les méthodologies de calcul des coûts a été conduite en vue d'identifier les « meilleures pratiques ».

**En deuxième lieu, des études de cas au sein des pays** ont été mises en place autour des groupes de sujets et questions de recherche ci-après :

- ***Existe-t-il des prix ou des tarifs officiels ?*** Quelles sont les principales caractéristiques de régulation des prix dans le système de santé, structurées selon les secteurs de santé ? Quelle est l'unité de paiement (c.-à-d. le niveau de globalisation) ? À quel niveau les prix sont-ils établis ou négociés ? Est-il possible pour un prestataire d'obtenir des prix/paiements différents de la part d'acheteurs différents (autorités sanitaires/caisses maladie/gouvernements) ? Est-il possible pour un acheteur de payer des prix différents à différents prestataires ? Quels acteurs sont impliqués dans l'établissement des prix ? Les prix varient-ils en fonction de facteurs non économiques, tels que les sanctions pour dépassement du montant des services convenus, etc. ? Le cas échéant, quelle est la pertinence de ces facteurs ?

- **Comment les prix sont-ils mis à jour ?** Existe-t-il des périodes fixes de mise à jour (annuelles, bisannuelles, etc.) ? Les prestataires et les acheteurs ont-ils la possibilité de demander la liste des prix mise à jour ? Quelle est la précision de ces mises à jour ? Par quoi ces mises à jour sont-elles principalement motivées ?
- **Comment les coûts des services sont-ils établis dans les pays participants ?** Quelles sont les unités utilisées pour quantifier la consommation des ressources ? Quelles sont les sources utilisées pour évaluer la consommation des ressources ? Quelles sont les sources utilisées pour établir la valeur monétaire ? Quel est le degré de précision de l'évaluation des coûts ? Quels acteurs effectuent et/ou utilisent des évaluations de coûts ?

### *Résultats et conclusions*

Les systèmes à tarifs gagnent en importance : Ils existent depuis longtemps dans les pays à système d'assurance maladie sociale et sont désormais utilisés dans les pays dont le système est financé par la fiscalité. Actuellement, la plupart des pays ont mis en place un système de rémunération basé sur la performance pour les services d'hospitalisation et ambulatoires, alors qu'ils manquent entre autres de services de soins à long terme et de rééducation. Dans la mesure où la taxinomie sous-jacente utilisée pour la classification des services varie considérablement d'un pays à l'autre (cf. phase I), il n'est pas possible de procéder à une comparaison significative des prix entre les pays.

La tendance va clairement vers l'utilisation de données de micro-costing (surtout pour les services ambulatoires) afin de déterminer les taux de rémunération, reflétant les coûts réels des prestataires. Le problème rencontré par de nombreux pays (sinon tous) est la qualité médiocre des données fournies par les prestataires. Notre étude a également été confrontée à ce problème. Au sein des pays de l'UE, la tendance générale est de développer des systèmes DRG (Diagnosis-Related Groupe, systèmes fondés sur des « groupes homogènes de malades ») à des fins de remboursement. Bien que la quasi-totalité de ces systèmes se basent sur le système créé il y a 30 ans à Yale, leur adaptation réelle varie considérablement selon les pays européens. L'introduction du système DRG en Europe s'est faite sans coordination et par conséquent il n'a pas été possible d'en tirer des enseignements (au moins au sein de l'Europe) car les pays européens ont cherché à s'inspirer de pays non européens (par exemple, l'Allemagne de l'Australie) au lieu de s'inspirer de leurs voisins.

Notre étude a révélé qu'il n'existe pas de méthodologie de calcul des coûts universellement acceptée. Il existe plusieurs méthodes appropriées d'estimation des coûts (par unités) pour un service donné. En général, les comptables définissent les coûts en termes de valeur historique de ressources économiques, tandis que les économistes utilisent un concept différent de coûts, souvent décrit comme coût d'opportunité. Cela dit, la littérature comptable et économique s'accorde sur les principes de base de calcul des coûts. L'exercice de calcul des coûts commence par (a) la formulation d'un problème de décision bien défini, y compris les objectifs du calcul des coûts, le champ du calcul et son échéance, ainsi que (b) la description d'un service donné (objet du coût). Une fois que ce service a été défini en détail, les méthodologies de calcul des coûts suivent trois étapes distinctes : (c) l'identification des ressources utilisées pour la prestation du service, (d) la mesure de l'utilisation des ressources en unités naturelles, et (e) l'attribution d'une valeur monétaire à l'utilisation des ressources. En outre, il existe un consensus sur la nécessité de soumettre les résultats obtenus à une analyse de sensibilité et à des tests statistiques pour en vérifier la solidité.

Il existe aussi un consensus sur les principes fondamentaux d'attribution des coûts : Dans l'idéal, les coûts doivent être directement retracés (c.-à-d. attribués à un patient ou à un cas donné) si cela est réalisable de façon économique. Les coûts indirects (frais généraux) doivent être attribués aux domaines de service en fonction de leur utilisation réelle ou par fonction causale. Cette procédure peut toutefois exiger un système



d'information complexe et des ressources supplémentaires. Dans la pratique, les études de coûts utilisent cinq méthodes générales pour l'évaluation des ressources : (a) mesure directe des coûts, (b) méthodes de comptabilité analytique, (c) coûts par unité standard, (d) frais, charges et/ou prix du marché, et (e) estimations/extrapolations. Toutes ces méthodes ont leurs avantages et leurs inconvénients.

Un compromis doit être réalisé entre l'exactitude des informations sur les coûts et leur obtention. Par conséquent, analystes, décideurs et acteurs politiques doivent déterminer si l'intérêt de posséder des informations plus précises et détaillées justifie les dépenses supplémentaires liées à leur obtention.

Les recommandations fournies par les lignes directrices méthodologiques actuelles varient – en partie en raison de la non-conformité avec les concepts comptables et économiques fondamentaux. Par exemple, les lignes directrices divergent sur (a) la meilleure façon d'attacher une valeur monétaire à l'utilisation des ressources, y compris les actifs immobilisés, (b) le champ d'étude recommandé (c.-à-d. sociétal – qui tient compte de tous les payeurs – ou ciblé sur les tiers payants) (c) la méthode adaptée de mesure et d'évaluation du temps passé par des prestataires informels, (d) la mesure et l'évaluation de perte de productivité, et/ou (e) les coûts encourus en termes d'années de vie supplémentaire. En outre, la littérature médicale ne propose pas de consensus concernant les meilleures techniques d'attribution des coûts des centres de soutien aux centres de mission (ceux où les patients sont traités et qui sont généralement remboursés). De même, la littérature est en désaccord sur la façon la plus appropriée de gérer les incertitudes.

Les lignes directrices actuelles ne fournissent pas suffisamment d'informations sur la meilleure façon de sélectionner les prestataires (sites) en vue d'effectuer une comparaison des coûts et sur la façon de traiter les données manquantes. Les expériences actuelles montrent qu'une approche verticale descendante peut être utile et raisonnablement précise lorsque les technologies de santé commercialisées (produits pharmaceutiques, appareils médicaux et autres produits de consommation) sont responsables de la majeure partie de l'utilisation des ressources. Dans ces cas, une approche verticale ascendante, (micro-costing) peut apporter des résultats similaires bien que plus onéreux et plus longs à obtenir. Soulignons toutefois qu'une approche ascendante peut s'avérer plus précise lorsque la prestation de service est basée sur des dispositions organisationnelles complexes (l'ensemble des matières premières peut varier considérablement) et lorsque les coûts des ressources humaines et des frais généraux sont responsables d'une grande partie des coûts totaux.

### ***Phase III : Analyse empirique des coûts et comparaison internationale***

#### *Méthodologie*

Cette phase avait pour objectif :

- d'identifier et de développer une méthodologie de comparaison des coûts ;
- d'évaluer si les prix constituent une bonne estimation des coûts des services individuels ;
- d'étudier les raisons sous-tendant les variations des coûts des services individuels.

Conformément au plan du projet, 10 « besoins de soins »/« raisons de la prise de contact » qui conduisent le patient à demander des soins ont été sélectionnés. Les cas-types décrits dans les « patients types » comprennent l'âge, le sexe et la co-morbidité pertinente. Ces cas-types ont été élaborés pour les soins d'hospitalisation et ambulatoires primaires, secondaires, facultatifs et en urgence. Un questionnaire a été créé afin d'établir des rapports exacts sur les services qu'un patient similaire à celui décrit dans le cas-type aurait/a reçu ainsi que les coûts associés aux services rendus.

Tableau : Aperçu des dix cas-types

Cas-type 1	appendicectomie ; homme âgé de 14 à 25 ans ; hospitalisation ; urgence
Cas-type 2	accouchement normal ; femme âgée de 25 à 34 ans ; hospitalisation ; facultatif
Cas-type 3	remplacement de l'os iliaque ; femme âgée de 65 à 75 ans ; hospitalisation ; facultatif
Cas-type 4	cataracte ; homme âgé de 70 à 75 ans ; ambulatoire ; urgence
Cas-type 5	attaque ; homme âgé de 60 à 70 ans ; hospitalisation ; urgence
Cas-type 6	infarctus aigu du myocarde ; homme âgé de 50 à 60 ans ; hospitalisation ; urgence
Cas-type 7	toux ; enfant de sexe masculin de 2 ans environ ; ambulatoire ; urgence
Cas-type 8	colonoscopie ; homme âgé de 55 à 70 ans ; ambulatoire ; facultatif
Cas-type 9	amalgame dentaire ; enfant âgé d'environ 12 ans ; ambulatoire ; urgence
Cas-type 10	kinésithérapie ; homme âgé de 25 à 35 ans ; ambulatoire ; facultatif

Pour chaque pays, des données ont été collectées pour obtenir un échantillon d'au moins cinq prestataires de soins de santé dans chaque contexte pertinent pour ces cas-types (c.-à-d. au moins 5 hôpitaux, 5 médecins généralistes, etc.). Dans ce contexte, les prestataires atypiques, dont la structure de coûts est différentes de celle que l'on peut attendre pour ce type de service (par ex. : hôpitaux de soins tertiaires si le service est principalement fourni dans des hôpitaux généraux), ont été exclu de l'échantillonnage. Il a été demandé aux partenaires d'utiliser des hôpitaux généraux « spécialisés dans les soins d'urgence » comprenant de 200 à 400 lits, sauf si cela ne reflétait pas l'organisation réelle du service.

### *Résultats et conclusions*

La méthodologie développée – au moyen des cas-types – s'est révélée réalisable et a été bien acceptée, ce qui nous a conduit à des résultats réalistes et valables. Dans la mesure où elle n'est pas fondée sur des patients réels mais sur des patients virtuels « standardisés », cette approche est sensible aux différents modèles de traitement et peut être utilisée pour comparer différents prestataires et différents pays. Les chercheurs ont rencontré beaucoup de compréhension et de volonté de participer de la part des cliniciens et des comptables qui, d'une manière générale, ont été en mesure de fournir des estimations pour la plupart des activités. La méthode choisie représente une bonne triangulation entre les méthodes qualitatives et quantitatives et constitue une approche efficace pour les projets collaboratifs européens ainsi que les comparaisons au sein des pays.

Il existe toutefois des limites méthodologiques à cette approche. Premièrement, de simples cas-types ne reflètent pas avec exactitude la réalité clinique. Les échantillons relativement réduits de prestataires et de patients conduisent par conséquent à de larges intervalles de confiance concernant les estimations dans certains pays. Les pays, et les prestataires dans les pays, ont montré des différences dans leur aptitude à fournir des données selon la méthodologie requise. Deux différences structurelles principales ont été identifiées entre les pays : Les hôpitaux de certains pays ne détiennent pas leurs actifs, ou les normes internationales de comptabilité concernant les coûts de capital n'ont pas été totalement mises en œuvre. Les différences administratives entre ces pays sont les suivantes : barrières juridiques concernant l'accès aux données des patients (surtout au Royaume-Uni) ; disposition variable à divulguer les données ; variation de la qualité des systèmes d'information entre les pays et les prestataires ; variation du nombre de prestataires fournissant des données pour chaque cas-type dans chaque pays et du nombre de patients proposés en échantillon par chaque prestataire ; différences entre les règles comptables utilisées pour l'attribution des coûts indirects ou des frais généraux aux services.

L'analyse exploratoire (l'analyse finale sera disponible lors de la publication des articles) de la corrélation entre les prix (remboursement) et les coûts a montré que les prix normaux pour *un accouchement normal*, *une attaque* et *une colonoscopie*, correspondent assez bien en moyenne malgré quelques valeurs aberrantes. Pour *l'appendicectomie*, *le remplacement de l'os iliaque*, *la cataracte* et *l'AMI*, les prix sont en moyenne

plus élevés que les coûts, ce qui est peut-être dû au fait que ces cas-types ont été élaborés pour des patients ne connaissant pas de complications. En revanche, pour *l'amalgame dentaire*, les prix semblent en général plus bas que les coûts. Les données disponibles étaient insuffisantes pour nous permettre de comparer les coûts et les prix pour la toux et la kinésithérapie.

La comparaison des composants des coûts par cas-types indique que dans la plupart des cas, le coût total des soins en Hongrie, Pologne et Espagne était inférieur à la moyenne des 9 pays. Des différences de coûts de main-d'œuvre semblent expliquer les variations pour les cas-types de la toux et de l'amalgame dentaire, tandis que des différences de traitement semblent importantes dans les cas-types de la *colonoscopie* et peut-être de l'*attaque*. Les frais généraux en tant que proportion des coûts totaux varient considérablement entre pays et entre cas-types. La durée d'hospitalisation n'a été un facteur significatif associé aux différences de coûts entre les hôpitaux que pour le cas de l'*attaque*.

Dans l'ensemble, les différences de coûts moyens étaient significatives entre les pays ; nous avons également constaté avec surprise que les variations au sein des pays étaient importantes, parfois mêmes plus grandes qu'entre les pays. Ces différences sont partiellement dues aux différences entre les normes comptables utilisées, mais aussi aux prix par unité de matière première, et surtout aux différences considérables et réelles existant dans les pratiques (et se traduisant par conséquent par des différences de couverture réelle des services). D'autres facteurs explicatifs comportent l'enregistrement des données, le transfert des coûts aux patients, les taux de change, la délimitation des services par rapport à d'autres secteurs, etc.

### **Principales conclusions et recommandations**

1. La comparaison internationale est un outil important pour apprendre les uns des autres et développer les meilleures pratiques. Cependant, les données relatives aux services, aux coûts et à la qualité ne sont pas toujours disponibles pour effectuer de telles comparaisons.
2. Par le passé, les paniers de soins des membres de l'UE n'ont pas reçu une attention suffisante. Tous les pays devraient être explicites au sujet des prestations de santé qu'ils fournissent et qu'ils ne fournissent pas, et rendre ces informations publiques.
3. Une analyse approfondie des biens et des services disponibles (et dans quelles conditions, y compris les obstacles à leur obtention ainsi que les coûts) est essentielle pour la Commission, les autorités nationales et régionales, les acheteurs de soins de santé et les patients. Par conséquent, il est recommandé d'analyser, de comparer et de discuter régulièrement des forfaits de soins de base et des critères utilisés pour les définir. Une telle surveillance des forfaits de soins permettra un flux d'information continu, entre autres sur les nouvelles technologies disponibles dans les différents pays.
4. Pour cela, il est indispensable que des documents publics soient régulièrement préparés par chaque État membre afin de fournir un aperçu transparent des paniers de soins et des critères de décision. Une « langue » commune (ou taxinomie : « Classification européenne des services de santé ») permettant d'étudier et de décrire les différences – justifiées par des préférences, des valeurs, des coutumes, des différences de prestataires ou autres – est urgente à des fins pratiques autant que scientifiques. Son élaboration devrait paraître à l'ordre du jour européen très prochainement. La taxinomie pourrait éventuellement être développée dans le cadre d'une expansion de la classification de l'OCDE ; l'utilité de EN 1828 sur le système de codification dans les soins de santé et de EN 1068 sur les systèmes de codification des procédures chirurgicales mérite d'être étudiée.
5. À moyen et à long terme, l'adoption de normes communes visant à déterminer l'inclusion de soins dans les paniers de soins des pays de l'UE et éventuellement l'établissement d'un panier de soins

européen uniforme (peut-être d'abord limité à certaines indications ayant une nette valeur ajoutée telles que les maladies orphelines) doivent figurer à l'ordre du jour européen. Il est vivement recommandé aux décideurs d'anticiper de telles discussions.

6. L'intérêt que portent les pays aux économies de coûts et au rapport qualité-prix est en augmentation, ils ont donc besoin de données fiables tant sur les coûts que sur l'efficacité. Les coûts ont été particulièrement négligés dans le passé (par rapport à la mesure des résultats) et il n'existe pas à l'heure actuelle de méthodologie de comparaison.
7. Notre approche consistant à utiliser des cas-types pour étudier l'usage des ressources ainsi que les coûts s'est avérée réalisable. Elle permet de surmonter de nombreuses difficultés rencontrées avec les autres approches. Ce système de cas-type devrait être exploré plus profondément à l'avenir. Cette exploration devra inclure des épisodes trans-sectoriels de soins (par exemples des soins d'urgence et de rééducation), des épisodes de soins chroniques (tels que dans les Programmes de gestion des maladies), maladies mentales ainsi que des problèmes méthodologiques tels qu'une attribution des coûts généraux plus comparable ou l'établissement de parités de pouvoir d'achat axées sur les soins de santé.
8. L'élément pré-requis pour une comparaison des coûts internationale est une méthodologie (méthode standard de calcul des coûts) mutuellement acceptée et un niveau de conformité raisonnable. Cependant, un consensus sur les principes scientifiques de base ne suffira pas à assurer une comparabilité utile. Il est important de standardiser les méthodes/techniques les plus importantes et les plus fréquentes, telles que la mesure d'utilisation des ressources, les méthodes d'attribution des coûts, y compris la base et les techniques d'attribution, les méthodes d'évaluation et les capacité d'utilisation. En outre, des lignes directrices communes doivent fournir des instructions détaillées quant à l'utilisation pratique de ces instruments.
9. L'harmonisation des méthodologies de coûts est essentielle mais elle ne suffira pas à assurer une comparabilité utile. En effet, les systèmes comptables au niveau des prestataires et au niveau national doivent être coordonnés et standardisés. Toutefois, cela nous met en présence d'un sérieux dilemme : Une méthodologie de comptabilité européenne standardisée dans le domaine des soins de santé, y compris au niveau des prestataires, est sans doute justifiée et nécessaire mais l'application d'une méthodologie unique entre en conflit avec le principe de subsidiarité. Cela s'explique par le fait que, paradoxalement, un pouvoir politique et des systèmes de gestion opérationnelle décentralisés exigent des données uniformes.
10. Les partenaires du projet *HealthBASKET* émettent la recommandation suivante en vue de résoudre un tel dilemme : Établir un « Club de données référence » des hôpitaux qui acceptent de se conformer aux normes comptables courantes. Bien que cette option présente de nombreux avantages (par ex. : la pression exercée sur des hôpitaux non participants pour les inciter à adhérer), ses limites méthodologiques sont claires : les hôpitaux en question ne sont probablement pas représentatifs de tous les hôpitaux de leur région respective.
11. Lorsque les données comparatives seront disponibles, les pays européens devront remettre en question cette supposition commune qui consiste à penser que leurs systèmes de santé respectifs ont un fonctionnement tellement différent que toute règle ou financement nouveaux sont justifiés. Le projet *HealthBASKET* considère que les variations au sein des pays sont peut-être plus grandes et plus importantes pour de nombreuses indications que les variations entre pays. Ce dernier point soulève la question de la nécessité d'étudier la possibilité d'une assurance de la qualité paneuropéenne et un système de classification des patients paneuropéen (ex. : un système DRG européen).

## **Travaux futurs**

Bien que les partenaires du projet aient atteint les objectifs énoncés en commun avec l'UE, il est clair que beaucoup de travail reste à accomplir dans les domaines suivants :

- développement d'une « Classification européenne des services de santé » ;
- extension (de la description et de l'analyse des paniers de soins ainsi que des coûts et des prix pratiqués) aux autres pays de l'UE ;
- mises à jour continues sur les conclusions (ces deux points pourraient être poursuivis sous les auspices de la Commission) ; et
- analyse plus approfondie des systèmes européens DRG ainsi que des catalogues de soins utilisés pour les soins ambulatoires, etc. dans le but d'étudier plus en détail les opportunités d'apprentissage et de collaboration mutuels.

**[www.healthbasket.org](http://www.healthbasket.org)**