

Atelier de standardisation des pratiques en évaluation économique :

Les coûts dans l'évaluation économique

Un constat

- ⊙ L'évaluation économique en santé reste un champ d'étude et **de recherche**
- ⊙ Les pratiques des acteurs impliqués en matière d'évaluation des coûts sont **variables, contraintes** par les possibilités offertes par les systèmes d'information existants ainsi que par leur conditions d'accès
- ⊙ Cette variabilité se traduit par **un niveau d'incertitude parfois important** sur les résultats produits
- ⊙ Cette incertitude n'est que partiellement levée par les analyses de sensibilité sur les paramètres pris en compte dans l'évaluation

Il est donc important de produire un référentiel en matière de coûts

- ⦿ *« La mort de l'économie du bien-être a souvent été proclamée, non parce que les questions qu'elle traite seraient inutiles ou superflues, mais parce que les outils qu'elle propose peinent à répondre aux questions soulevées... »*
- ⦿ Le guide méthodologique s'il propose des éléments de cadrage ne répond pas à toutes les questions pratiques en matière d'évaluation des coûts
- ⦿ Il n'existe pas en France de base de données unique et partagée recensant les paramètres nécessaires pour l'évaluation des coûts

Certains pays disposent de ce type de base



Handleiding voor kostenonderzoek

Methoden en standaard kostprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg

CVZ

- ⊙ Australie
- ⊙ UK
- ⊙ Canada
- ⊙ Pays-Bas
- ⊙ Etc.

Avec le soutien de l'HAS, le CES et la SFES...

**Atelier de standardisation des
pratiques en évaluation
économique consacrés à la
question des coûts**

Les coûts en secteur ambulatoire



Les consultations médicales (généraliste)

Les problèmes

- ⊙ Une tarification de plus en plus complexe
 - > Majorations diverses de la consultation (cumul possible)
- ⊙ Les règles tarifaires variables selon le profil des patients (âge, statut, lieu géographique, etc.)
- ⊙ Les anomalies tarifaires (par exemple non respect du principe de non cumul d'un acte de consultation et d'un acte technique)
- ⊙ Les dépassements d'honoraires
- ⊙ Une rémunération des médecins qui n'est plus aujourd'hui exclusivement liée aux actes (forfaits multiples, CAPI, etc.)
- ⊙ Une situation constamment évolutive

Les consultations médicales (généraliste)

Les propositions

- ⦿ Distinguer Médecin généraliste et MEP
- ⦿ Etablir des valeurs moyennes intégrant les dépassements d'honoraires, les majorations et les rémunérations complémentaires des médecins mais pas les participations aux contributions sociales (aspect jugé trop complexe et correspondant à un flux entre agents)
- ⦿ Pour ce calcul distinguer deux sous-valeurs :
 - > une moyenne de ce qui est présenté au remboursement (source EGB)
 - > Une moyenne des rémunérations complémentaires rapporté au nombre total d'actes médicaux : consultations (C), visites (V) et actes médico-techniques

Les consultations médicales (spécialistes)

Les problèmes

- ⦿ Mêmes type de difficultés (y compris CAPI étendus à certaines spécialités)
- ⦿ Compliquées par les modalités de tarification spécifiques pour certaines spécialités

Les consultations médicales (spécialistes)

Les propositions

- ⦿ La conclusion est la même que pour les généralistes : pour chaque spécialité sera calculée la moyenne de ce qui a été présenté au remboursement, à laquelle sera affectée une part des rémunérations complémentaires
- ⦿ Il reste à établir la liste des spécialités qui sera utilisée pour ces calculs (complexité des classifications)
- ⦿ Les actes seront traités de manière distincte des consultations, sans considérer les cas dans lesquels on observe un cumul des deux

Les consultations externes

Les problèmes

- Les consultations externes font l'objet d'une tarification particulière...
- Leur valorisation suppose donc de connaître le niveau de formation du médecin en charge de l'acte
- Un raisonnement en coûts de production supposerait de connaître les coûts de revient (et donc l'ampleur des déficits fréquemment évoqués par les établissements)

Type de consultation		Code de la consultation	Tarif
Consultation avec votre médecin traitant ou un médecin en accès direct	Généraliste	C	23€
	Spécialiste	CS	23€
Consultation avec un médecin correspondant (patient orienté par son médecin traitant)	Généraliste	C +MCG	26€
	Spécialiste	CS+MCS	26€
Avis d'expert 1 fois/semestre (patient orienté par son médecin traitant ou correspondant)	Spécialiste	C2	46€
	Spécialiste PU-PH	C3	69€

Les consultations externes

Les propositions

- ⦿ Il apparaît impossible de distinguer les consultations externe selon le profil de l'exécutant
- ⦿ Le coût présenté au remboursement figure désormais dans les bases de l'AM, des valeurs moyennes peuvent être produites (source EGB)

Les actes médicaux cliniques et techniques

Les problèmes

- ⦿ Une base tarifaire : la CCAM
- ⦿ Complexité majeure de la tarification
 - > Exemple : Pour l'association d'actes techniques, le médecin code les actes réalisés et indique, pour chacun d'entre eux, le code correspondant à la règle d'association devant être appliquée.
 - > Pour les actes de chirurgie portant sur des membres différents, sur le tronc et un membre, sur la tête et un membre, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le moins élevé, est tarifé à 75 % de sa valeur
 - > Le cumul des actes avec la consultation est interdit sauf dans certains cas (exemple l'ECG)
- ⦿ Les modificateurs : urgences, âge du patient, intervention chirurgicale itérative, etc.
- ⦿ Les dépassements...
- ⦿ Mais aussi
 - > Quid des actes côtés par assimilation ? Quelle référence ?

Les actes médicaux cliniques et techniques

Les propositions

- ⊙ Retenir comme base la tarification CCAM augmenté d'un % correspondant au dépassement d'honoraire moyen calculé sur l'ensemble des actes
 - Pas de distinction par type d'actes car la complexité des calculs serait trop importante et du fait de la rareté de certains actes
- ⊙ Pour traiter des situations complexes, on se réfèrera au vademecum de la CCAM qui détaille les cotations à appliquer en cas d'actes multiples

Le cas particulier des actes d'imagerie

Les problèmes

- Base CCAM
- Complexité des modificateurs spécifiques à la radiologie
- Certains examens (Scanner, IRM notamment) comportent, outre le tarif de l'acte, un forfait technique. L'assurance maladie applique pour le paiement des forfaits techniques un barème qui dépend du lieu géographique, de l'âge du matériel, de sa puissance et du nombre d'actes réalisé par an...
- Pour les scintigraphies et TEP, les forfaits correspondant incluent la fourniture des radiopharmaceutiques. Certains de ces produits ont des prix qui dépassent très largement les tarifs (déficit) quelle valorisation ?

Le cas particulier des actes d'imagerie

Les propositions

- ⦿ Estimer des valeurs moyennes pour les forfaits IRM et Scanner en distinguant forfaits pleins et réduits et entre secteur privé et public
- ⦿ Retenir une valeur moyenne pondérée dans la plupart des analyses
- ⦿ Utiliser au besoin les valeurs des forfaits réduits ou pleins/privés ou publics en analyse de sensibilité
- ⦿ Pour les produits de contraste utilisés en radiologie dans les établissements ex DG, on utilisera le prix public TTC auquel sera appliqué une décote avec une analyse de sensibilité (entre -20% et -50%)
- ⦿ Pour les scintigraphies, estimer des valeurs moyennes auquel sera additionné le prix de produit (traceur radioactif) lorsqu'il est très onéreux

Les analyses biologiques

Les problèmes

- ⦿ Base la TNB, mais :
 - > Forfait de sécurité pour le traitement d'un échantillon sanguin dans les conditions prévues
 - > Forfait de prise en charge pré-analytique du patient
 - > Forfait de sécurité pour le traitement d'un échantillon en vue d'un examen bactériologique, mycologique et parasitologique
 - > Suppléments pour actes de biologie médicale effectués en urgence, en dehors des périodes ouvrables
 - > Supplément pour actes de biologie effectués sur les patients hospitalisés en établissement de soins privés
 - > Des tarifs de prélèvement qui varient selon la qualification du professionnel en charge du prélèvement (biologiste, technicien de laboratoire, infirmière)

Les analyses biologiques

Les propositions

- ⦿ Estimer la valeur du B « chargé » (incluant prélèvements, forfaits additionnels, etc.) puis utiliser la cotation des analyses dans la TnB
- ⦿ Sources possibles : données EcoSanté, EGB

Les actes des auxiliaires médicaux

Les problèmes

- ⊙ Pour les infirmières, mêmes type de problème que pour les médecins
 - > Base NGAP
 - > Des majorations complexes (MAU acte unique (si deux actes plus de MAU!!), MCI coordination infirmière (ne s'appliquent qu'à certains actes et à certains patients de soins palliatifs)
 - > Des forfaits complémentaires (démarche de soins pour patient dépendant, etc.)
 - > Des prestations au temps passé (Séance hebdomadaire de surveillance clinique infirmière et de prévention)
- ⊙ Pour les masseurs-kinésithérapeutes
 - > Des cotations variant selon le lieu de réalisation des prestations (La cotation des actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute dans une structure de soins ou un établissement, y compris lorsque le malade y a élu domicile, autre que ceux qui donnent lieu à application de la lettre clé AMK est affectée d'un coefficient égal à 0,80)
 - > Des cotations concernant des actes réalisés auprès de groupes de patients...
- ⊙ Idem pour podologues, sage-femmes, orthoptistes, orthophonistes...

Les actes des auxiliaires médicaux

Les propositions

⊙ Pour les infirmières

- Calcul d'un AMI moyen « chargé » incluant les frais de déplacement (source Ecosanté ou EGB) et application de la tarification en ne considérant que la cotation en AMI

⊙ Pour les kinésithérapeutes

- Le principe pourrait être le même

⊙ Pour les autres professions

- Application autant que possible de la tarification en vigueur

Les actes des auxiliaires médicaux non remboursables

Les problèmes

- ⊙ Diététiciennes, ergothérapeutes, psychologues,...
- ⊙ « Les ressources ne disposant pas d'un tarif sont valorisées au prix courant moyen s'il est observable, ou par une autre méthode à préciser... »
- ⊙ Quelle autre méthode ? Quelle validité ?

Les actes des auxiliaires médicaux non remboursables

Les propositions

- ⦿ Un travail est à engager avec la Mutualité pour obtenir des données sur ces actes
- ⦿ On prendra alors pour chaque consultation et pour chaque profession la valeur moyenne estimée sur cette base

Le médicament

Exemples de problèmes

- La question générale du prix facial...
- Le problème de la facturation des médicaments rétrocédés (un modèle de complexité tarifaire... calcul des prix de cession au public)
- Les médicaments en ATU: sont pris en charge par l'Assurance maladie à prix libre à 100 % pendant la durée de validité. Dans certains cas, ils peuvent être vendus au public par les pharmacies hospitalières dûment autorisées (rétrocession) (Les autres médicaments sous ATU sont pris en charge par une dotation spécifique au titre des Missions Enseignement, Recherche, Référence et Innovation (MERRI))

Le médicament

Les propositions

- ⦿ Pas de proposition pour la question du prix facial...
- ⦿ Pour les rétrocessions, utilisation de bases de données d'établissements (AP-HP?)
- ⦿ Les médicaments en ATU feront l'objet d'un traitement particulier : on prendra le prix demandé par le laboratoire mais en analyse de sensibilité on fera baisser cette valeur entre 10 et 20% (cf. Thèse Albane Degrossat-Théas Prix, concurrence et régulation : soutien à l'innovation et prix des médicaments à l'hôpital)
- ⦿ Source de référence : BdM, Medicam (pour les pondérations des prix dans une classe)

Les dispositifs et prestations

Les problèmes

- ⦿ La LPPR fixe la base tarifaire de remboursement
- ⦿ Si certains dispositifs médicaux ont un prix limite de vente fixé par convention ou par le CEPS, d'autres (la plupart) n'en ont pas et leur prix est donc libre
- ⦿ Certains produits sont pris en charge dans le cadre de forfaits
- ⦿ Des frais de livraison peuvent être facturés
- ⦿ Les sources de données pour les prix réels pratiqués sont essentiellement des sources privées
- ⦿ Les prestations (pompe à insuline, PPC, etc.) font l'objet de forfaits par unité de temps conditionnés par un ensemble de règles complexes (suivi d'observance, etc.)

Les dispositifs et prestations

Les problèmes

- ⦿ La LPPR fixe la base tarifaire de remboursement
- ⦿ Si certains dispositifs médicaux ont un prix limite de vente fixé par convention ou par le CEPS, d'autres (la plupart) n'en ont pas et leur prix est donc libre
- ⦿ Certains produits sont pris en charge dans le cadre de forfaits
- ⦿ Des frais de livraison peuvent être facturés
- ⦿ Les sources de données pour les prix réels pratiqués sont essentiellement des sources privées

- ⦿ Les prestations (pompe à insuline, PPC, etc.) font l'objet de forfaits par unité de temps conditionnés par un ensemble de règles complexes (suivi d'observance, etc.)

Les dispositifs et prestations

Les propositions

- ⦿ Elles passent sans doute par l'exploitation des données de l'AM pour estimer des valeurs moyennes par ligne LPP présentées au remboursement

Les transports (hors établissement) les problèmes

- ⦿ La tarification des transports sanitaires par transport assis professionnalisé (VSL ou Taxi conventionné) ou ambulance comporte :
 - > **un forfait** : forfait départemental ou forfait agglomération ou forfait « prise en charge », selon le lieu du siège de l'entreprise de transports sanitaire et le type de transport
 - > **un tarif kilométrique**, applicable à la distance parcourue en charge du lieu de départ au lieu d'arrivée, dès le 1er km parcouru dans le cas de la facturation de la prise en charge ou déduction faite des 3 premiers km inclus dans le forfait départemental et dans le forfait agglomération
 - > Il existe différents suppléments de tarification, majorations, cas particuliers (frais de péage, etc.)
 - > Les règles de conventionnement des taxis varient d'une caisse à l'autre
- ⦿ Les frais de transport en véhicule personnel sont remboursés à 65 % sur la base du tarif des indemnités kilométriques en vigueur, variables selon la catégorie du véhicule et la distance parcourue
- ⦿ Les frais de transport en commun peuvent être remboursés

Les transports

Les propositions

- ⦿ Il est possible d'estimer certaines distances par exemple en exploitant les données PMSI (mais ce travail cartographique est complexe)
- ⦿ Estimer des valeurs moyennes au niveau national à partir des bases de l'assurance maladie (sans distinguer lieux, distances) par modalités de transport (à l'exclusion des SMUR et SAMU financés par l'hôpital)
- ⦿ L'atelier espère susciter un travail institutionnel spécifique sur les transports par pathologie

Les soins hospitaliers



Les hospitalisations MCO

Les problèmes

⦿ L'approche par l'ENCC

- L'identification des séjours repose parfois sur le seul intitulé des GHS, sur le mix des séjours ayant un diagnostic principal, sur le mix des séjours comportant un diagnostic donné, etc...
- Les coûts peuvent ou non être pondérés entre secteur public et privé
- Les coûts peuvent ou non être ajustés sur les durées de séjour effectivement observées
- Le décalage temporel de l'ENC
- Les évolutions des classifications au cours du temps
- Les effectifs de l'ENC sont parfois extrêmement faibles (voire nuls en secteur privé) d'où une grande incertitude sur les résultats produits
- La variabilité des données de base entre établissements
- Les coûts de production s'écartent parfois notablement des tarifs

Les hospitalisations MCO

Les problèmes

- ◎ L'approche par les tarifs par GHS
 - Mêmes remarques que précédemment sur les questions d'identification
 - La nécessité de prise en compte des BH et BB des séjours,
 - La nécessité de prise en compte de l'ensemble des composantes tarifaires (forfaits multiples, produits en sus, etc.) y compris les coefficients géographiques
 - Surtout, l'absence de prise en compte des enveloppes MERRI, MIGAC, etc. conduit à une sous-estimation importante des coûts hospitaliers
 - Les tarifs ne sont pas décomposables, pas de possibilité de modifier les composantes

Les hospitalisations MCO

Les problèmes

- ◎ Les tarifs médico-administratifs
 - > Avatars du passé
 - > Non remontés par certains établissements
 - > Mais utilisés pour la tarification des séjours aux personnes non –couvertes par l'AM et pour le calcul des tickets modérateurs des hospitalisations (!!!) quid dans la perspective de l'Assurance maladie ?

Les hospitalisations MCO

Les propositions

- ⊙ Valoriser les séjours sur la base de l'ENC si les critères de qualité sont suffisants
- ⊙ Par convention le taux de sondage doit être supérieur à 20% et l'erreur relative de l'échantillonnage (ERE) inférieure à 30%
 - Exemple : Le coût moyen estimé pour un GHM est 5 200 euros et l'ERE calculée vaut 5%. Il y a environ 95 chances sur 100 pour que le 'vrai' coût moyen soit compris entre $5\,200 \cdot (1 - 2 \cdot 5\%)$ euros et $5\,200 \cdot (1 + 2 \cdot 5\%)$ euros
 - Pour certains GHM ou GHS, il n'y a pas d'ERE calculé : NC (non calculé) dans la colonne concernée
- ⊙ Dans le cas où le GHM est mal évalué à cause du taux de sondage et de l'ERE, on utilisera le tarif par GHS + forfaits additionnels

Les hospitalisations MCO

Les propositions

- ⊙ Il est également proposé de rendre public les données désagrégées de l'ENC afin de permettre certaines approches plus fines
- ⊙ La pratique consistant à extraire des postes de coûts de l'analyse et à réinjecter des valeurs observées sur certains postes est jugée acceptable bien que dangereuse et imposant une analyse de sensibilité

Les activités hospitalières

Les problèmes

- ⦿ La question des coûts de production hospitaliers pour certaines de ces activités est traitée par un autre groupe de travail
- ⦿ Les données de référence étaient jusqu'à présent les données de la FHF et le rapport du GACAH mais ces données datent de 2009...

Les activités hospitalières

Les propositions

- ⦿ Les informations sur les coûts de revient par unités fonctionnelles seraient remontées systématiquement au niveau de l'ATIH dans le cadre de l'ENC
- ⦿ Ces données ne seraient pas exploitées dans le sens souhaité pour les évaluations économiques
- ⦿ Une recommandation forte serait donc de solliciter l'ATIH pour que cette exploitation soit assurée

Les SSR et l'HAD

Les problèmes

- ⊙ Des problèmes similaires à ceux du MCO en ce qui concerne les tailles d'échantillon de l'ENC, les changements de classification, etc.
- ⊙ Les approches par les tarifs semblent impossibles (une partie des établissements concernés restent sous DAF)

SSR et HAD

Les propositions

- ⦿ Rien de plus que de suggérer l'utilisation des ENC

Les hospitalisations en secteur psychiatrique

Les problèmes

- ⊙ Pas (encore) d'ENC mais des études économiques sur échantillons d'établissements (assez larges)
- ⊙ Ces études ne permettent pas de déterminer des coûts par séjour mais uniquement des coûts complets moyens par unités d'œuvre
- ⊙ Mode de valorisation à retenir reste assez obscur...

Les hospitalisations en secteur psychiatrique

Les propositions

- ⦿ Estimer un coût moyen par jour de prise en charge (hors établissement MCO) indépendant des modalités de cette prise en charge
- ⦿ On retire de la dotation psychiatrie (13% de la dotation des hôpitaux) la partie consultation et on divise le montant restant par le nombre de journées de prise en charge

Les EHPAD (hors champ?)

Les propositions

- ⊙ Pour les EHPAD il est suggérer d'utiliser le coût journalier des nouvelles places créées estimé par le CNSA ou les tarifs opposables départementaux.

Le temps du patient les problèmes

- ⦿ *Ces ressources sont importantes à prendre en compte dans une évaluation économique adoptant une perspective collective. La HAS les analyse comme constitutives des coûts directs en tant que facteurs de production à part entière...*
- ⦿ Confusion partielle avec les coûts indirects et la question des pertes de production
- ⦿ Finalement très rarement valorisé en tant que tel

Le temps du patient les propositions

- ⦿ Aucun consensus n'a pu être obtenu sur ce point

Le temps des aidants

Les problèmes

- ⦿ Les choses sont un peu plus claires mais...
- ⦿ Où trouver les valeurs de référence permettant de valoriser l'activité correspondante par assimilation avec une activité professionnelle équivalente et au prix du marché ?

Le temps des aidants

Les propositions

- ⊙ Les données INSEE sur le coût salarial par profession peuvent être utilisées
- ⊙ Essentiellement deux professions sont à distinguer :
 - > Aides ménagères
 - > Aides-soignants

Autres aspects

La question des indices de prix

Les problèmes

- ⊙ Quel Indice des prix retenir pour prendre en compte les effets de l'inflation ?
 - > Un indice global ?
 - > Les indices détaillés fournis par l'INSEE pour chaque fonction de consommation en santé de la Classification of Individual Consumption by Purpose – COICOP ?

La question des indices de prix

Les propositions

- ⦿ Retenir les indices détaillés fournis par l'INSEE pour chaque fonction de consommation en santé de la Classification of Individual Consumption by Purpose – COICOP

Les franchises...

- ⊙ Dans une perspective collective, les franchises ne sont pas à considérer : simple flux ou absence de flux entre agents
- ⊙ (Dans une perspective Assurance maladie, la situation est bien différente mais se pose alors la question de l'affectation des franchises car ces dernières sont plafonnées, calculées à distance des actes de soins, etc....)

Le forfait hospitalier

Un problème...

- ⊙ Participation financière aux frais d'hébergement entraînés par l'hospitalisation non prise en charge par l'assurance maladie sauf exception
- ⊙ 18 € par jour pour tout séjour supérieur à 24 h dans un établissement hospitalier public ou privé (y compris le jour de sortie)
- ⊙ Faut-il intégrer le forfait hospitalier dans le calcul des coûts dans une perspective collective ?
- ⊙ Si oui comment ?
 - > À partir de la durée moyenne de séjour du GHM étudié ?
 - > ...

Le forfait hospitalier

Les propositions

- ⊙ N'est pas un problème si valorisation par le coût de revient de l'ENC
- ⊙ Est plus un problème si la valorisation est effectuée par les tarifs
- ⊙ Il semble que l'ATIH communique à la CNAMTS un fichier national d'hospitalisations comportant tous les forfaits « prestations » déjà intégrés en sus du tarif. Ne pourrait-il pas être public et intégrer éventuellement ce type de forfait ?

Le coût des maladies (annexe...)

Les problèmes

- ⦿ Les modélisations économiques nécessitent très souvent de prendre en compte le coût unitaire de prise en charge de pathologies (exemple : un modèle dans le traitement du diabète, nécessitera de considérer le nombre d'évènements cardiovasculaires évités et donc le coût de ces derniers)
- ⦿ L'estimation du coût de ces pathologies ne peut, à elle seule, mobiliser l'ensemble des ressources disponibles pour l'étude
- ⦿ On se contente donc habituellement de coûts publiés dans la littérature, d'estimations rapides établies sur les bases hospitalières, etc. Les coûts ne sont pas déterminés sur les mêmes périodes, ils correspondent parfois aux ressources mobilisées par un patient présentant la maladie, parfois au coût de la maladie elle-même, etc.

Le coût des maladies (annexes...)

Les problèmes

- ⊙ Les études de coûts sur base de données offrent des possibilités nouvelles mais :
- ⊙ Quid des patients décédés en cours d'année ?
- ⊙ Quid des patients en tout début de diagnostic (errance thérapeutique) ?
- ⊙ Comment gérer le problème des polypathologies ?
- ⊙ Doit-on séparer le coût de prise en charge de la première année et des années suivantes ?
- ⊙ Etc.

Le coût de la maladie (annexes)

Les propositions

- ⦿ Attendre les résultats du travail en cours en ce sens au niveau de la CNAMTS avec différentes approches méthodologiques
- ⦿ Toutefois ces travaux devront être analysés car ils soulèvent des questions de méthodes d'identification des pathologies, de méthodes d'attribution des coûts, de modes de valorisation des séjours hospitaliers, etc.