

## Rapport d'activité

### Atelier de standardisation des pratiques en évaluation économique du 13 février 2014

#### Contexte

L'évaluation de l'efficacité des produits de santé par la Haute Autorité de santé est définie par la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 et par le décret n°2012-1116 du 2 octobre 2012 (article R.161-71-1 du Code de la sécurité sociale). Un Guide méthodologique sur les Choix méthodologiques pour l'évaluation économique à la HAS a été publié en Octobre 2011. Ce Guide comporte différentes recommandations portant, en particulier, sur l'identification, la mesure et la valorisation des coûts lors des analyses de référence. Il comprend également des fiches techniques en annexe précisant les sources d'informations pour la valorisation des ressources qui peuvent être mobilisées.

Pour autant, force est de constater l'existence d'une forte variabilité dans les valorisations conduites dans les études de coût de la maladie ou lors des évaluations conduites en France que ces dernières soient ou non soumises pour avis à la HAS.

Le Collège des Économistes de la Santé et la Société Française en Économie de la Santé ont donc décidé de mettre en place un Atelier de standardisation des pratiques en évaluation économique des stratégies de santé portant spécifiquement sur cette question. L'organisation matérielle a reposé sur la mise en place d'une réunion d'échange inter-équipes, le jeudi 13 février 2014. Cette réunion s'est tenu dans les locaux de l'ESSEC au CNIT, La Défense, Paris.

Au cours de cette journée, ont été abordés successivement tous les principaux postes de coûts directs pris en compte dans ces études. Pour chaque poste, une approche consensuelle a été dégagée et les sources à mobiliser identifiées ainsi que les méthodes de calcul.

## Les participants

L'animation de la journée a été co-assurée sous la responsabilité du Dr Bruno Detournay en tant que Vice-Président chargé de ces questions au sein du Collège des Economistes de la Santé et par le Pr Robert Launois Président de la SFES.

La liste des participants à l'atelier validée préalablement par l'HAS figure ci-dessous. Toutes les personnes contactées ou annoncées ont été effectivement présentes.

### Atelier de standardisation des pratiques en évaluation économique

jeud 13 février 2014, ESSEC - CNIT

liste des personnes contactées			liste des personnes annoncées	
Organisme	Contact	courriel Contact	Annoncées	courriel personnes annoncées
AMARIS	Constance Nevoret	<a href="mailto:cnevoret@amaris.com">cnevoret@amaris.com</a>	Aline Gauthier	<a href="mailto:agauthier@amaris.com">agauthier@amaris.com</a>
			Magali Cognet	<a href="mailto:magali.cognet@amaris.com">magali.cognet@amaris.com</a>
CEMKA EVAL	Antoine Lafuma	<a href="mailto:antoine.lafuma@cemka.fr">antoine.lafuma@cemka.fr</a>	Bruno Detournay	<a href="mailto:Bruno.Detournay@cemka.fr">Bruno.Detournay@cemka.fr</a>
			Olivia Clément	<a href="mailto:olivia.clément@cemka.fr">olivia.clément@cemka.fr</a>
			Antoine Lafuma	<a href="mailto:antoine.lafuma@cemka.fr">antoine.lafuma@cemka.fr</a>
CENTRE LEON BERARD	Lionel Perrier	<a href="mailto:PERRIERL@lyon.fnclcc.fr">PERRIERL@lyon.fnclcc.fr</a>	Lionel Perrier	<a href="mailto:PERRIERL@lyon.fnclcc.fr">PERRIERL@lyon.fnclcc.fr</a>
CNAMTS	Christelle Gastaldi-Menager	<a href="mailto:christelle.gastaldi-menager@cnamts.fr">christelle.gastaldi-menager@cnamts.fr</a>	Christelle Gastaldi	<a href="mailto:christelle.gastaldi-menager@cnamts.fr">christelle.gastaldi-menager@cnamts.fr</a>
			Pauline Ricci	<a href="mailto:pauline.ricci@cnamts.fr">pauline.ricci@cnamts.fr</a>
CREATIV-CEUTICAL	Mondher Toumi	<a href="mailto:mto@creativ-ceutical.com">mto@creativ-ceutical.com</a>	Samuel Aballéa	
ERUDITE FR CNRS 3435	Thomas Barnay	<a href="mailto:barnay@u-pec.fr">barnay@u-pec.fr</a>		
ESSEC Santé,	Gérard de Pouvoirville	<a href="mailto:pouvoirville@essec.fr">pouvoirville@essec.fr</a>		
ERES (Etudes et Recherche en Economie de la Santé) - Gustave Roussy	Julia Bonastre	<a href="mailto:Julia.BONASTRE@gustaveroussy.fr">Julia.BONASTRE@gustaveroussy.fr</a>	Julia Bonastre	<a href="mailto:Julia.BONASTRE@gustaveroussy.fr">Julia.BONASTRE@gustaveroussy.fr</a>
			Isabelle Borget	<a href="mailto:isabelle.borget@gustaveroussy.fr">isabelle.borget@gustaveroussy.fr</a>
HEVA-H.E.O.R.	Stéphane Roze	<a href="mailto:sroze@heva-heor.com">sroze@heva-heor.com</a>	Stéphane Roze	<a href="mailto:sroze@heva-heor.com">sroze@heva-heor.com</a>
	Cécile Blein	<a href="mailto:CBLEIN@hevaweb.com">CBLEIN@hevaweb.com</a>	Cécile Blein	<a href="mailto:CBLEIN@hevaweb.com">CBLEIN@hevaweb.com</a>
IMS health	Frédérique Maurel	<a href="mailto:fmaurel@fr.imshealth.com">fmaurel@fr.imshealth.com</a>	Frédérique Maurel *	<a href="mailto:fmaurel@fr.imshealth.com">fmaurel@fr.imshealth.com</a>
	Xavier Colin	<a href="mailto:Xcolin@fr.imshealth.com">Xcolin@fr.imshealth.com</a>	Xavier Colin *	<a href="mailto:Xcolin@fr.imshealth.com">Xcolin@fr.imshealth.com</a>
REES France	Robert Launois	<a href="mailto:reesfrance@wanadoo.fr">reesfrance@wanadoo.fr</a>	Robert Launois	<a href="mailto:launois.reesfrance@wanadoo.fr">launois.reesfrance@wanadoo.fr</a>
			Jean-Gabriel Le Moine	
			Lucia Fiestas Navarrete	
STATESIA	Franck Maunoury	<a href="mailto:franck.maunoury@statesia.com">franck.maunoury@statesia.com</a>	Franck Maunoury	<a href="mailto:franck.maunoury@statesia.com">franck.maunoury@statesia.com</a>
STEVE Consultants	Steve Benard	<a href="mailto:sbenard@steve-consultants.com">sbenard@steve-consultants.com</a>	Steve Benard	<a href="mailto:sbenard@steve-consultants.com">sbenard@steve-consultants.com</a>
UNIVERSITE DROIT ET SANTE LILLE 2	Benoit Dervaux	<a href="mailto:benoit.dervaux@chru-lille.fr">benoit.dervaux@chru-lille.fr</a>	Fanette DENIES	
UNIVERSITE PARIS DAUPHINE - LEDa LEGOS	Pierre Levy	<a href="mailto:pierre.levy@dauphine.fr">pierre.levy@dauphine.fr</a>	Pierre Levy	<a href="mailto:pierre.levy@dauphine.fr">pierre.levy@dauphine.fr</a>
URC Eco Ile de France	Isabelle Durand-Zaleski	<a href="mailto:isabelle.durand-zaleski@hmn.aphp.fr">isabelle.durand-zaleski@hmn.aphp.fr</a>	Karine Chevreul	<a href="mailto:isabelle.durand-zaleski@sap.aphp.fr">isabelle.durand-zaleski@sap.aphp.fr</a>
ADES (association étudiante Dauphine)			Agathe Doutriaux	<a href="mailto:adoutriaux@gmail.com">adoutriaux@gmail.com</a>
Rapporteur salarié			Laura Catella	<a href="mailto:catellalaura@gmail.com">catellalaura@gmail.com</a>
Rapporteur salarié			Louise Grailles	<a href="mailto:louisegrailles@gmail.com">louisegrailles@gmail.com</a>

\* présent uniquement le matin

Par ailleurs, le SEESP de l'HAS a participé effectivement à l'atelier tout au long de la journée (Mmes Véronique Raymond et Isabelle Hirtzlin, chefs de projet, HAS Mme Anne-Line Couillerot-Peyrondet, Mr Salah Ghabri).

## Restitution

A l'issue de la journée, une présentation résumant les questions posées et les conclusions des discussions menées a été transmise à tous les participants (le 13 mars 2014).

Une restitution a été effectuée en séance plénière du bureau de la Commission d'évaluation économique et de santé publique par le Dr Bruno Detournay et par le Pr Robert Launois le 11 mars 2014.

## Eléments abordés

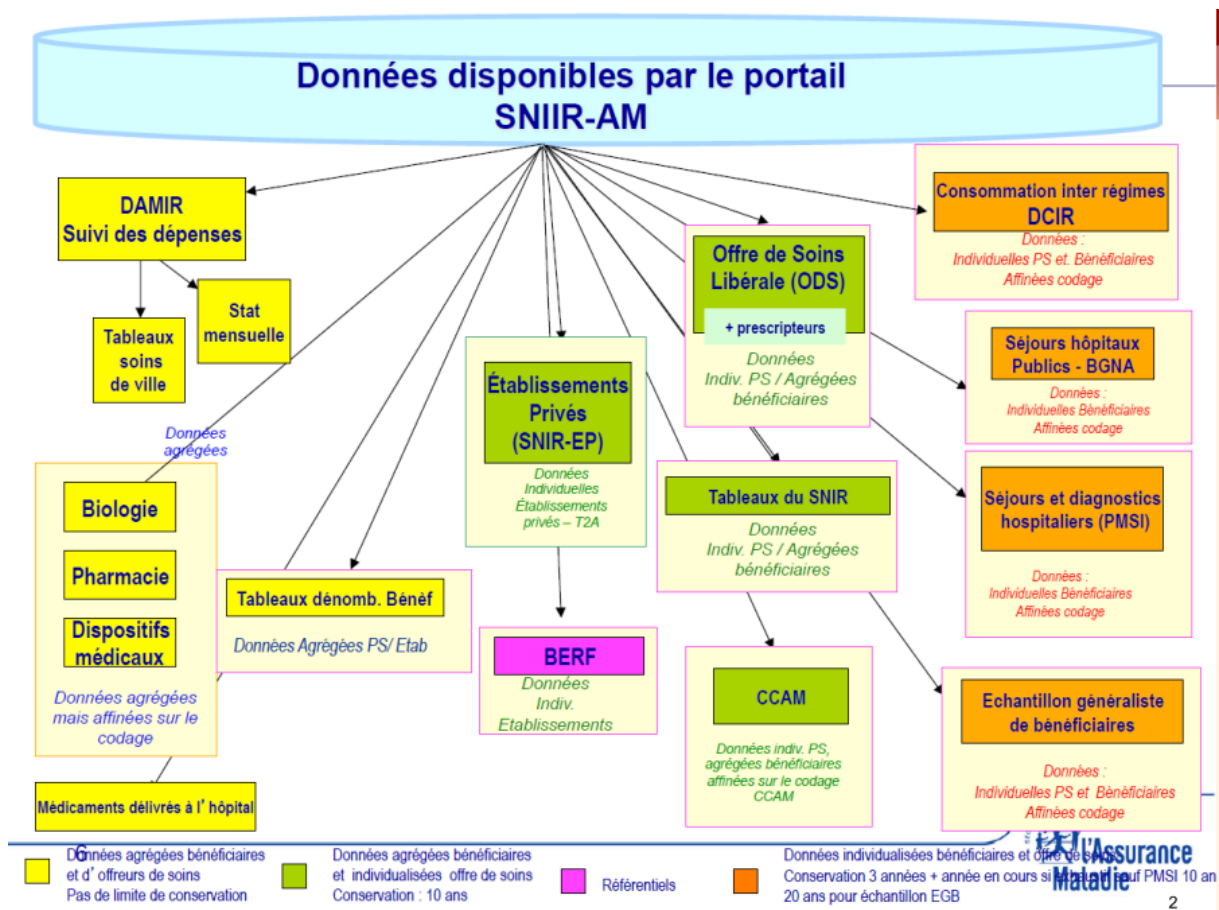
Les points abordés lors de l'atelier et les principaux éléments de résultats (présentés au bureau de la CEESP) figurent dans les 2 présentations ci-dessous :

### Intervention préliminaire du Pr Robert Launois

**AUDITION CES SFES**  
**COMMISSION EVALUATION ECONOMIQUE ET SANTE PUBLIQUE**  
**Haute Autorité de Santé La Plaine Saint Denis 11 MARS 2013**

*Données de Cadrage*  
**Pr. Robert LAUNOIS**

SFES 28, rue d'Assas  
75006 Paris – France  
Tel . 01 44 39 16 90 – Fax 01 44 39 16 92  
E-mail : [sfes.presidence@gmail.fr](mailto:sfes.presidence@gmail.fr) - Web : [www.sfes.info](http://www.sfes.info)

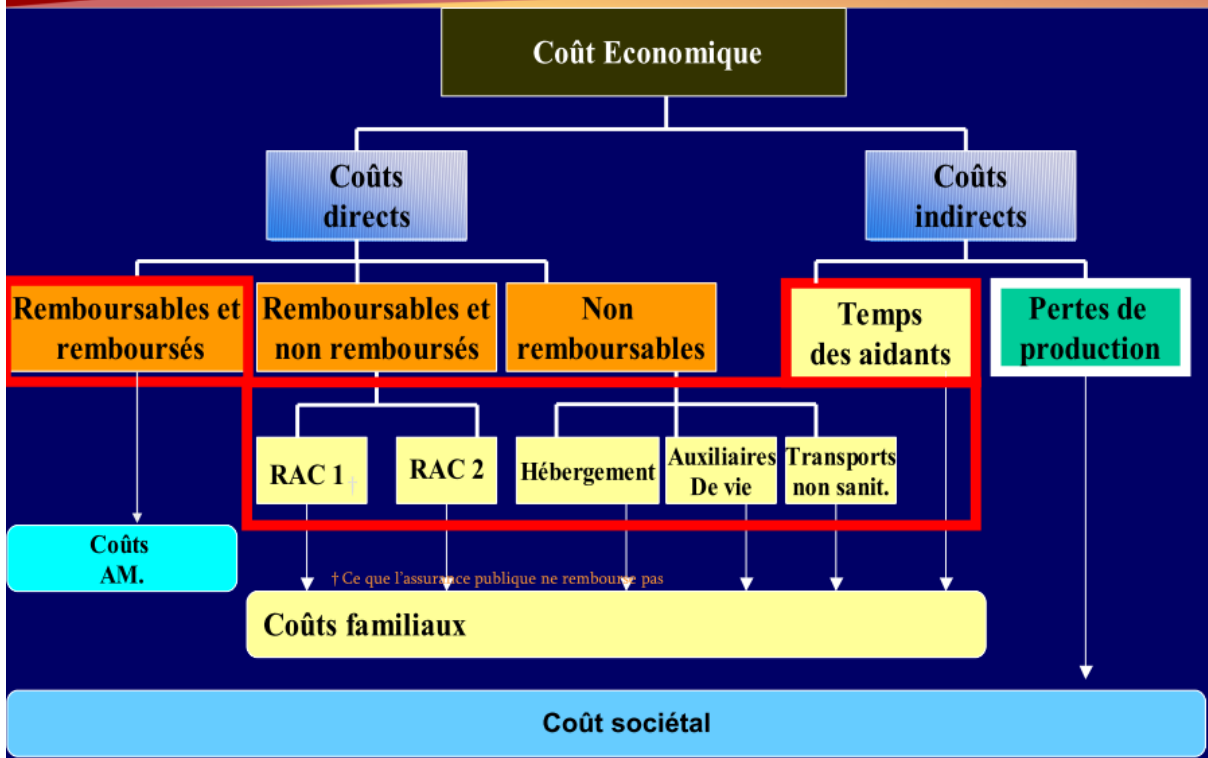


## Conditions D'Accès SNIIR-AM

**Arrêté de juillet 2013**

	Données exhaustives individuelles anonymisées	Extractions (échantillons spécifiques)	Echantillon Généraliste de Bénéficiaires	Données agrégées
CNAMTS <sup>5</sup> , CCMSA <sup>6</sup> , RSI <sup>6</sup>	Accès possible	Autorisation CNIL	Accès possible	Accès possible
Organisme poursuivant un but non lucratif	CNSA, médecins salariés des ARS (ex URCAAM et ARH) <sup>3</sup> , INVS <sup>5</sup> , ANSM, HAS	Approbation IDS et autorisation CNIL	Accès possible	Accès possible
	Ministères, agences (ATIH, HCAAM...), grands organismes de recherche (CNRS, INSERM, IRDES...)		Pas d'accès	Accès possible
	Autres organismes (exemple <u>CHU, ORS Université, etc...</u> )		Pas d'accès	Approbation IDS
Les membres de l'IDS	Pas d'accès	Pas possible ? / Approbation IDS et autorisation CNIL ?	Accès possible	Accès possible
Structures adhérant aux membres de l'IDS ou les constituant	Pas d'accès		Pas d'accès <sup>5</sup>	Accès possible
Unions Régionales de Professionnels de Santé (toute profession de santé)	Pas d'accès		Pas d'accès	Accès possible <sup>3</sup>
17 organismes complémentaires d'assurance maladie participant au projet MONACO	Pas d'accès		Pas d'accès	Accès possible
Organisme poursuivant un but lucratif (exemple : industrie du médicament et des produits de santé)	Pas d'accès	Pas d'accès	Pas d'accès	Pas d'accès

# Identification des Lignes de Partage des Coûts



## La Réalité Dépend du Point de Vue de l'Observateur

Coûts à colliger	Point de vue choisi				
	Professionnels de santé	Acheteurs ceps, ars, am	Familles	Système de soins	Société tout entière
Dépenses médicales	Liées au traitement	Reconnues et Remboursées <sup>(1)</sup>	Non remboursées	Oui <sup>(2)</sup>	Oui
Dépenses non médicales	Non	Non	Oui	Non	Oui
Temps familiaux	Non	Non	Oui <sup>(3)</sup>	Non	Oui
Pertes de production	Non	Non	Pertes de revenus non compensées	Non	Oui
Coût de l'Etat Providence	Non	Indemnités journalières <sup>(1)</sup>	Revenus de substitution	Non	Frais gestion <sup>(4)</sup>

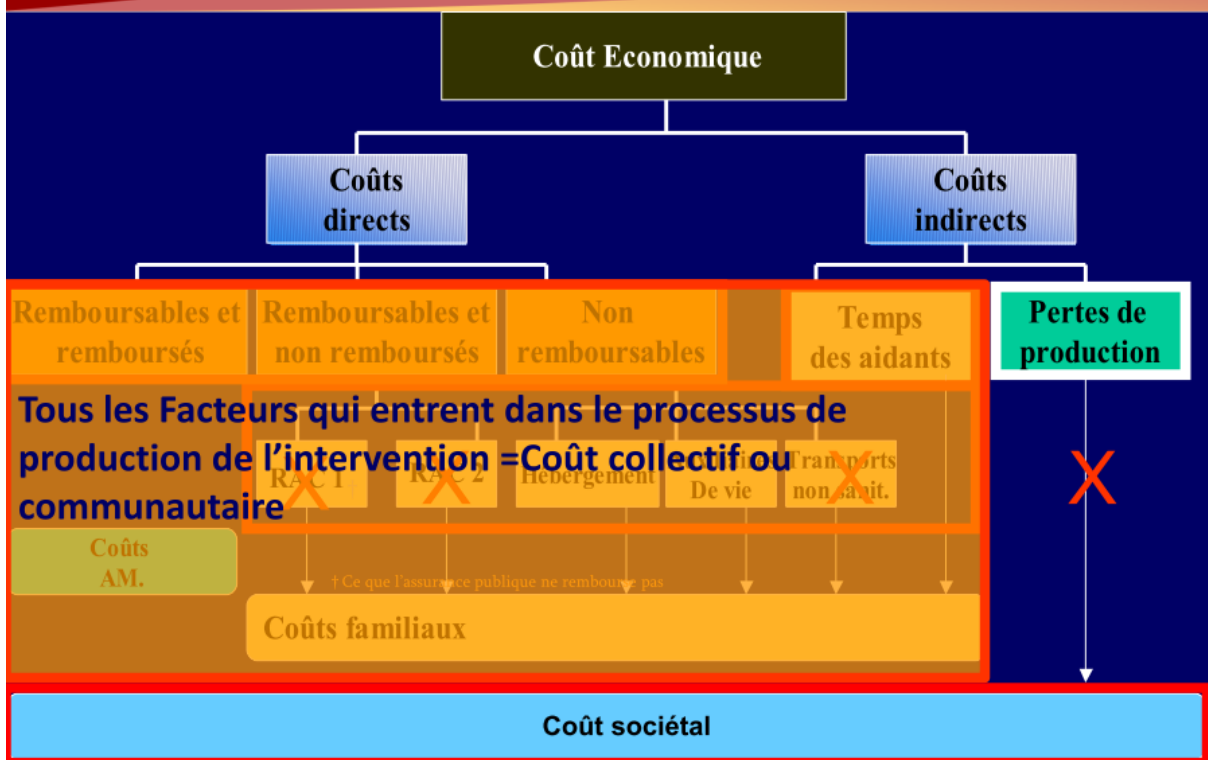
Perspective Communautaire ou

# Les Choix qui Auraient été Possibles

1. **Perspective Système de soins** prix facturés : dépenses reconnues+ dépassements d'honoraires (ticket modérateur de fait ); prestations en espèces exclues (Indemnités Journalières IJ etc)
2. **Perspective Assurance maladie : AMO/ONDAM** seule (dépenses reconnues et remboursées + prestations en espèces IJ etc...)
3. **Perspective Collective ou Communautaire : AMO/AMC et familles** (dépenses reconnues et remboursées + coûts familiaux : RAC1 ou RAC2, +Temps perdu des aidants).
4. **Perspective Sociétale** Coût pour la collectivité (Bilan socio-économique sans les prestations en espèces, mais avec les pertes de production


(1) facile et opérationnel ; (2, 3) recouvrent la réalité des contraintes budgétaires ; (4) répond aux attentes des industriels. La perspective qui a ma préférence est la n°3,

## Le Choix de la HAS



Source : Choix méthodologiques pour l'évaluation économique à la HAS 2011

## Des Règles du Jeu Affichées Clairement :



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE

Choix méthodologiques pour l'évaluation économique à la HAS

Octobre 2011

**Tableau 2. Résumé de l'analyse de référence**

L'analyse de référence distingue les **références « à respecter »**, auxquelles l'auteur de l'évaluation doit s'astreindre, et les références « à privilégier » qui autorisent le recours à une méthode différente dès lors qu'elle est clairement justifiée.

Analyse de référence	Statut	
La méthode d'évaluation économique	Analyse <b>coût-utile</b> ou <b>coût-efficacité</b> , en fonction de la nature des effets des interventions sur la santé - Si la qualité de vie est une conséquence importante, l'ACU est privilégiée. - Si la qualité de vie n'est pas une conséquence importante, l'ACE est privilégiée.	Référence à respecter Références à privilégier
La perspective - Sur les coûts - Sur les résultats	Perspective collective - Tous les coûts - Population dont la santé est affectée (identification et mesure) et population générale (scores de préférence)	Référence à respecter
La population d'analyse	Ensemble des individus concernés directement ou de manière induite	<b>Référence à privilégier</b>
Les interventions à comparer	Toutes les interventions en concurrence avec l'intervention étudiée sont identifiées. La sélection des interventions comparées est de la responsabilité de l'auteur, qui argumente son choix.	Référence à respecter
L'horizon temporel	Horizon temporel suffisamment long pour intégrer l'ensemble des différentiels de coût et de résultat attendus	Référence à respecter
L'actualisation	L'actualisation adopte le taux d'actualisation public fixé à 4 % au moment de l'édition de ce guide et considère que le prix réel du résultat de santé pour la collectivité est invariant au cours du temps. Le taux d'actualisation décroît après 30 ans jusqu'à 2%.	Référence à respecter
Synthèse des données	- Basée sur une revue <b>systematique et critique</b> des études cliniques et économiques - Tous les résultats, sous réserve de leur pertinence, de leur capacité à limiter les biais et à rendre compte de la réalité des pratiques - Données françaises	Référence à respecter Référence à privilégier
Critère de résultat	- Le QALY dans les ACU - La durée de vie dans les ACE	Référence à respecter Référence à privilégier
Critère de coût	Coûts de production	Référence à respecter
Conclusion de l'évaluation	- Calcul d'un ratio différentiel coût-résultat sur les interventions non dominées - Analyse des transferts de dépenses entre financeurs	Référence à respecter Référence à privilégier
Analyse critique de l'évaluation	- Analyse de la variabilité et de l'incertitude, quelle qu'en soit la source - Discussion des conclusions et des limites de l'évaluation	Référence à respecter

## Accord Cadre LEEM CEPS 5 Décembre 2012

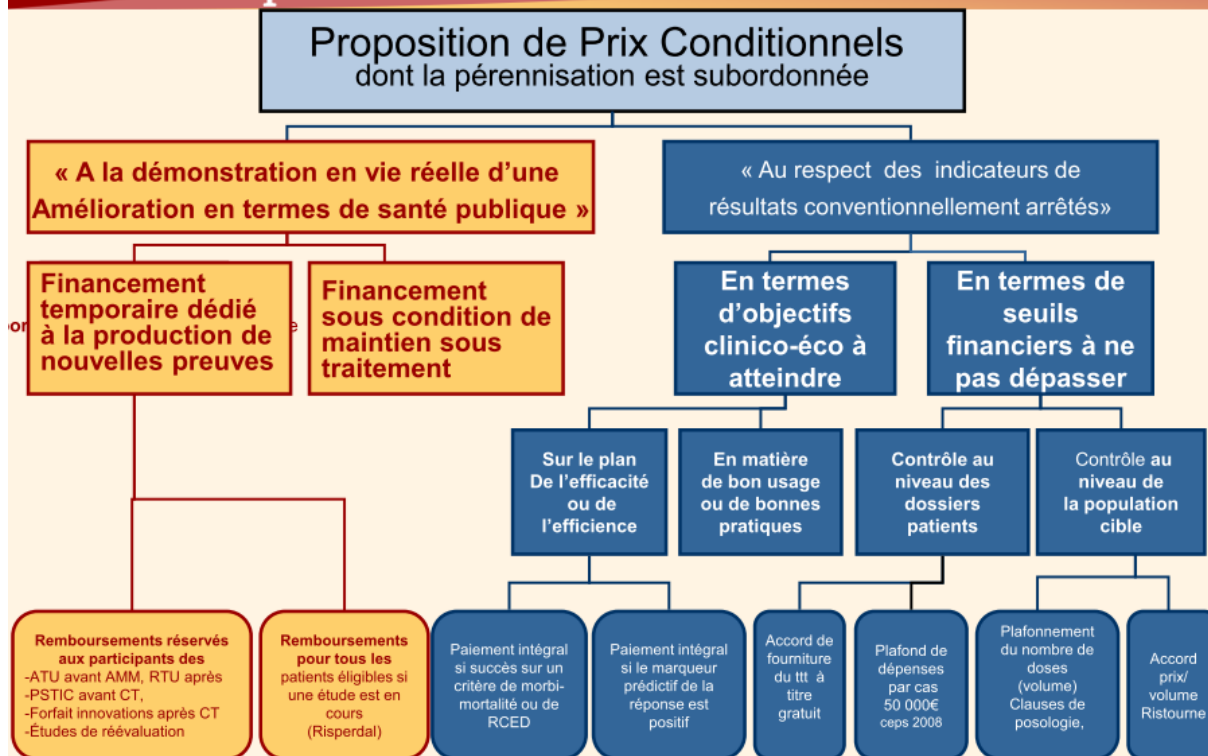
### Article 10 ter :

Par exception aux modalités de fixation des prix de droit commun qui ne permettraient pas de trouver un accord, lorsque l'amélioration potentielle d'un médicament, notamment en termes de santé publique ne peut être pleinement démontrée lors des études cliniques préalables à l'AMM, et lorsque cette démonstration pourrait être apportée notamment par des études en « vie réelle », le comité peut proposer au laboratoire une fixation conditionnelle du prix de ce médicament.

L'amélioration attendue, notamment en termes de santé publique, devra être démontrée et qualifiée par une étude appropriée, attestée par des résultats précis afférents à des indicateurs arrêtés conventionnellement avec le laboratoire concerné

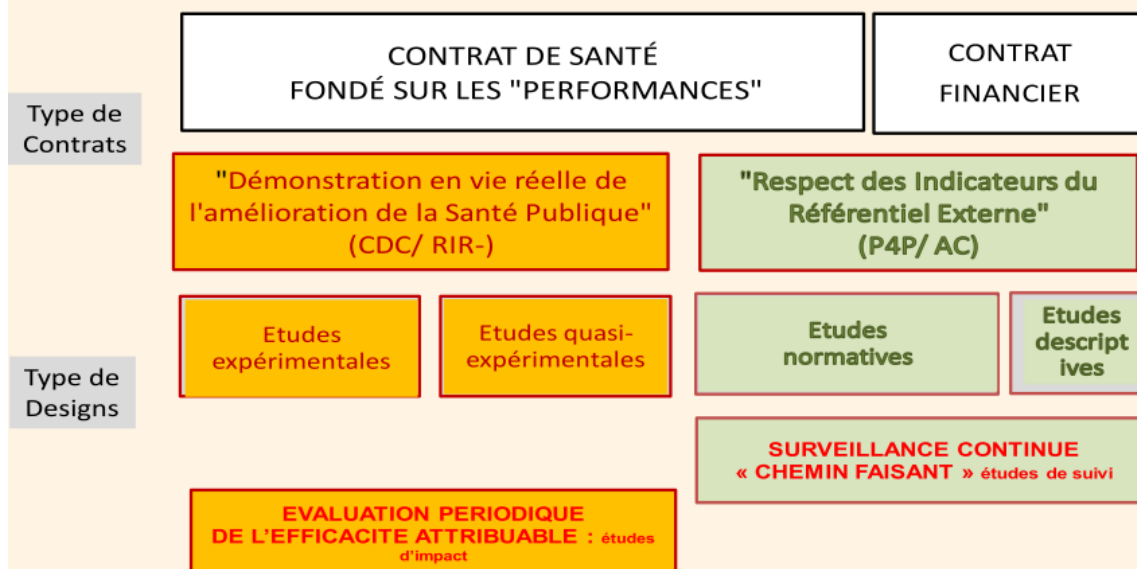
Au terme de l'étude et après validation des résultats de celle-ci par la HAS, et du degré d'atteinte des résultats attendus, le prix peut être modifié, à la hausse ou à la baisse, en fonction des résultats observés.

# L'Accord Cadre du 5 Décembre 2012 Art 10<sup>ter</sup> : Une Conception Nouvelle de l'Evaluation du Médicament



Launois 2012 adapté de Carlson 2010

## Correspondance Contrats/Designs



Covariables score de propension

CDC : Collecte de Données Complémentaires ; RIR : Récupération « Indus » sur les Non Répondreurs ; P4P : Paiement sur référentiel externe ; AC : Accord Commercial

11



# Rationnel du Pacte de Confiance

1. Mise en place d'un système d'information : registres
2. Evaluation en temps réel par rapport à un référentiel virtuel
3. Confrontation valeurs cibles escomptées/valeurs réalisées
4. Les études économiques de primo-inscription et de réévaluation deviennent  $\pm$  superfétatoires
5. Obsolescence de l'efficacité grâce aux sciences omic
6. Maintien du prix facial
7. Confidentialité des rabais
8. Clause de revalorisation du prix du médicament si  $\Delta$  perf. observée
9. Pacte de confiance Industriels/ CEPS

12

## Take Home Message

*Les évaluations par rapport à un référentiel externe dites à la performance ne permettent pas :*

- de savoir, **comment et pourquoi** l'évolution du cours naturel de la maladie a été **infléchi** suite au traitement,
- d'être certain, que **les changements** observés dans l'état de santé des patients sont **directement et exclusivement attribuables** à la mise en œuvre du traitement innovant,
- **D'évaluer l'efficacité comparative des traitements alternatifs.**

Et ceci, p.c.q d'autres facteurs peuvent avoir une influence sur le résultat

13

## Take Home Message [cont.]

### *L'Avenir : évaluer « l'efficacité attribuable comparative »*

- La construction d'un système de suivi doit accompagner la mise en place de toute étude, qu'il y ait évaluation de « l'efficacité attribuable » ou non,
- Le choix d'une technique d'évaluation doit dépendre de la question posée et non des préférences méthodologiques,
- Une étude de terrain ne permet jamais de rattraper un protocole qui est erroné dans sa conception,
- Les études « d'efficacité attribuable » sont particulièrement utiles pour évaluer des innovations thérapeutiques jamais testées en usage clinique courant.
- Les estimations, expérimentales ou non, de « l'efficacité attribuable » en usage clinique courant, reposent toutes sur l'analyse d'un groupe témoin observé sur le terrain

14

## Atelier de standardisation des pratiques en évaluation économique :

### Les coûts dans l'évaluation économique



*Synthèse de  
la réunion du Jeudi 13 février 2014*

## 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

Les coûts unitaires dans l'évaluation économique-Atelier du 13/02/2013

3

## Certains pays disposent de ce type de base



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

Les coûts unitaires dans l'évaluation économique-Atelier du 13/02/2013

4

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 unitaires dans l'évaluation économique-Atelier du 13/02/2013

5

### Les coûts en secteur ambulatoire



Les coûts unitaires dans l'évaluation économique-Atelier du 13/02/2013

## 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 coûts unitaires dans l'évaluation économique-Atelier du 13/02/2013

7

## 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 coûts unitaires dans l'évaluation économique-Atelier du 13/02/2013

8

## 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 coûts unitaires dans l'évaluation économique-Atelier du 13/02/2013

11

# 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 coûts unitaires dans l'évaluation économique-Atelier du 13/02/2013

12



## 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 cotés par assimilation ? Quelle référence ?

Les coûts unitaires dans l'évaluation économique-Atelier du 13/02/2013

13

## 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

Les coûts unitaires dans l'évaluation économique-Atelier du 13/02/2013

14

## 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 ?

Les coûts unitaires dans l'évaluation économique-Atelier du 13/02/2013

15

## 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 coûts unitaires dans l'évaluation économique-Atelier du 13/02/2013

16

# 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 coûts unitaires dans l'évaluation économique-Atelier du 13/02/2013

17

# 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 coûts unitaires dans l'évaluation économique-Atelier du 13/02/2013

18

# 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))

Les coûts unitaires dans l'évaluation économique-Atelier du 13/02/2013

23

## 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 coûts unitaires dans l'évaluation économique-Atelier du 13/02/2013

24

# 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 coûts unitaires dans l'évaluation économique-Atelier du 13/02/2013

31

# 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 coûts unitaires dans l'évaluation économique-Atelier du 13/02/2013

32

# 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 coûts unitaires dans l'évaluation économique-Atelier du 13/02/2013

33

# 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 coûts unitaires dans l'évaluation économique-Atelier du 13/02/2013

34

## 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 utilisée
- ⦿ Essentiellement deux professions sont à distinguer :
  - > Aides ménagères
  - > Aides-soignants

# 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 polyopathologies ?
- ⦿ 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.