



CPME/AD/Brd/251002/35/FR/en

Lors sa réunion du Conseil, Salzbourg, 25 octobre 2002, le CPME a adopté la position suivante : **«Vers un modèle axé sur le patient en vue de financer des soins de santé»** (CPME 2002/036 Final FR/en)

**Comité Permanent des Médecins Européens (CPME)
Comité Permanent des Hôpitaux de l'Union européenne (HOPE)
Association of Chartered Certified Accountants (ACCA)**

DÉCLARATION DE PRINCIPE COMMUNE

VERS UN FINANCEMENT AXÉ SUR LE PATIENT POUR LA PRESTATION DE SOINS DE SANTÉ

TABLE DES MATIÈRES

- 1 Perspectives pour les soins de santé à l'avenir
- 2 L'importance d'un financement axé sur le patient pour la prestation de soins de santé
- 3 Difficultés actuelles et limites
- 4 Stratégie en vue d'un financement axé sur le patient pour la prestation de soins de santé
- 5 Propositions du CPME, de HOPE et de l'ACCA

1. Perspectives pour les soins de santé à l'avenir

Il est essentiel d'avoir une vision des soins de santé pour l'avenir afin de donner une orientation à son développement. Elle prend de nombreuses dimensions. Ci-dessous est expliqué ce que nous pouvons envisager.

Les États membres fournissent des soins de santé à leurs citoyens en respectant de bonnes normes qui sont constamment améliorées et développées. Ils sont suffisamment financés dans le cadre de politiques et accords au sein de chaque État membre pour éviter une attente excessive.

Les soins de santé assurés par des services lucratifs ou à caractère social, publics ou privés, dynamiques, efficaces et fondés sur les besoins. L'intégralité du système de financement, y compris les systèmes de quote-part et de supplément dans les États membres où ils sont utilisés, devrait être axée et utiliser des incitants pour augmenter la qualité et garantir une répartition équitable des ressources afin de répondre aux besoins des patients. Ces prestataires sont réceptifs, novateurs, solidaires et responsables. Ils offrent des services bien précis d'excellente qualité avec de courts délais d'attente.

Les organismes payeurs publics, communaux et les tiers payants de veiller à ce que les services nécessaires soient disponibles et abordables pour tous ceux qui en ont besoin. Ces organismes recueilleront des informations utiles et les utiliseront avec davantage d'intensité, de créativité et de façon opportune pour comprendre les enjeux financiers et économiques de la santé, bonne ou mauvaise, et pour répartir équitablement et de manière adéquate les ressources sur le lieu de prestation de soins.

Le financement de la prestation de soins de santé d'une certaine manière est transparent et compréhensible de sorte que les patients, les prestataires, les tiers payants et les décideurs politiques puissent comparer les coûts et comprendre comment améliorer les affectations financières et la rentabilité sur le lieu de prestation de soins, et donc en faire bénéficier les patients.

2 L'importance d'un financement axé sur le patient pour la prestation de soins de santé

L'UE a connu une expansion et une amélioration sensibles dans le secteur des soins de santé. La demande en soins de santé augmente également : davantage de maladies peuvent être traitées et le nombre de personnes nécessitant plus de soins (comme les personnes âgées) est aussi en hausse. Face au développement continu des progrès médicaux et scientifiques, les procédures diagnostiques et les traitements seront plus efficaces et plus onéreux.

Les patients, mieux informés et habilités, ont de plus en plus leur mot à dire en ce qui concerne les soins de santé qui leur sont dispensés. Les patients qui en attendent davantage veulent plus de choix. Ils seront de mieux en mieux préparés à voyager vers un autre État membre pour leur traitement. Les prestataires de soins de santé auront plus de liberté pour satisfaire à ces tendances.

Les décisions de la Cour européenne de justice (CEJ) indiquent que de plus en plus d'arrangements en matière d'administration de soins de santé sont testés parallèlement à des services commerciaux qui doivent se conformer aux libertés fondamentales de l'Union européenne, même si les prestataires sont des autorités publiques. La liberté de dispenser ces services ne peut être limitée que s'il existe des raisons importantes suffisamment motivées. Les tiers payants peuvent restreindre certains paiements, mais cela ne devrait pas être valable s'ils provoquent des délais excessifs pour les patients.

Dans tous les États membres, le contrôle des coûts et la garantie d'une plus-value pour l'argent investi dans l'administration de soins de santé seront de plus en plus compliqués, étant donné que le choix et les demandes du patient augmentent plus vite que les finances disponibles pour le secteur des soins de santé. Ces éléments conduiront à leur tour à la nécessité de veiller à la disponibilité d'une capacité suffisante présentant la qualité adéquate.

Résultat : davantage de pression sur les ressources en soins de santé et les coûts pour satisfaire aux exigences de ces patients. D'où le besoin accru de mettre la priorité sur les patients issus de plusieurs pays et d'investir davantage dans les soins de santé.

Le financement direct de l'administration des soins de santé doit être transparent afin de garantir que les patients, les tiers payants et les décideurs politiques aient conscience des coûts, qu'ils puissent les comparer, comprendre ce qu'ils représentent et sachent combien ils paient et pourquoi. Un langage et une pratique commune pour l'administration des soins de santé et leur financement sont nécessaires pour parvenir à cet objectif. Le financement de la prestation d'administration de soins de santé doit correspondre à la nature propre des soins dispensés au patient ; il doit être effectué conformément à l'ensemble des accords dans chaque État membre.

3 *Difficultés actuelles et limites*

À l'heure actuelle, il n'existe aucun langage commun pour les soins de santé au sein de l'UE et donc aucun accord commun sur les méthodologies et les systèmes de collecte des informations. Cela interdit toute comparaison efficace des choix entre le dossier médical des patients et les épisodes constitutifs des soins ainsi que de leurs coûts.

Il n'existe aucune norme systématique et généralement reconnue pour une comptabilité des soins de santé. Dans chaque État membre, le financement et la comptabilité en matière de prestation des soins de santé sont segmentés. Il serait difficile de faire le lien avec le dossier médical des patients. Ils sont principalement axés sur les organismes de soins de santé plutôt que sur les équipes travaillant dans ce domaine sur le lieu de soins. Ils ne sont pas directement sensibles aux développements continus de la pratique clinique. Ils ne reflètent pas non plus les différences de qualité ou les coûts engendrés par les retards.

Les informations liées aux coûts ne sont pas conformes à des normes cohérentes. Elles ne prennent pas en compte le dossier médical des patients et leur parcours individuel. Elles ne permettent pas non plus de choisir efficacement les patients. Lorsque les diagnostics regroupés pour la gestion (DRG) ou leurs équivalents sont utilisés, il n'existe aucun accord général sur les critères à utiliser pour les créer ou les développer afin de permettre des comparaisons entre les États membres.

À ce jour, les Traités de l'Union européenne ne comportent aucun chapitre précis définissant les droits des patients en matière de soins de santé.

4 STRATÉGIE POUR DES SOINS DE SANTE AXES SUR LE PATIENT

DÉVELOPPEMENT D'UN LANGAGE COMMUN POUR LES SOINS DE SANTÉ

Un langage commun doit être élaboré afin d'aider tous les protagonistes à comprendre les soins de santé et les coûts qu'ils engendrent de la même manière. Il doit veiller à ce que les indications et les termes médicaux aient la même signification pour tous ceux qui ont besoin de ces informations et à ce que chaque type de soins de santé soit défini et décrit de la même manière. Cela doit également valoir pour les normes de qualité.

Les diagnostics et DRG doivent poser les mêmes conditions de manière cohérente. Les critères liés à la création des DRG doivent tenir compte des meilleures pratiques ainsi que des indications pour le traitement, en ce compris les mesures de la qualité. Les services fournis par tous les professionnels des soins de santé doivent être pris en compte ; les résultats attendus ou souhaités doivent être exprimés de manière cohérente. Il est nécessaire de convenir des diagnostics, des DRG, des accès aux soins intégrés qui les constituent, des réseaux cliniques et des bonnes pratiques cliniques avec la collaboration de professionnels des soins de santé, de prestataires, de tiers payants et de décideurs politiques.

Les informations relatives au coût des soins de santé doivent être basées sur les mêmes normes de comptabilité reconnues à l'échelle internationale et ainsi être comparables. Les informations liées à la facturation doivent être coordonnées afin qu'elles puissent à terme être standardisées et ainsi permettre aux patients d'être bien informés sur les coûts de leurs soins de santé.

COMPARAISON DES NORMES ET DE LA QUALITÉ DES SOINS

Il est nécessaire de disposer d'un large éventail d'informations. Celles-ci comprennent notamment :

- ❑ les résultats des patients et les complications
- ❑ les taux de survie
- ❑ les systèmes de contrôle de la qualité
- ❑ les stratégies de gestion des risques cliniques
- ❑ les protocoles, normes, directives et routines pour les soins de santé.

Des informations comparatives sont également indispensables quant aux ressources disponibles en matière de soins de santé, aux niveaux, types et compétences du personnel, à l'équipement et aux technologies accessibles, aux délais d'attente, aux chambres, installations, services hôteliers et aux liens entre les ressources en matière de soins de santé ainsi qu'aux pratiques comptables en vigueur.

À terme, ces informations devraient être intégrées dans un langage et des accords communs définis à des fins de collecte et d'utilisation.

COMPRÉHENSION DES FRAIS ET COÛTS EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ

La comparaison des coûts en matière de soins de santé nécessite que les méthodes de calcul du coût de revient et les systèmes de facturation soient coordonnés. Lorsque des systèmes de facturation sont utilisés, les factures adressées aux patients et aux tiers payants doivent indiquer le traitement et les soins précis dont ils ont bénéficié ainsi que les principaux postes des coûts. Les frais relatifs à une palette de services devraient comprendre :

- ❑ les services médicaux
- ❑ les services de diagnostic
- ❑ le service infirmier et le service des sages-femmes
- ❑ les services de réhabilitation
- ❑ les médicaments prescrits
- ❑ le matériel médical et chirurgical

- ❑ les frais concernant les installations et services fournis par les cliniques et les hôpitaux
- ❑ les charges couvrant les dépenses courantes ainsi que les frais généraux des facilités
- ❑ le transport.

Ces frais doivent être compilés de manière détaillée à partir d'informations liées aux coûts cohérentes et comparables respectant les normes de comptabilité reconnues à l'échelle internationale.

5 PROPOSITIONS DU CPME, DE HOPE ET D'ACCA

Les soins de santé s'internationalisent et deviennent de plus en plus onéreux. Il est important que tous les protagonistes (patients, médecins, payeurs et décideurs politiques) puissent également comprendre et comparer à l'échelle internationale les dépenses en matière de soins de santé. À cette fin, il est indispensable de prendre des mesures pour accroître la transparence des services de santé et de leurs coûts.

Nous proposons que les gouvernements nationaux, les institutions européennes, les professionnels des soins de santé, les tiers payants, les décideurs politiques, les associations en matière de soins de santé ainsi que les autres professions de ce secteur adoptent et élaborent un langage commun pour les soins de santé. Celui-ci devra intégrer de bonnes normes et pratiques cliniques au sein de l'UE afin de pouvoir comparer la qualité et les diagnostics harmonisés, les définitions relatives aux soins de santé, les DRG lorsqu'ils sont utilisés, ainsi que les accès aux soins intégrés qui les soutiennent et les réseaux cliniques.

Ils devraient également adopter et développer une méthode de calcul du coût de revient cohérente visant à décrire, compiler et réduire les coûts pour ensuite l'appliquer dans des systèmes de facturation clairs, coordonnés et reconnus. Des normes et des pratiques de comptabilité transparentes et internationales doivent également être appliquées pour recueillir et analyser des informations utiles relatives aux coûts et aux soins de santé, tant au niveau national qu'au sein de l'UE.

Ces mesures conduiront à un financement des soins de santé axé sur le patient, dans le cadre duquel :

- ❑ les décisions cliniques sur le lieu des soins influencent la disponibilité et l'affectation des ressources en matière de soins de santé
- ❑ le financement de la prestation des soins de santé est davantage axé sur le patient afin de permettre un choix éclairé et efficace des patients

- ❑ les ressources en matière de soins de santé dont les patients ont besoin sont affectées en prenant mieux en compte les décisions cliniques et sont donc plus rapidement disponibles
- ❑ les financements disponibles pour les soins de santé sont répartis directement sur le lieu des soins ainsi qu'entre les cliniciens et les patients pour ainsi appuyer une prise de décision immédiate
- ❑ les financements disponibles pour les soins de santé sont alloués équitablement à l'intégralité du vécu des patients ainsi qu'aux épisodes de soins qui y sont associés
- ❑ un bon équilibre est maintenu entre la satisfaction des besoins du patient et le contrôle des coûts
- ❑ l'attribution des coûts et la comptabilité des soins de santé sont transparents dans et entre les États membres.

Tous les prestataires de soins de santé au sein de l'UE devraient adopter l'équivalent des normes de comptabilités reconnues à l'échelle internationale qui seront approuvées dès 2005 par des organismes importants de l'UE.

Les États membres qui ont recours aux DRG doivent collaborer pour garantir la cohérence de leurs analyses et déterminer comment les services de soins de santé primaires peuvent faire partie d'un accès aux soins intégrés et du réseau clinique.

Les États membres doivent collaborer pour développer un langage commun en matière de soins de santé, en commençant par prendre un compte un petit nombre de parcours de patients et d'épisodes pour des maladies et des traitements communs, tels que divers types de maladies cardiaques, d'accidents cérébrovasculaires, de cancers et des soins de santé facultatifs. Sur base de ces initiatives, les professionnels des soins de santé, les responsables et les comptables de ce secteur, les économistes de la santé ainsi que les associations nationales et européennes pour les soins de santé, doivent commencer à concevoir des méthodes de calcul du coût de revient communes pour ces services.

Ces propositions devraient être prises de diverses manières, notamment dans le cadre d'initiatives nationales et paneuropéennes, de réseaux et de projets, avec la collaboration de professionnels et de prestataires de soins de santé, de tiers payants et de décideurs. Elles constituent un programme continu de développement à long terme en faveur d'un financement de la prestation des soins de santé axé sur le patient.

Le CPME, HOPE et l'ACCA étudieront différentes possibilités permettant de concevoir et de faire progresser quelques-unes des initiatives nécessaires pour le développement d'un langage commun en matière de soins de santé, ainsi que les normes de comptabilité et des méthodes de calcul du coût de revient pour parvenir à un financement de la prestation de soins de santé axé sur le patient.