Introduction

Les six chapitres de la présente étude ont été préparés pour une conférence d'une journée sous le thème « *Améliorer l'efficacité des systèmes de santé : optimiser l'utilisation des ressources* », qui s'est tenue le 17 septembre 2008 à Bruxelles. Organisée conjointement par la Commission européenne et l'OCDE, cette conférence avait pour objectif d'évaluer les politiques capables de rationaliser l'utilisation des ressources dans le secteur de la santé et leur aptitude à favoriser la viabilité à long terme des systèmes de santé. Parmi les participants à cette conférence figuraient des agents des deux organisations hôtes et d'autres organisations internationales, des représentants des pays membres de ces organisations occupant des fonctions liées à la formulation de l'action publique et des experts techniques.

Les deux organisations ont mis l'accent sur les pressions subies par les systèmes de santé sous l'effet des attentes croissantes en ce qui concerne la qualité des soins, sur fond de vieillissement de la population et de progrès technologiques rapides. Les États membres de l'OCDE et de l'Union européenne ont souligné la nécessité d'optimiser l'utilisation des ressources des systèmes de santé au cours des discussions du Comité de la santé de l'OCDE et par le biais de la méthode ouverte de coordination de la Commission européenne pour la protection sociale et l'inclusion sociale[1]. La réunion tenue en septembre 2008 s'appuyait sur les expériences des deux organisations. S'agissant de l'Union européenne, le « Rapport national sur les stratégies de 2006 » et le « Rapport conjoint de 2007 sur la protection sociale et l'inclusion sociale »[2] répertoriaient une vaste palette de politiques visant à encourager une utilisation plus rationnelle des ressources, parmi lesquelles : le renforcement des soins primaires et des systèmes d'adressage vers les soins secondaires ; le renforcement des soins ambulatoires ; l'amélioration de la productivité et de la qualité des soins hospitaliers ; l'amélioration de la coordination des soins ; l'amélioration des incitations au sein des systèmes de paiement et la promotion de l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) et des solutions en ligne. L'OCDE mène des travaux approfondis sur les stratégies d'amélioration des performances des systèmes de santé, axés notamment sur la coordination des soins, la

tarification des produits pharmaceutiques et l'utilisation des systèmes d'information et des TIC dans le secteur de la santé[3].

Questions stratégiques

Au vu de la croissance absolue des dépenses de santé et de leur croissance relative par rapport au revenu national, l'enjeu consiste à déterminer s'il convient de freiner cette augmentation et par quels moyens y parvenir. Les systèmes de santé peuvent-ils rationaliser leurs dépenses ? Dans quels domaines des économies peuvent-elles être réalisées sans nuire à la santé des personnes nécessitant des soins, par exemple en limitant l'accès aux soins ? Alors que les progrès de la technologie transforment la nature même de la prestation des services de santé, les responsables de la formulation de l'action publique sont confrontés à des décisions difficiles quant aux coûts supplémentaires induits par les nouveaux médicaments, vaccins et techniques d'imagerie et de chirurgie permettant de sauver des vies ou de les améliorer. Comment mettre en balance les bénéfices potentiels obtenus au niveau de l'état de santé et de la prestation des services de santé avec la charge supplémentaire pesant sur les ressources de la société ?

La question clé est la suivante : comment les systèmes de santé peuvent-ils améliorer l'efficience de l'utilisation des ressources et, partant, contribuer à garantir leur viabilité sur le plan financier ? En examinant la stratégie la mieux adaptée à chaque pays, les pouvoirs publics ont accès à une présentation claire de la question, à des solutions potentielles, aux arbitrages à effectuer pour atteindre leurs divers objectifs et aux expériences des autres pays. L'un des principaux objectifs de la conférence consistait à aider les décideurs confrontés à ces problématiques en établissant une liste de référence des politiques ou des meilleures pratiques méritant d'être examinées par les autorités nationales.

Les six chapitres de cette étude contiennent des analyses de séries de données internationales, des études de cas relatives à des actions publiques innovantes et un examen à la fois des difficultés et des opportunités d'optimiser l'utilisation des ressources.

Variations des dépenses de santé à l'échelle internationale

Le chapitre 1, préparé par David Morgan et Howard Oxley (OCDE), replace l'étude dans son contexte. En s'appuyant sur les données les plus récentes de l'OCDE, les auteurs font la synthèse des tendances des dépenses de santé dans les pays membres de l'OCDE depuis 1995 et soulignent que, si la croissance des dépenses de santé était modérée au début des années 90,

elle s'est fortement accélérée au cours de la deuxième moitié des années 90 dans toute la zone OCDE, à un rythme près de deux fois supérieur à la croissance économique. Depuis 2003, on observe un ralentissement de la progression des dépenses de santé, mais il est difficile de déterminer s'il s'agit d'un phénomène temporaire ou de l'amorce d'une nouvelle tendance. En 2006, les dépenses moyennes de santé dans les pays membres de l'OCDE s'élevaient à 9 % du PIB, contre un peu plus de 5 % en 1970 et 7 % environ en 1990.

Les auteurs analysent également les moteurs de la croissance et les écarts sensibles observés entre les pays de l'OCDE au niveau des dépenses, des prix, des volumes et des types de services. Ainsi, dix pays de l'OCDE consacrent plus de 10 % de leur PIB à des biens et services dans le secteur de la santé, parmi lesquels (par ordre décroissant) les États-Unis, la Suisse, la France et l'Allemagne. À titre de comparaison, la République tchèque, la Corée, le Mexique, la Pologne et la Turquie dépensent moins de 7 % dans le domaine de la santé.

Ce chapitre est en grande partie axé sur les facteurs susceptibles d'expliquer les variations constatées à l'échelle internationale, afin d'identifier des pistes quant aux domaines les plus propices à une intervention des pouvoirs publics. Comme les auteurs l'indiquent : « Bien que les recherches ne soient pas concluantes, les décideurs doivent néanmoins faire des choix en vue d'améliorer les performances, en mettant l'accent sur les facteurs relatifs à la demande, à l'offre ou à une combinaison des deux ». Le chapitre rassemble une grande variété de données sur les facteurs relatifs à la demande et à l'offre, couvrant notamment le revenu national, la pyramide des âges, la prévalence des maladies, l'offre de professionnels de santé, leur rémunération, l'intensité technologique des soins et les ressources technologiques. Par exemple, une étude exploratoire réalisée dans dix pays de l'OCDE sur les coûts hospitaliers associés à diverses pathologies révèle des écarts importants entre les pays et laisse à penser que, en moyenne, si les coûts unitaires sont ramenés au niveau des pays les plus performants dans ce domaine, les coûts moyens pourraient être réduits de 5 % à 48 %. De la même manière, une autre étude montre que le nombre de chirurgies cardio-vasculaires réalisées aux États-Unis est deux fois supérieur à la moyenne observée dans la zone OCDE. À titre de comparaison, le nombre d'opérations de ce type en Suisse représente moins de la moitié de la moyenne OCDE.

Mécanismes de marché : promesses et limites

Dans le chapitre 2, Peter C. Smith (Imperial College Business School de Londres) tente de déterminer si les mécanismes de marché peuvent aboutir à

une utilisation plus efficiente des ressources dans le secteur de la santé. Il met en avant les nombreuses déviations du marché des services de santé par rapport au modèle néoclassique, comme les informations insuffisantes fournies aux consommateurs pour faire des choix en matière de soins, le rôle des médecins et des autres professionnels du secteur qui exercent une influence sur les choix des consommateurs, les contraintes à l'entrée et à la sortie du marché, le financement de l'enseignement et de la recherche sur les fonds publics et le fait que les patients supportent rarement le coût total des soins qu'ils reçoivent . Peter C. Smith fait aussi observer que « le recours exclusif aux mécanismes non marchands – le secteur public par exemple – soulève également de graves problèmes. L'écheveau des relations de responsabilité entre les patients, les prestataires, les pouvoirs publics, les contribuables et les institutions prestataires telles que les hôpitaux, risque de favoriser considérablement les comportements opportunistes et l'inefficacité ». Pour les décideurs, l'enjeu ne repose donc pas sur le bien-fondé ou non des mécanismes de marché mais consiste à déterminer si la promotion de certains aspects de la concurrence et du marché dans le secteur de la santé peut aboutir à une utilisation plus rationnelle des ressources, ainsi qu'à identifier les composantes de la concurrence les plus aptes à obtenir des résultats.

L'auteur examine les conclusions des recherches menées à partir de l'observation des marchés et de la concurrence. Le chapitre distingue trois types de concurrence qui aboutissent à des résultats sensiblement différents : la concurrence dans le domaine de l'assurance maladie, la concurrence pour l'achat collectif de services de santé et la concurrence pour la prestation de services de santé aux particuliers. Il fait référence à plusieurs conclusions issues d'études publiées, susceptibles d'aider les décideurs : les marchés de prestataires s'alignent sur les priorités des acheteurs, le choix des services soumis à la concurrence a d'importantes implications pour le fonctionnement du système et les prestataires sont sensibles aux incitations relatives au paiement. Il adresse également un avertissement quant à l'impact de la concurrence pour la prestation de services de santé aux particuliers sur la concurrence par les coûts. Il conclut en fournissant des informations sur les mesures stratégiques qui pourraient tirer profit du pouvoir du marché tout en compensant leurs effets les plus néfastes. Par exemple, Peter C. Smith explique que la promotion de la concurrence dans le domaine de l'assurance maladie suppose la création de mécanismes de partage des risques (pour décourager l'écrémage) et la mise en place d'une procédure d'assurance qualité adéquate. Néanmoins, il fait observer qu'inciter les assureurs à entreprendre des activités à long terme pour favoriser la santé de la population pourrait s'avérer difficile, ce qui donne à penser qu'il serait plus prudent de confier une telle responsabilité aux pouvoirs publics. Enfin, il fait preuve d'un plus grand optimisme quant à la

capacité des mécanismes de marché à faire diminuer les coûts si les acheteurs ont la possibilité de passer des contrats sélectifs avec les prestataires.

Coordination des soins

Dans le chapitre 3 intitulé « Améliorer les performances des systèmes de santé par une meilleure coordination des soins », Howard Oxley (OCDE) examine les possibilités d'amélioration du rapport coût-efficacité et de la qualité des soins grâce à une meilleure coordination, deux problématiques clés compte tenu du nombre croissant de patients atteints d'affections chroniques et de personnes âgées pouvant rencontrer des difficultés face à des systèmes de santé cloisonnés ou qui nécessitent une prise en charge par un établissement de soins de longue durée. Les problèmes de coordination peuvent intervenir à l'échelle du système de santé dans son ensemble mais sont plus fréquents aux interfaces entres les soins primaires, spécialisés, aigus, hospitaliers et de longue durée.

Howard Oxley dresse un vaste tour d'horizon des enjeux de la coordination des soins et des stratégies adoptées par les pays de l'OCDE et certains États membres de l'Union européenne. Les préoccupations les plus répandues concernent la coordination des soins, l'importance des politiques adoptées en matière d'adressage des patients et le rôle prépondérant des prestataires de soins primaires dans la gestion des soins, même dans le cadre de systèmes informels. À partir d'une enquête à laquelle ont répondu 26 de ces pays, l'auteur identifie également les principaux obstacles à la coordination des soins, comme le fractionnement du financement, la portée limitée des règles régissant les pratiques des professionnels de la santé et les différents niveaux de soins. Ce chapitre vise également à déterminer si les programmes ciblés, principalement des programmes de gestion des soins et de prise en charge, sont à même d'améliorer la qualité et le rapport coût-efficacité des systèmes de santé. M. Oxley conclut en proposant quatre domaines essentiels à l'amélioration de la coordination des soins et des performances du système dans son ensemble : optimisation de l'infrastructure TIC pour les transferts d'informations ; examen de la pertinence des ressources allouées aux soins ambulatoires et primaires ; remise à plat des systèmes de prestation et des incitations dans une optique de coordination des soins ; et suppression des obstacles entre les niveaux et les composantes des soins. Les débats menés lors de la conférence de septembre 2008 ont mis en évidence la nécessité, pour les décideurs, d'étudier avec attention les facteurs liés à la culture, à l'histoire et aux caractéristiques du système avant de lancer des réformes destinées à améliorer la coordination des soins.

Politique pharmaceutique : trouver le bon équilibre

Si elles ne représentent qu'une fraction relativement limitée du total des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE, les dépenses en produits pharmaceutiques progressent de 5.7 % par an en moyenne, ce qui est supérieur à la fois à la croissance des autres dépenses de santé et du PIB. Dans ces conditions, les pouvoirs publics sont de plus en plus préoccupés par les tarifs et les politiques de remboursement des médicaments. Dans le chapitre 4 intitulé « Optimiser l'efficience des dépenses en produits pharmaceutiques », Elizabeth Docteur et Valérie Paris (OCDE) étudient les modalités d'organisation de ces politiques en vue d'améliorer leur rapport coût-efficacité. Néanmoins, le secteur pharmaceutique étant de nature internationale, il soulève des questions particulières dans la mesure où les politiques mises en œuvre dans un pays peuvent avoir des répercussions dans d'autres.

La formulation de l'action publique dans le domaine pharmaceutique vise deux objectifs : encourager l'innovation dans la recherche tout en garantissant le meilleur prix possible pour les consommateurs et les payeurs. Comme l'indiquent les auteurs : « L'arbitrage le plus difficile en matière de politique pharmaceutique est peut-être celui entre l'efficacité statique – optimiser les prestations dont peut bénéficier le consommateur en tirant le meilleur parti des dépenses actuelles, dans la limite des possibilités offertes par les technologies actuelles – et l'efficacité dynamique – mettre en place des incitations dans le domaine de la R-D afin de mieux prévenir les maladies et de les guérir à l'avenir ». Une autre préoccupation consiste à déterminer si le système de distribution, qui peut représenter un tiers ou plus du prix de vente au détail, fonctionne de manière efficace.

Elizabeth Docteur et Valérie Paris dressent un panorama des politiques en vigueur relatives à la couverture, à la tarification et aux autres techniques permettant d'influencer la demande et la composition des produits pharmaceutiques. La partie consacrée aux politiques tarifaires est particulièrement étoffée et décrit les divergences entres les pays membres de l'OCDE dans l'utilisation des prix de référence externes et internes, la tarification fondée sur une évaluation pharmaco-économique, les accords prix-volume et les mécanismes de partage des risques. Les auteurs proposent également diverses pistes de réforme des politiques, notamment par le biais d'une modification des modalités de remboursement et de tarification, d'un renforcement du rôle de l'évaluation pharmaco-économique pour déterminer la rentabilité des dépenses, d'une orientation de la demande vers les produits offrant le meilleur rapport coût-efficacité et des incitations à l'amélioration des systèmes de distribution. En conclusion, les auteurs proposent une liste

de référence destinée à aider les décideurs confrontés à ces problématiques. Ils conseillent notamment aux pouvoirs publics :

- de procéder à une analyse coût-efficacité comparative dans le cadre des décisions de tarification et d'achat, tout en garantissant un système de récompense de l'innovation aligné sur la valeur des bénéfices obtenus ;
- d'envisager la possibilité de conclure des accords prix-volume ou d'obtenir des ristournes confidentielles quand il est impossible d'établir des prix unitaires fondés sur la valeur ;
- d'envisager le recours à des accords de partage des risques pour réduire le risque financier que représentent les nouveaux médicaments quand les informations sur leurs coûts et leurs répercussions sur la santé sont insuffisantes ;
- d'encourager la substitution par les génériques et la concurrence par les prix sur le marché des produits non brevetés ;
- de mettre en place des incitations afin d'encourager la prescription, la distribution et l'utilisation convenables des médicaments ;
- de déterminer si des gains d'efficience sont possibles dans la chaîne de distribution ; et
- de s'assurer que l'efficience des dépenses globales de santé n'est pas remise en cause par les efforts destinés à améliorer l'efficience des dépenses pharmaceutiques.

Améliorer les systèmes de gestion des données au service de la qualité des soins

Dans le chapitre 5 intitulé « Utiliser les TIC pour suivre et améliorer la qualité des soins de santé ? », Nicolaas Klazinga et Elettra Ronchi (OCDE) concentrent leur attention sur une stratégie clé d'amélioration du rapport coût-efficacité : l'optimisation de la qualité des services de santé. « En dépit des controverses relatives à l'exactitude des données disponibles, on s'accorde aujourd'hui généralement à penser que les problèmes de qualité risquent d'avoir un impact sanitaire et économique important dans les pays de l'OCDE ». L'amélioration de la qualité des soins grâce à un recours plus intense aux TIC permettrait à la fois d'éviter de gâcher des ressources (en éliminant le recours à des services inutiles) et d'améliorer de manière concrète l'état de santé de la population. Dans ce chapitre, les auteurs étudient la possibilité d'augmenter l'utilisation des TIC à tous les échelons

du système de santé afin de contrôler la prestation de service et les résultats cliniques et de faciliter l'évolution du système en vue d'optimiser la qualité technique des soins et la satisfaction des patients.

Nicolaas Klazinga et Elettra Ronchi soulignent que l'amélioration de la transmission des informations médicales – du patient au prestataire, entre les prestataires et du prestataire au payeur – pourrait améliorer la coordination des soins, limiter la prestation de services inutiles, réduire les coûts administratifs, assurer un retour d'informations aux prestataires et contribuer à l'optimisation de la planification et des systèmes. Ce chapitre présente les sources de données compatibles avec une amélioration de la qualité des soins et expose plusieurs des stratégies adoptées par les pays de l'OCDE, en accordant une attention particulière aux programmes fondés sur la méthode de rémunération selon la performance aux États-Unis et au Royaume-Uni. Le chapitre se concentre également sur un programme innovant mis en œuvre dans la province canadienne de Colombie britannique pour contrôler l'utilisation des médicaments sur ordonnance.

Les auteurs font preuve d'optimisme quant à l'adoption plus généralisée des TIC à l'échelon du système de santé dans son ensemble. Toutefois, les technologies de l'information se caractérisent par une forte intensité capitalistique et les coûts induits par la conception et la maintenance de nouveaux systèmes doivent être évalués en fonction des gains attendus. Les principaux enjeux sont les suivants : faciliter l'interopérabilité et permettre aux différents systèmes d'information d'être interconnectés grâce à des définitions de données communes et des identifiants uniques pour les patients. Les préoccupations relatives à l'interopérabilité concernent aussi la capacité des chercheurs à fournir des comparaisons internationales fiables aux pouvoirs publics. Les auteurs insistent également sur l'importance de s'attaquer directement à la question de la confidentialité, en indiquant : « Les organismes de santé ont certes fortement intérêt à assurer la confidentialité et la sécurité des données, mais doivent aussi mettre cet intérêt en balance avec la nécessité de pouvoir récupérer facilement ces informations en cas de besoin ». Ils remarquent également que « la difficulté majeure consiste donc, pour les responsables publics, à créer une interface fluide entre les mesures visant à protéger la confidentialité, les dispositions légales et les spécifications technologiques ».

Les débats tenus pendant la conférence étaient axés sur les défis majeurs représentés par l'octroi de ressources aux systèmes d'information et la garantie de la saisie d'informations fiables et précises au niveau du patient. Compte tenu des investissements à consentir et de la nécessité d'une analyse comparative des systèmes, les participants ont évoqué la possibilité d'une coopération internationale entre l'OCDE, l'Organisation mondiale de la santé et la Commission européenne.

Comprendre l'impact de la facturation des services de santé aux usagers

Enfin, Peter Smith (Imperial College Business School, Londres) examine dans le chapitre 6 l'impact de la facturation des soins aux usagers sur l'utilisation des services de santé, les dépenses de santé et l'état de santé des patients. L'auteur met en évidence le double objectif de la facturation des soins aux usagers : *1)* financer le système de santé et *2)* influencer le comportement des patients lorsqu'ils ne doivent pas s'acquitter d'un coût direct (en supplément des cotisations sociales ou fiscales) pour accéder aux soins. Dans la plupart des pays développés, la participation des usagers aux coûts des services de santé vise principalement à compenser le risque moral. Néanmoins, les études démontrent-elles que la facturation des services de santé aux usagers permet effectivement de réduire le recours aux services non indispensables ?

Ce chapitre débute par un examen du degré de facturation des soins aux usagers dans les pays de l'OCDE, en présentant les nouvelles mesures adoptées récemment en Suède, aux Pays-Bas, en Allemagne et en France, ainsi que les techniques de prix de référence utilisées pour les médicaments en République slovaque.

On ne sait pas encore si les initiatives actuelles ont réussi à réduire le recours inutile aux services de santé au rapport coût-efficacité médiocre. Des constats importants réalisés à partir de l'expérience RAND d'assurance maladie avec des niveaux variables de facturation aux usagers aux États-Unis, célèbre pour sa nature expérimentale, montrent qu'une augmentation de la facturation aux usagers peut entraîner une contraction sensible de la demande de soins. Si cette expérience ne semble pas avoir eu d'impact sur l'état de santé de la majorité de la population, elle a en revanche eu des conséquences particulièrement néfastes sur les individus aux faibles revenus et souffrant de pathologies chroniques. Ainsi, lorsqu'une participation a été imposée, l'hypertension a été moins bien contrôlée dans ce groupe au point que la probabilité annuelle de décès a augmenté d'environ 10 %.

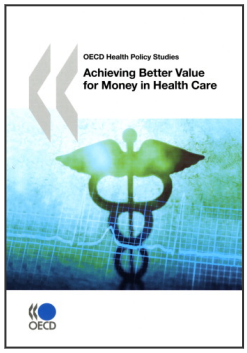
Peter Smith se prononce en faveur d'une remise à plat de la facturation des soins aux usagers, afin de veiller à ce que l'utilisation des services de santé soit conforme aux objectifs plus vastes de la société, en arguant : « Il est primordial de décider quelles sont les technologies de soins de santé qui devraient être subventionnées sur les deniers publics. Une politique de facturation des usagers découle alors naturellement du choix des traitements subventionnés. Une fois le panier public de soins choisi, les patients demeureront libres d'acheter les interventions restantes non subventionnées au prix du marché ou de souscrire une assurance privée complémentaire pour couvrir le coût de ces interventions ».

Les pouvoirs publics seront confrontés à des choix difficiles dans leurs efforts visant à maîtriser la croissance des dépenses de santé et à garantir

que ces dépenses s'accompagnent de bénéfices proportionnels à leur montant. Les stratégies adoptées varieront dans chaque pays en fonction des caractéristiques des systèmes de santé nationaux. Les analyses présentées dans cette étude ont pour objectif d'aider les décideurs à comprendre l'éventail de possibilités à leur disposition en matière d'action publique et les arbitrages qu'elles supposent, tout en leur fournissant des informations empiriques sur leur utilisation dans les autres pays.

Notes

1. Voir *http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/the_process_en.htm* pour plus d'informations sur le processus.
2. Voir *http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/joint_reports_en.htm* pour les Rapports conjoints sur la protection sociale et l'inclusion sociale 2007 et *http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/strategy_reports_en.htm* pour les Rapports nationaux sur les stratégies.
3. Pour obtenir une description plus complète, consultez le site *http://www.oecd.org/document/60/0,2340,en_2649_33929_37103164_1_1_1_1,00.html*



Extrait de :

Achieving Better Value for Money in Health Care

Accéder à cette publication :
https://doi.org/10.1787/9789264074231-en

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2009), « Introduction », dans *Achieving Better Value for Money in Health Care*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: https://doi.org/10.1787/9789264074255-1-fr

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document et toute carte qu'il peut comprendre sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à rights@oecd.org. Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) info@copyright.com ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) contact@cfcopies.com.