

Quelle méthodologie de recueil des données de coûts?

Les évaluations médico-économiques des technologies et stratégies de santé nécessitent le recueil de données cliniques et de coûts. Le mode de recueil des données cliniques est clairement établi et se fait la plupart du temps auprès des patients et des soignants concernés. Une plus grande complexité réside dans le recueil des données de coûts, tant par leur disponibilité et leur niveau de précision que par la multiplicité des sources de données et des règles de facturation à prendre en considération. L'impact du recueil des quantités consommées et de leur valorisation économique est majeur sur le critère décisionnel final. L'enjeu est donc important. Comme le souligne l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), la France a encore des progrès à faire pour rendre les évaluations plus objectives et moins sensibles à l'analyste. Ainsi, l'objectif de cette fiche méthodologique est de proposer un algorithme de choix optimal du mode de recueil des données économiques, transparent et reproductible.

A des fins de rigueur et de facilitation, la réglementation concernant l'accès au SNDS (Système National des Données de Santé) a évolué en 2016 (décret application avril 2017), et offre de nouvelles perspectives quant au recueil des données économiques.

Toutefois, le SNDS ne répondra pas à toutes les questions et ne sera pas utilisable dans tous les cas rencontrés par les économistes. Dans ce contexte, il faut ainsi être en mesure de choisir la méthode de recueil des données de coûts la plus rigoureuse et adéquate au regard de la question posée, au moment de la conception de l'étude.

**Christel Castelli, Sophie Bouvet,
Nathalie Hayes, Jean Martial Kouame**
pour le sous groupe de travail
« Outils de recueil en Médico-économie »

Définitions

Tout au long de cette brève, nous utiliserons les terminologies suivantes : (i) Objet de l'évaluation : cela pourra être un parcours de soins ou une nouvelle organisation des soins, un dispositif médical, un traitement, etc.... (ii) BDMA pour base de données médico-administratives (iii) CDC pour construction des données de coûts.

Nous incluons dans les BDMA toutes les données du SNDS : en particulier, la base nationale PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) et les données de soins contenues dans le SNIIRAM (Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie).

La base nationale PMSI permet de couvrir l'ensemble des dépenses d'hospitalisation publiques et privées du territoire national et vient compléter la volumineuse base du SNIIRAM comportant l'ensemble des données de soins couvertes par l'AMO (Assurance Maladie Obligatoire).

Aussi, lorsqu'on utilise les BDMA, on considère que l'obtention du coût est directe et que ce dernier n'a pas besoin d'être retraité/recalculé.

Cette obtention directe du coût via les BDMA diffère de la notion de construction de coût (CDC) qui fait référence à un travail de valorisation unitaire des consommations de soins grâce aux nomenclatures en vigueur ainsi qu'aux règles de facturation qui s'y rapportent, ou s'il n'y a pas de nomenclature, correspond à une méthodologie de ventilation des charges permettant d'obtenir in fine le coût. Dans ce cas, le coût n'est pas obtenu directement via les bases de données mais est calculé poste par poste, à partir de différentes sources de données financières.

Les critères déterminants du choix du mode de recueil : BDMA ou CDC ?

Deux critères permettant d'effectuer un choix entre BDMA et CDC sont proposés: le point de vue de l'étude (acteur économique du point de vue duquel on se place pour réaliser l'évaluation) et le référencement de l'acte (inscription dans une nomenclature de l'assurance maladie Obligatoire (AMO)). L'ensemble du processus décisionnel est représenté sur la figure 1.

Neuf cas sont proposés et pourraient faire l'objet d'une brève dédiée. Quatre d'entre eux conduisent au recours aux BDMA et 5 à une méthodologie de CDC

Le premier critère, le point de vue, concerne l'évaluateur : il pourra être le payeur (AMO, patient, collectivité, société) ou le fournisseur de soins (hôpital, médecins...). On affecte ainsi les méthodologies de microcosting d'évaluation du coût de production d'un acte dans le point de vue du fournisseur (trajectoire 9). Le cas du recours à l'ENC est considéré comme une CDC. Pour le point de vue du payeur, on pourra raisonner à l'échelle individuelle (considérant les restes à charges des patients) ou à l'échelle globale. Les restes à charges relatifs au dépassement d'honoraires (trajectoire 7) sont disponibles dans les bases de données (qu'elles soient couvertes ou non par une mutuelle) alors que ceux relatifs aux aménagements, parapharmacie et autres prestations (trajectoire 8) non remboursées (même partiellement) doivent être valorisés unitairement.

Si on se place à l'échelle plus globale, le second critère déterminant pour choisir le mode de recueil de données est le référencement T2A de l'objet de l'évaluation (Tarification à l'activité). Dans le cas d'un non référencement, le recours au CDC est nécessaire pour obtenir une valorisation unitaire (trajectoire 6). Lorsque le référencement existe, on distingue 3 types d'agents économiques: le patient, les aidants et la société. Dans le cas des aidants et de la société, aucune donnée de ce type n'est disponible dans les BDMA (trajectoires 4 et 5), il faut donc recourir au CDC. En revanche, toutes les consommations de soins (coûts directs médicaux et non médicaux) sont directement valorisables (trajectoire 1 à 3) dans les BDMA.

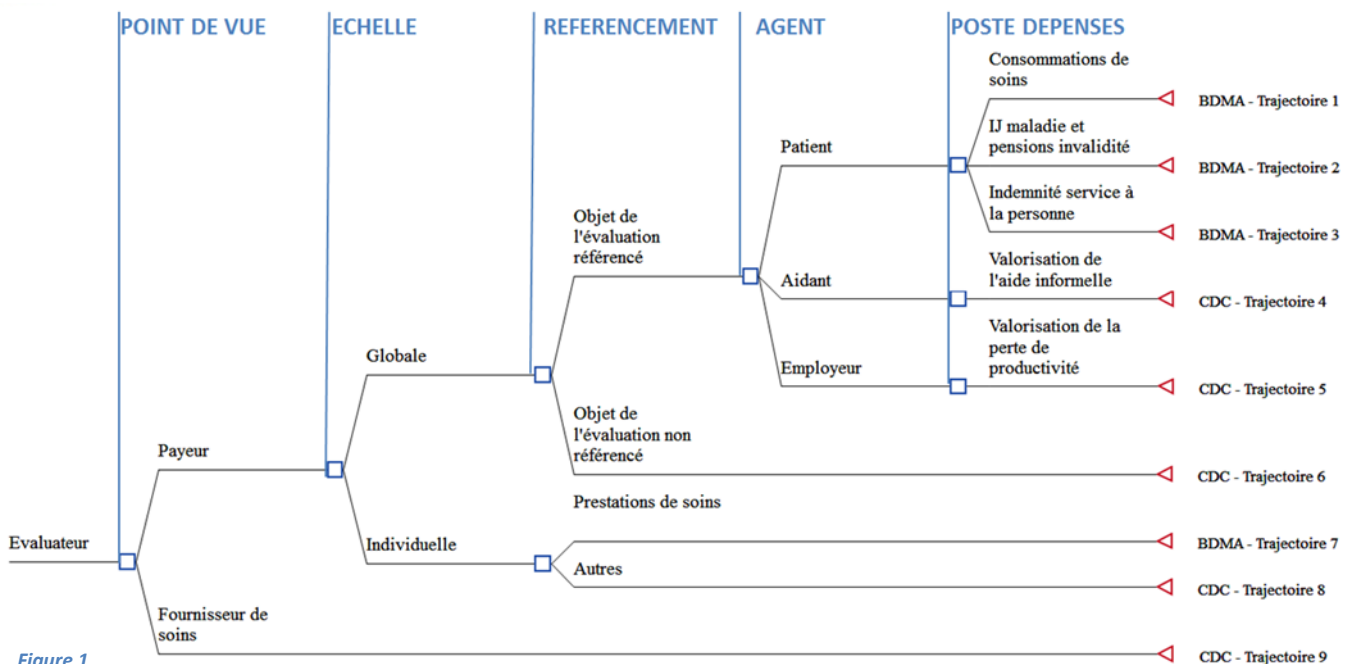


Figure 1

Algorithme de détermination de l'outil optimal de recueil de données de coûts. BDMA : Base de Données Médico-Administrative, CDC : Construction Données Coût.

Conclusion

Les données des BDMA et notamment l'accès au SNDS offrent de nouvelles possibilités et rendent désormais faisable un certain nombre d'évaluations médico-économiques qui auparavant échouaient pour des raisons logistiques et de complexité de mise en œuvre. Il faut toutefois garder à l'esprit que le SNDS est un outil de facturation à visée comptable contenant des données complexes à analyser (de par la volumétrie et la structure des données) et qu'il ne peut se suffire à lui seul pour répondre à l'ensemble des questions médico-économiques qui peuvent se poser à l'évaluateur, ni prendre en compte le point de vue de l'ensemble des agents économiques entrant dans les processus de soins. Aussi, si la nouvelle réglementation permettant l'appariement des données de recherche clinique aux BDMA via l'identification du patient (NIR) semble très prometteuse et ouvre de nouvelles perspectives pour les évaluations économiques, le recours au CDC restera légitime pour certains questionnements relatifs notamment à l'introduction de technologies de santé innovantes et non référencées, ou de nouveaux modes d'organisation des soins qui ne bénéficieront pas tout de suite d'une visibilité dans les BDMA.