

Health Consumer Powerhouse

EuroHealth Consumer Index:
l'indice des consommateurs
de la santé en Europe

10 juin 2005

Rapport révisé

Health Consumer Powerhouse

10 juin 2005

Nombre de pages: 27

Table des matières

1.	Résumé en anglais	4
2.	2. Dans quel pays le consommateur européen de services de santé trouve-t-il le système de santé le plus convivial en 2005?	5
2.1	2.1 Vue d'ensemble des situations en Europe	5
2.2	Les résultats de l'Index	6
2.3	Résumé des résultats	8
3.	Remarques des experts	10
4.	Élaboration de l'EuroHealth Consumer Index 2005	11
4.1	Stratégie	11
4.2	Teneur principale de «l'EuroHealth Consumer Index 1.0»	12
4.3	Phases d'élaboration	15
4.4	Les indicateurs sélectionnés pour l'EuroHealth Consumer Index 1.0 et leurs définitions	16
4.5	Manques de données en Europe	19
5.	Comment interpréter les résultats de l'Index?	22
5.1	Compatibilité avec des études similaires	23
6.	Références	24
6.1	Sources principales	24
6.2	Liens utiles	25
7.	À propos de Health Consumer Powerhouse	26

Avant-propos: pourquoi cet outil unique de renforcement des moyens d'action des consommateurs de services de santé?

L'Europe poursuit son intégration. Les personnes, les services et les marchandises traversent les frontières pour améliorer la qualité de vie et renforcer la croissance économique - deux indicateurs fondamentaux en matière de bien-être social. Conformément à l'arrêt de la Cour de justice des Communautés européennes, les patients peuvent se rendre dans un autre pays afin d'avoir accès aux meilleurs soins de santé. L'Union apporte son soutien à l'amélioration de l'information dans le domaine de la santé en promouvant de nombreuses initiatives e-Santé. Il existe une fiche médicale européenne et, plus que probablement, les dossiers médicaux électroniques viendront perfectionner les procédures en matière de santé ainsi que les connaissances des patients.

Le consommateur européen des services de santé ne dispose toutefois pas des informations pertinentes pour se frayer un chemin dans le système de santé - au niveau régional, national et moins encore à l'échelon communautaire. Jouir de la liberté de circulation est un acquis merveilleux - mais comment est-on supposé exercer ce droit? Comment devons-nous nous y prendre pour avoir accès à des soins de santé qui nous permettent de réduire les temps d'attente et les risques médicaux, d'optimiser les résultats et la satisfaction du consommateur?

La transparence des systèmes de santé européens est une qualité essentielle non seulement pour les consommateurs, mais aussi pour chaque personne concernée dans le domaine de la santé. La transparence révèle les problèmes et les défaillances qui exigent de prendre des mesures. Toute industrie des services sophistiquée - et les systèmes de santé appartiennent très certainement à cette catégorie - suit les décisions prises par les consommateurs informés et le dialogue entre utilisateur et prestataire. Les Européens sont d'avis que l'accès à l'information améliore la qualité des soins. Afin d'utiliser pleinement le potentiel des systèmes de santé, l'information transnationale s'avère une ressource cruciale au niveau européen.

Après avoir publié un indice des consommateurs de services de santé pour la Suède deux années consécutives, nous nous sommes tout de suite rendus compte à quel point les comparaisons entre les systèmes de santé se justifiaient pour se focaliser sur les améliorations. Une fois les chiffres sur la table, peu de gestionnaires de ces systèmes se montrent satisfaits de demeurer à la dernière place d'un tel classement public attribuant une appréciation qualitative.

Notre objectif est à présent de mettre cet outil de renforcement des moyens d'action des consommateurs dans le contexte de l'Union européenne. Partant résolument du point de vue du consommateur, l'objectif de l'EuroHealth Consumer Index 2005 est d'être un apport supplémentaire aux évaluations que réalisent déjà des institutions telles que l'OMS et l'OCDE. En introduisant une perspective différente, notre Index classe les systèmes de santé nationaux des douze plus grands pays d'Europe en fonction de leur convivialité (il devrait être étendu aux systèmes de santé des 25 États membres de l'UE d'ici 2006, et être développé et mis à jour chaque année).

Cette première tentative est avant tout un outil qui doit être développé. Nous vous conseillons de ne pas vous arrêter sur chaque indicateur ou sur chaque chiffre, mais plutôt de prendre en considération les tendances et les similitudes entre les systèmes. Nous espérons qu'un débat critique mais tourné vers l'avenir suivra son lancement et permettra d'échanger des idées afin de soutenir le développement du renforcement des moyens d'action des consommateurs de services de santé partout en Europe.

Bruxelles, le 15 juin 2005

Johan Hjertqvist

Président

Health Consumer Powerhouse

1. Résumé en anglais

En français

Parmi les douze systèmes de santé nationaux que l'EuroHealth Consumer Index 2005 a comparé, trois se distinguent des autres par leur valeur pour le consommateur: les Pays-Bas, la Suisse et l'Allemagne. L'Index leur attribue entre 46 et 48 points sur un maximum de 60. Ce classement signifie qu'ils fonctionnent assez bien, avec certaines limitations toutefois. Comme on pouvait s'y attendre, les pays disposant de systèmes de santé fondés sur une approche plurielle en matière de financement se hissent en haut du classement d'un indice de consommateur de services de santé. L'existence de nombreuses alternatives pour l'assurance soins de santé - qui évite dans le même temps les discriminations entre les structures de propriété et les structures juridiques des prestataires de services - est probablement la raison fondamentale expliquant les positions tout en haut du classement des trois États «médaillés».

L'EuroHealth Consumer Index tient compte de la qualité des services, mesurée en tant que résultat. Les classements inférieurs dans ce sous-ensemble d'indicateurs désavantagent des pays tels que la Belgique, qui sinon obtiennent des résultats élevés en matière d'accueil réservé au consommateur. La Suède, «vainqueur» pour ce qui est de la qualité des soins, ne figure pas dans le trois premières places, principalement à cause d'un mauvais accès aux soins.

Dans le sud de l'Europe, l'Espagne et l'Italie fournissent d'excellents services de santé. Cependant, dans cette région, l'excellence réelle des systèmes de santé dépend manifestement un peu trop de la capacité des consommateurs à avoir les moyens de payer des soins médicaux privés en supplément du système de santé public. De cette manière uniquement, ces pays parviennent à se hisser en haut du classement.

Le Royaume-Uni obtient un résultat mitigé: il excelle pour ce qui est des informations sur les soins de santé, mais son classement général est entraîné vers le bas par les listes d'attentes et une qualité irrégulière.

Les trois nouveaux États membres de l'UE d'Europe orientale - la Pologne, la Hongrie et l'Estonie - obtiennent des résultats étonnamment bons, compte tenu du pourcentage du PIB bien moins élevé dépensé dans le domaine de la santé. Le passage d'une économie planifiée à une économie axée sur les consommateurs prend toutefois un certain temps. Le plus petit pays à avoir entrepris ce changement de cap, l'Estonie, semble être à la tête de ce sous-groupe.

En allemand

2. 2. Dans quel pays le consommateur européen de services de santé trouve-t-il le système de santé le plus convivial en 2005?

2.1 2.1 Vue d'ensemble des situations en Europe

La citation suivante, extraite du rapport sur la santé en Europe de l'OMS, explicite la situation actuelle (2002) des systèmes de santé européens:

«Les systèmes et les services de santé connaissent actuellement des transformations majeures dans la Région européenne. Premièrement, les pays s'efforcent de trouver un équilibre entre viabilité et solidarité en matière de financement. La plupart des pays d'Europe occidentale parviennent à maintenir des niveaux relativement élevés de solidarité. Les pays d'Europe centrale et orientale (anciennes économies planifiées d'Europe orientale) et les nouveaux États indépendants (NEI, États qui faisaient auparavant partie de l'Union soviétique) sont également résolus à assurer la solidarité du financement, mais les problèmes liés à la viabilité économique des nouveaux mécanismes d'assurance ont souvent considérablement remis en question l'accessibilité, notamment économique, des services de soins. Deuxièmement, les gouvernements optent de plus en plus pour l'achat stratégique comme moyen d'allocation des ressources aux prestataires de soins dans l'optique d'une amélioration de la santé, notamment par la séparation des fonctions de prestataire et d'acheteur, ainsi le passant du remboursement passif à l'achat actif, et par la sélection des prestataires en fonction de leur rapport coût/efficacité. Les mécanismes contractuels et la rémunération en fonction des performances sont désormais déterminants pour l'efficacité des achats. Troisièmement, les pays adoptent de nouvelles stratégies ou remanient en profondeur les stratégies existantes visant à améliorer les prestations en matière de services de santé. Quatrièmement, il apparaît clairement qu'une réforme des systèmes de santé repose en premier lieu sur une direction efficace. Ce rôle principalement joué par les pouvoirs publics, comprend l'élaboration de la politique de santé, la mise au point des réglementations appropriées et la collecte efficace des informations, mais ces tâches peuvent également être accomplies par d'autres entités, par exemple des associations professionnelles.»

Ce rapport, de même que d'autres, fournit une description détaillée de la situation de la santé publique dans les pays d'Europe.

Les rapports portant sur la performance réelle des systèmes de santé, exprimée en termes de «valeur pour le consommateur», comme le rendement quantitatif et qualitatif, les niveaux d'information et de service, ainsi que le rapport qualité/prix, ne sont pas aussi disponibles. Les statistiques sur les systèmes de santé européens ont tendance à se focaliser sur les ressources quantitatives, telles que le nombre de membres du personnel, de lits et l'occupation des lits ainsi que, dans le meilleur des cas, sur les statistiques concernant des procédures comme le «temps d'injection» ou le «pourcentage de patients qui reçoivent une thrombolyse».

Dans un pays comme les États-Unis, où l'offre et le financement de la santé sont considérés comme faisant partie de l'industrie des services, les statistiques sur la qualité et la quantité de la performance sont abondantes.

Health Consumer Powerhouse présente «l'EuroHealth Consumer Index version 1.0», première tentative pilote visant à mesurer et à classer les systèmes de santé nationaux de 12 pays européens du point de vue du patient/consommateur.

2.2 Les résultats de l'Index

Comme l'illustre la matrice de l'indice, l'EuroHealth Consumer Index 1.0 consiste en un ensemble de 20 indicateurs répartis dans cinq sous-domaines décrivant 12 systèmes de santé nationaux. L'objectif étant de sélectionner les indicateurs pertinents pour décrire un système de santé sous l'angle du consommateur/patient.

La performance des systèmes de santé nationaux respectifs a été présentée sous la forme d'une échelle de trois niveaux pour chaque indicateur. La signification des niveaux s'impose d'elle-même: vert = bon (+), orange = moyen (=) et rouge = mauvais (-).

Les niveaux rouge, orange et vert ont été convertis en un simple résultat chiffré en leur attribuant respectivement 1, 2 ou 3 points.

La possibilité d'introduire des coefficients de pondération a été débattue, c'est-à-dire de choisir certains indicateurs à l'aune de leur importance et multiplier leur résultat par des nombres > 1. Cette option sera envisagée pour des versions ultérieures de l'indice, après analyse complète des indicateurs devant faire l'objet d'une pondération plus élevée. Les indicateurs de résultat semblent être les principaux candidats à des coefficients de pondération plus élevés. Comme pour l'Index en général, toute contribution visant à améliorer la méthodologie est la bienvenue en la matière.

		Belgique	Estonie	France	Allemagne	Hongrie	Italie	Pays-Bas	Pologne	Espagne	Suède	Suisse	Royaume-Uni
Information et droits des patients	Législation sur les droits des patients	+	=	+	+	-	-	-	-	-	-	+	-
	Catalogue des prestataires avec classement qualitatif	-	-	=	-	-	-	-	-	-	+	-	-
	Accès direct à un spécialiste	+	=	+	+	=	=	=	-	=	=	+	-
	Assurance sans égard à la responsabilité en matière de faute médicale	-	+	-	=	+	-	+	-	=	+	=	-
	Droit à un deuxième avis	-	+	-	-	-	-	+	-		-		-
	Accès à son propre dossier médical	+	+	+	+	=	-	+	=	+	-	+	=
	Accès aux soins de santé dans un autre État membre avec un financement de son pays d'origine	+	=	+	+	-	=	=		=	-	+	-
Temps d'attente pour bénéficier du traitement	Consultation du médecin de famille le jour même	+	=	+	+	=	=	=		=	=	+	-
	Articulation du genou/de la hanche	+	=	+	+	=	=	=		=	-	+	-
	Cancer	+	=	+	+	-	-	-	-	-	-	+	-
	Pontage coronarien/ ACTP	-	-	=	-	-	-	-	-	-	+	-	-
Résultats	Mortalité due à un infarctus < 28 jours après l'hospitalisation	=	-	=	=	-	=	+	-	=	+	+	+
	Décès puerpéraux/100 000 naissances vivantes	=	-	=	=	=	+	=	=	+	+	=	=
	Mortalité due à un cancer du sein et à un cancer du colon	-	=	=	=	-	-	+	+	+	+	=	-
	Infections au SARM	-	+	-	=	=	-	+	=	-	+		-
Accueil réservé au	Facilité de report du paiement	=	-	=	=	-	=	+	-	=	+	+	+

consommateur	Renouvellement de l'ordonnance sans rendez-vous chez le médecin	=	-	=	=	=	+	=	=	+	+	=	=
	Information sur les soins de santé disponible sur internet ou par téléphone 24h/24, 7 jours sur 7.	-	=	=	=	-	-	+	+	+	+	=	-
Médicaments	% subvention Rx	-	+	-	=	=	-	+	=	-	+		-
	Accès aux nouveaux médicaments	-	+	-	+	=	-	=	-	=	+	=	+
Total		40	40	39	46	35	29	48	25	37	40	47	36
Classement		4	4	7	3	10	11	1	12	8	4	2	9

2.3 Résumé des résultats

Un des principaux objectifs de cette première tentative visant à élaborer un indice comparatif des systèmes de santé nationaux est d'évaluer s'il est possible de trouver des indicateurs, mais aussi de déterminer la disponibilité des données, et de conférer un sens à l'exercice dans son ensemble.

Les versions ultérieures auront selon toute vraisemblance d'autres indicateurs, car des données supplémentaires seront alors disponibles.

2.3.1 Résultats par pays

Aucun pays n'excelle dans l'ensemble des indicateurs. Les résultats nationaux semblent traduire davantage les «comportements et les cultures nationaux en matière d'organisation» plutôt que de refléter le niveau des dépenses d'un pays dans le domaine de la santé. Il est fort probable que les tendances culturelles soient profondément enracinées dans l'histoire. Remettre une grande entreprise sur pied prend environ deux ans, remettre un pays sur pied peut prendre des décennies!

Les pays disposant de systèmes de financement pluriels, qui offrent par exemple un choix de solutions en matière d'assurance soins de santé et qui fournissent aussi aux citoyens le choix entre divers prestataires - qu'ils soient publics, privés, à but lucratif ou non -, obtiennent en général de bons résultats en ce qui concerne les questions d'information et de droits des patients. Dans ce sous-ensemble d'indicateurs, des pays comme les Pays-Bas et la Suède se hissent dans le haut du classement en matière d'ouverture et d'accès du patient à son propre historique médical. Des pays tels que l'Allemagne et la France souffrent de ce qui semble être un comportement d'expert vis-à-vis des soins de santé: les patients ont accès à l'information médicale par l'intermédiaire de professionnels plutôt que directement.

Dans un souci de synthétisation, le tableau suivant présente un résumé quelque peu subjectif des principales caractéristiques des résultats de chaque pays repris dans l'EuroHealth Consumer Index 1.0. Pour le consommateur de services de santé - c'est-à-dire la plupart d'entre nous -, la description et la comparaison des systèmes de santé requerra quelques simplifications. (Un système d'information médical portant sur des preuves scientifiques, telles que des diagnostics individuels ou des lignes directrices en matière de médication, exige bien évidemment des critères particulièrement stricts; l'Index est constitué des informations fournies par les consommateurs).

Pays	Synthèse des résultats
Belgique	Se distingue par son accessibilité, mais enregistre des résultats qualitatifs peu convaincants.
Estonie	Passer d'une économie planifiée du sommet à la base à une économie axée sur les consommateurs prend plus d'une douzaine d'années. Avec un million et demi d'habitants, l'Estonie semble rattraper son retard plus rapidement que les grands États. Les résultats de l'Estonie sont bons pour ce qui est des infections au SARM et la gestion financière des produits pharmaceutiques s'avère efficace.
France	La meilleure performance au monde en matière de système de santé selon l'OMS (2000). Efficace sur le plan technique. Légèrement autoritaire et des résultats qualitatifs qui ne sont pas fantastiques. Pour obtenir des informations sur les soins de santé, consultez votre médecin!
Allemagne	Le client est roi! Les résultats seraient excellents avec une information plus ouverte (<i>Datenschutz?</i>). Pour obtenir des informations sur les soins de santé, consultez votre médecin!
Hongrie	Passer d'une économie planifiée du sommet à la base à une économie axée sur les consommateurs prend plus d'une douzaine d'années. Les résultats sont médiocres malgré 60 années de financement public du système de santé.
Italie	Une performance étonnamment faible, également en ce qui concerne la qualité des résultats, à l'exception des décès puerpéraux. Un meilleur résultat dans l'EuroHealth Consumer Index 2.0 (2006)?
Pays-Bas	Ouverture, nombreuses options de financement et bons résultats qualitatifs. Une deuxième place européenne méritée!
Pologne	Passer d'une économie planifiée du sommet à la base à une économie axée sur les consommateurs prend plus d'une douzaine d'années. Faible accès aux nouveaux médicaments - une mesure destinée à réduire les coûts?

Espagne	Des résultats qui s'améliorent? Les soins de santé privés gardent encore leur emprise sur le secteur de la santé.
Suède	Excelle pour ce qui est de la qualité des résultats et de l'ouverture. Vraiment mauvais en matière d'accès et de services. La Suède ne faisait pourtant pas partie du pacte de Varsovie, n'est-ce pas?
Suisse	Le vainqueur, bien supérieur à ses concurrents européens. Dans un indice des consommateurs, un système basé sur la responsabilité individuelle depuis toujours obtient d'excellents résultats. Bon, mais onéreux.
Royaume-Uni	Performance générale médiocre. Bon résultat pour ce qui est des problèmes cardiaques. La meilleure performance en matière d'information sur les soins de santé! La nouvelle loi sur la liberté de l'information devrait améliorer les résultats quant aux indicateurs d'ouverture.

2.3.2 Cultures nationales en matière d'organisation

Certains indicateurs semblent refléter les tendances culturelles nationales en matière d'organisation plutôt que les situations financières ou législatives officielles.

Les temps d'attente, généralement considérés d'un intérêt vital pour les consommateurs de services de santé, appartiennent manifestement à cette catégorie d'indicateurs. Comme l'ont remarqué Siciliani et Hurst du Groupe sur la santé de l'OCDE, l'existence de délais d'attente est fortement liée à la présence de réglementations contraignant le patient à suivre une procédure de soins primaires et à obtenir une lettre du médecin généraliste pour pouvoir s'adresser à un spécialiste (la fonction de «tri»). Généralement, les pays qui disposent de cette fonction présentent des listes d'attente. Les pays où les patients jouissent d'un accès direct aux spécialistes n'en ont par contre pas.

En règle générale, les pays qui bénéficient d'une longue tradition en matière de financement et de fourniture de soins de santé pluriels, c'est-à-dire au sein desquels le consommateur a le choix entre différents fournisseurs d'assurance et qui n'opèrent pas de discrimination entre les fournisseurs selon qu'ils sont publics ou privés, à but lucratif ou non, présentent des caractéristiques communes non seulement en ce qui concerne les listes d'attente, mais aussi pour ce qui est de leur disposition à autoriser les patients à chercher des soins de santé dans d'autres pays que le leur.

3. Remarques des experts

M. Christoffer Fjellner, député au Parlement européen.

M. Rodney Elgie, président du Forum européen des patients.

Dr. Delon Human, dernier secrétaire général de l'Association médicale mondiale.

4. Élaboration de l'EuroHealth Consumer Index 2005

4.1 Stratégie

Nous avons lancé le premier indice des consommateurs de la santé suédois en avril 2004 (www.vardkonsumentindex.se, également en anglais). En dressant le classement des 21 conseils de comté (les parlements régionaux responsables du financement, des achats et, généralement aussi, de la fourniture des soins de santé) suivant 12 indicateurs de base portant sur l'élaboration de la «politique en matière de systèmes de santé», le choix des consommateurs, le niveau des services et l'accès à l'information, nous avons introduit la comparaison des performances comme un élément du renforcement des moyens d'action du consommateur. La présentation de la seconde mise à jour annuelle de l'indice suédois le 17 mai 2005 a fait apparaître aux yeux des citoyens suédois le classement moyen médiocre de la plupart des conseils, révélant ainsi la position toujours faible du consommateur. Le besoin d'amélioration s'est résolument fait sentir. L'impact médiatique particulièrement fort de l'indice partout en Suède est venu confirmer que la perception des soins de santé passe rapidement de biens publics limités à des services axés sur le consommateur et mesurables sous un angle qualitatif commun.

Pour l'indice paneuropéen de 2005, Health Consumer Powerhouse s'est fondamentalement efforcé de suivre la même approche, en d'autres termes de sélectionner une série d'indicateurs décrivant le degré de «convivialité» des systèmes de santé nationaux, fournissant de la sorte une base pour la comparaison des différents systèmes nationaux. Notre objectif est de présenter un classement européen desdits systèmes.

Bien que ce point de vue soulève toujours la controverse, Health Consumer Powerhouse soutient que les comparaisons qualitatives dans le domaine de la santé sont une situation où tout le monde a à y gagner: a) le consommateur, qui disposera d'une meilleure plateforme pour choisir et agir en connaissance de cause et b) les gouvernements, autorités et prestataires, qui se focaliseront davantage sur la satisfaction du consommateur et la qualité des résultats et apporteront leur appui aux changements. Ces comparaisons ne mettent pas simplement en avant les défauts avérés et les problèmes de méthode, elles illustrent aussi les améliorations potentielles. Par ce biais, l'EuroHealth Consumer Index a pour objet de devenir un système d'analyse des performances utile à l'appui des améliorations et des évaluations interactives.

L'Index n'aborde pas la question de savoir si un système de santé national est financé et/ou géré par les autorités publiques ou le secteur privé. L'objectif de l'EuroHealth Consumer Index est le renforcement des moyens d'action du consommateur, et non la promotion d'une idéologie politique. Visant le dialogue et la coopération, l'ambition de l'Index est d'être considéré comme un partenaire du développement des soins de santé sur tout le territoire européen.

À l'origine, les cibles principales de l'Index étaient les faiseurs d'opinion et les législateurs, tels que les journalistes, les experts et les responsables politiques. Progressivement, le développement de nos services permettra aux consommateurs de services de santé de devenir les principaux utilisateurs avec les prestataires de services, les payeurs et les autorités. Un tel développement exigera des services conviviaux et une connaissance approfondie des valeurs du consommateur. Une autre caractéristique clé sera l'interactivité avec les utilisateurs et d'autres parties du secteur européen de la santé.

4.2 Teneur principale de «l'EuroHealth Consumer Index 1.0»

4.2.1 Quelles nations?

Au départ, les systèmes de santé de 11 États membres de l'UE, plus la Suisse, ont été comparés. L'inclusion des 25 États membres dès le départ se serait révélé une tâche extrêmement ardue, en particulier parce que nombre de pays viennent à peine d'adhérer à l'UE et présentent des difficultés méthodologiques et statistiques considérables. Ce choix réduit de pays est déjà en soi une entreprise ambitieuse et le projet s'est développé grâce aux données et aux connaissances existantes, en coopération avec des organismes existants, afin de diffuser les bonnes idées, de partager les connaissances, de signaler les erreurs et les écueils du passé, et d'aboutir à des sources d'information utiles.

Le projet s'est efforcé de mettre sur pied un échantillon représentatif d'États membres de l'UE, petits et grands, anciens et récents.

Le choix a été influencé par le souhait d'inclure tous les États membres ayant une population d'environ 40 millions d'habitants et plus, ainsi que de combiner les États membres selon leur taille et leur ancienneté, comme cela a été mentionné auparavant. Compte tenu de l'assez grande similitude des systèmes de santé des pays nordiques, la Suède a été sélectionnée pour représenter la famille nordique purement et simplement parce que les membres de l'équipe du projet connaissaient le système de santé suédois dans les détails.

Comme cela a déjà été indiqué, les critères de sélection n'ont pas abordé la question du financement et/ou de la gestion publique ou privée des soins de santé. À titre d'exemple, les prestataires privés ne sont pas spécifiquement pris en considération (sauf dans la mesure où ils ont une incidence éventuelle sur le temps d'accès ou les résultats des soins). Bien entendu, l'évaluation des politiques de santé comporte toutefois une dimension politique. Nous tenons compte de la position des gouvernements vis-à-vis de l'inclusion des services de santé dans la directive sur les services proposée par la Commission européenne. À nos yeux, il s'agit d'un paramètre plus large qui indique l'attitude vis-à-vis de l'accessibilité, de l'ouverture et de la liberté de choix - des valeurs importantes pour les consommateurs de services de santé. Nous comprenons néanmoins qu'un tel indicateur puisse soulever la controverse.

Les États repris dans l'EuroHealth Consumer Index 1.0 sont les suivants: la Belgique, l'Estonie, la France, l'Allemagne, la Hongrie, l'Italie, les Pays-Bas, la Pologne, l'Espagne, la Suède, le Royaume-Uni et, à titre de comparaison, la Suisse.

4.2.2 Sélection préalable des domaines et des indicateurs de l'étude

L'objectif était de sélectionner un nombre limité d'indicateurs dans un nombre déterminé de domaines d'évaluation qui, ensemble, peuvent être révélateurs de l'accueil que réservent les systèmes respectifs aux consommateurs de services de santé. Le travail a été entamé avec une «première liste de sélection» d'indicateurs et de domaines, communiquée ci-après:

Information fournie au consommateur de services de santé

Existe-t-il un service d'information national en matière de santé qui remplisse les conditions x, y et z?

La description des prestataires de soins de santé est-elle publiquement disponible, ainsi que les indicateurs de résultats et les résultats?

Les droits des patients/consommateurs sont-ils clairement définis et facilement accessibles?

Accès au traitement

Quels sont les temps d'attente pour un échantillon représentatif de traitements (comment cet aspect est-il mesuré?)

Les rendez-vous chez le médecin peuvent-ils être facilement annulés?

Les ordonnances peuvent-elles être renouvelées sur l'internet?

Quel est le degré d'accessibilité pour un choix de thérapies utilisant les meilleures pratiques (opérations, examens, médicaments)? Ou, quelle est la politique officielle en la matière (paperasserie, etc.)?

Normes et sécurité en matière de santé

Fréquences des traitements inadéquats (SARM dans les hôpitaux, etc.)

«Information sur le système de santé»

Droits des patients (complets et disponibles?)

Liste des prestataires (complète, pratique?)

Procédure pour introduire une plainte (existe-t-il des canaux significatifs et bien établis, ou existe-t-il des informations sur la manière de procéder?)

Des sondages réguliers sur la satisfaction/l'accessibilité/la qualité des soins de santé sont-ils régulièrement réalisés auprès des citoyens/consommateurs (par qui, à quel niveau)?

«Situation juridique»

Financements alternatifs; options «de refus»?

Accès du patient aux dossiers médicaux (règlementations nationales?)

Le patient peut-il choisir le travailleur social (niveau?)

Droit et procédure d'appel (contre quelles décisions?)

Dédommagements en cas de traitement inadéquat (annulations et/ou traitement inadéquat)

«**Information sur les risques**» (les patients ont-ils accès à l'information sur):

La présence de SARM dans un hôpital donné?

Statistiques des hôpitaux sur les traitements inadéquats (de quelle manière?)

Meilleur traitement/traitement utilisant les meilleures pratiques dans plusieurs hôpitaux (trois diagnostics représentatifs)?

Traitements non conforme aux normes (certains diagnostics/méthodes; comment les mesurer)?

Service/attention

Les patients peuvent-ils prendre rendez-vous par courrier électronique? (Possibilité offerte par plus de x % des travailleurs sociaux)

Renouvellement des ordonnances

Validité des ordonnances (période)?

Chambre individuelle à l'hôpital (supplément à payer)?

Service d'information sur les soins de santé (niveau, téléphone, internet)?

Accessibilité

Temps d'attente pour bénéficier d'un traitement (trois diagnostics représentatifs)?

Temps écoulé/politique en matière d'introduction de nouveaux médicaments?

Horaire d'ouverture des pharmacies.

Accès au médecin de famille/équivalent (niveau; plusieurs variables).

4.2.3 Gestionnaire du projet

Le Dr. **Arne Björnberg**, chercheur en chef de Health Consumer Powerhouse, s'est chargé de la gestion du projet.

Le Dr. Björnberg possédait déjà une expérience préalable comme directeur de recherche dans l'industrie suédoise. Parmi son expérience, soulignons le fait qu'il a été directeur général de la société pharmaceutique nationale de Suède («Apoteket AB»), directeur du département santé et solutions de réseaux pour IBM Europe Moyen-Orient et Afrique, et

directeur général de l'hôpital universitaire du nord de la Suède («Norrlands Universitetssjukhus», Umeå).

4.3 Phases d'élaboration

L'EuroHealth Consumer Index a été élaboré suivant l'ébauche de projet suivante:

4.3.1 Phase 1

Dresser une carte des données existantes

Au départ, le principal domaine d'activité était l'évaluation de la disponibilité et de l'accessibilité de l'information pertinente dans les pays sélectionnés. Les méthodes de base ont consisté en:

Recherches sur l'internet

Entretiens téléphoniques et par courrier électronique avec des personnes ressources

Visite de la personne si nécessaire

Recherches sur l'internet

a) Réglementations pertinentes et documents de politiques

b) Données sur les résultats réels des politiques

Fournisseurs d'informations:

a) Autorités sanitaires régionales et nationales

b) Institutions (EHMA, Cochrane Institute, Picker Institute, Université de York - Économie sanitaire, etc.)

c) Associations de patients («Que souhaitez-vous *réellement* savoir?»)

d) Entreprises du secteur privé (IMS Health, industrie pharmaceutique, etc.)

Entretiens (évaluation des résultats de sources préalables et, en particulier, vérification des résultats réels des décisions politiques).

a) Téléphone et courrier électronique

b) Visites aux principaux fournisseurs d'information

4.3.2 Phase 2

Collecte des données et recrutement du Panel EuroHealth

- La collecte des données a pour objet de réunir toute l'information disponible à l'heure actuelle afin de l'inclure dans l'EuroHealth Consumer Index.

- Identification des domaines fondamentaux, pour lesquels des informations supplémentaires devaient être réunies.
- Collecte de données brutes sur ces domaines.

Le Panel EuroHealth a été recruté avec l'aide de Powerhouse. Les membres du Panel ont reçu un premier questionnaire par courrier électronique. Les questions supplémentaires ont été envoyées par courrier après évaluation des résultats de ce premier questionnaire.

L'expérience tirée des deux indices annuels des consommateurs de santé en Suède a été évaluée et appliquée à l'élaboration de l'EuroHealth Consumer Index.

4.3.3 Phase 3

- Élaboration de l'EuroHealth Consumer Index
- Solutions internet
- Feed-back du Panel EuroHealth

Articulation préliminaire d'une première série de paramètres d'évaluation.

Construction du site internet pour avoir accès à l'EuroHealth Consumer Index.

Série de consultations avec le Panel EuroHealth.

Consultation d'avocats de patients et de citoyens européens par l'intermédiaire des enquêtes Powerhouse, réalisées par des instituts de recherche extérieurs (Patient View, Sifo, Mihok Research).

4.3.4 Phase 4

Présentation du projet et rapports

- Présentation de l'EuroHealth Consumer Index 1.0 lors du sommet sur les consommateurs de services de santé
- Un rapport décrivant les principes d'élaboration de l'EuroHealth Consumer Index
- Lancement en ligne sur la toile mondiale

4.4 Les indicateurs sélectionnés pour l'EuroHealth Consumer Index 1.0 et leurs définitions

Les travaux sur l'Index se sont transformés en la recherche d'un compromis entre les indicateurs jugés les plus importants pour fournir des informations sur les différents systèmes de santé nationaux du point de vue d'un utilisateur/consommateur, d'une part et la disponibilité des données pour ces indicateurs, d'autre part. Il en résulte une version du

problème classique: «Faut-il aller chercher le billet de 50 dollars dans la ruelle sombre ou préférer au contraire la pièce de dix cents sous le réverbère?»

Il a été jugé important de disposer d'une combinaison d'indicateurs dans différents domaines: les attitudes des services et les orientations des clients ainsi que les indicateurs portant sur des «faits concrets», qui montrent la qualité des soins de santé en termes de résultats. Il a également été décidé de rechercher des indicateurs sur des résultats réels sous la forme de résultats au lieu d'indicateurs décrivant des procédures, comme le «temps d'injection» (temps écoulé entre l'arrivée du patient aux urgences et une injection thrombolitique), le pourcentage de patients souffrant du cœur ayant reçu une thrombolyse ou un tuteur intravasculaire.

Les indicateurs mesurant la situation de la santé publique ont été volontairement retirés de la sélection. Il s'agit notamment de l'espérance de vie, de la mortalité due au cancer du poumon, de la mortalité totale due aux maladies du cœur, de l'incidence du diabète, etc. De tels indicateurs dépendent en général principalement du mode de vie ou de facteurs environnementaux, plutôt que de la performance du système de santé. Ils n'offrent généralement que très peu d'informations intéressantes pour le consommateur qui souhaite choisir entre différentes thérapies ou prestataires de soins, qui attend une intervention chirurgicale prévue, qui s'inquiète des risques de complications après le traitement ou qui n'est pas satisfait des informations restreintes dont il dispose.

À la suite des recherches effectuées et des discussions avec des personnes ressources au sein des institutions européennes, les domaines et les indicateurs suivants ont été choisis pour l'EuroHealth Consumer Index 1.0. La performance des systèmes de santé nationaux respectifs a été évaluée sur une échelle de trois niveaux pour chaque indicateur. La signification des niveaux s'impose d'elle-même: vert = bon (+), orange = moyen (=) et rouge = mauvais (-).

Domaine des indicateurs	Indicateurs	Valeurs seuils des indicateurs		
Information et droits des patients	Législation sur les droits des patients - la législation nationale en matière de soins de santé se base-t-elle clairement sur les droits des patients?	+ = Oui	= = pas vraiment, mais il existe différentes chartes du patient ou règlements similaires	- = Non
	Catalogue des prestataires avec un classement qualitatif - les patients ont-ils facilement accès aux listes de prestataires de soins	+ = Oui	= = pas vraiment, mais des tentatives intéressantes sont en train de voir le jour	- = Non
	Accès direct à des soins spécialisés - sans lettre adressée par le médecin généraliste au spécialiste	+ = Oui	= = pas vraiment, mais assez souvent dans la pratique	- = Non

	Assurance sans égard à la responsabilité en matière de faute médicale - les patients ont-ils droit à un dédommagement sans l'aide du système judiciaire pour prouver que le personnel médical a commis des erreurs?	+ = Oui	= = Juste; > 25% des invalidités couvertes par l'État	- = Non
	Droit à un deuxième avis - pour des cas graves	+ = Oui	= = oui, mais accès difficile en raison d'une mauvaise information, de la bureaucratie ou du refus du médecin	- = Non
	Accès à son propre dossier médical - pour le patient	+ = Oui	= = oui, restreint ou par le biais d'un intermédiaire	- = Non
	Les soins de santé doivent-ils être considérés comme un service? Accès aux soins de santé dans un autre État membre avec un financement du pays d'origine - «L'article 23 doit-il être maintenu dans la directive sur les services?» est l'indicateur utilisé.	+ = Oui	= = non décidé Difficulté à définir une voie médiane	- = Non
Temps d'attente pour bénéficiaire du traitement	Consultation du médecin de famille le jour même - si je me réveille très malade, mais pas à l'article de la mort, puis-je compter sur mon (un) médecin de famille aujourd'hui?	+ = Oui	= = oui, mais toujours pas atteint	- = Non
	Opération de remplacement de l'articulation du genou/de la hanche	+ = 90% < 90 jours	= = 50-90% < 90 jours	- = > 50% > 90 jours
	Traitement du Cancer par radiothérapie ou chirurgie	+ = 90% < 21 jours	= = 50-90% < 21 jours	- = > 50% > 21 jours
	Pontage coronarien/ACTP - temps d'attente entre le diagnostic et l'intervention chirurgicale	+ = 90% < 90 jours	= = 50-90% < 90 jours	- = > 50% > 90 jours
Résultats	Mortalité due à un infarctus < 28 jours après l'hospitalisation	+ = < 18%	= = < 25%	- = > 25%
	Décès puerpéraux/100 000 naissances vivantes	+ = < 5	= = < 10	- = > 10
	Mortalité due au cancer du sein et du colon , moyenne arithmétique	+ = < 30%	= = < 35 %	- = > 35 %
	Infections au SARM ; statistiques de l'EARSS (Système européen de la surveillance de la résistance aux antimicrobiens) - pourcentage de patients admis pour des procédures chirurgicales	+ = < 5%	= = < 20%	- = > 20%

Accueil réservé au consommateur	Facilité de report du paiement pour les soins non remboursés par les systèmes publics de base	+ = financer une opération est aussi facile que financer une dépense de capital majeure	= = financer une opération est réalisable, mais avec certaines difficultés	- = financer une opération signifie accepter des plans d'endettement peu attrayants, compter sur la charité ou vendre sa maison
	Renouvellement de l'ordonnance sans rendez-vous chez le médecin	+ = Oui	= = oui, mais selon les situation locales/l'humeur du médecin	- = Non
	Information sur les soins de santé disponible sur l'internet ou par téléphone 24 heures/24, 7 jours sur 7	+ = Oui	= = oui, mais ne sont généralement pas disponibles	- = Non
Médicaments	% de subvention Rx - part du prix du médicament prescrit à charge de l'État	+ = > 90%	= = 60-90%	- = < 60%
	Accès aux nouveaux médicaments - temps moyen entre l'enregistrement d'un nouveau médicament et son inclusion dans le plan de subvention	+ = > 120 jours	= = < 300 jours	- = > 300 jours

4.4.1 Détermination des valeurs seuils

Notre ambition n'a pas été de concevoir un principe général, scientifique, pour attribuer aux valeurs seuils les différentes couleurs (vert, orange ou rouge) suivant les différents indicateurs. Les seuils ont été fixés après étude des portées réelles des valeurs des paramètres afin d'éviter d'avoir des indicateurs «totalement vert» ou «totalement rouge». Il y a pourtant toujours une exception qui vient confirmer la règle: en ce qui concerne l'indicateur «les soins de santé: un service», un pays peut se voir attribuer le résultat le plus élevé (soutien à la proposition de la Commission) ou un «moins». Ce dernier vaut pour tous les États qui se refusent à voter pour cette proposition. Peu de gouvernements adoptent une position aussi tranchée, préférant mentionner des négociations futures, des propositions d'amendement, le besoin d'éclaircissements, etc. Ces positions signifient en réalité que ces États ne sont pas disposés à ouvrir le marché des services de santé au bénéfice des consommateurs de l'Union européenne, dont le présent Index fournit les caractéristiques minimales.

4.5 Manques de données en Europe

Une caractéristique est fondamentale. Elle caractérise en effet les systèmes de santé publique en Europe (et dans d'autres États-providences) par rapport à leurs équivalents dans des pays industrialisés tels que les États-Unis: il existe d'abondantes statistiques sur l'apport de ressources, mais une pénurie traditionnelle de données sur le rendement qualitatif et quantitatif.

Des organisations comme l'OMS et l'OCDE publient des statistiques facilement accessibles et fréquemment mises à jour sur des points tels que:

- Le nombre de médecins/infirmières par habitant
- Le nombre de lits d'hôpitaux par habitant
- La quantité de patients recevant certains traitements
- Le nombre de consultations par habitant
- Nombre d'unités de résonance magnétique par million d'habitants
- Dépenses de santé par sources de financement
- Ventes de médicaments par doses et valeurs monétaires (tables sans fin)

Les systèmes ayant un historique en matière de structures de financement basées sur des régimes d'aides et l'établissement d'un budget global présentent souvent une culture de gestion qui se focalise presque entièrement sur le contrôle et le suivi des apports. De tels facteurs peuvent consister en nombre de membres du personnel, en coûts de toutes sortes (bien qu'ils ne soient généralement pas mis en relation avec le rendement), de même que d'autres facteurs de ce type repris dans la liste détaillée ci-dessus.

Les systèmes de santé qui fonctionnent davantage comme une entreprise ont un penchant naturel pour le contrôle du *rendement*. Par ailleurs, elles mettent bien plus naturellement en rapport les mesures des coûts avec les facteurs de rendements afin de mesurer la productivité, le rapport coût/efficacité et la qualité (une affirmation de ce genre ne signifie pas que l'efficacité totale est meilleure dans un système que dans l'autre, mais que l'approche à l'égard des données est différente).

Le projet de l'EuroHealth Consumer Index a entrepris d'obtenir des données sur la qualité des soins de santé réellement fournis. Ce faisant, l'ambition a été de se concentrer sur des indicateurs pour lesquels la contribution de la fourniture réelle de soins de santé est le facteur principal et pour lesquels les facteurs externes, tels que le mode de vie, l'alimentation, l'alcool ou le tabagisme, n'interfèrent pas excessivement. Par conséquent, l'EuroHealth Consumer Index a également écarté les paramètres de la santé publique, qui s'avèrent en général moins influencés par la performance du système de santé que par les facteurs externes.

Les indicateurs qualitatifs choisis ont donc été:

- La mortalité due à un infarctus < 28 jours après l'hospitalisation (les paramètres tels que la mortalité totale due aux maladies du cœur ont été écartés, car les États méditerranéens occupent une position intrinsèquement prépondérante qui dépend probablement du mode de vie).

Les données utilisées proviennent de l'étude «Monica» et ont été complétées par les données obtenues directement des autorités sanitaires des pays qui n'ont pas participé à Monica.

Il existe des données européennes plus complètes. Néanmoins, comme c'est le cas pour divers domaines présentant des données médicales qualitatives sur les résultats des soins de santé pour certaines maladies, l'accès à ces données est restreint aux associations médicales spécialisées. Le tableau présenté ci-dessous provient sous sa forme initiale de données publiées par la Société européenne de

cardiologie sans spécifier les pays qui le composent. Malgré les demandes à des chercheurs respectés et expérimentés, il n'a pas été possible de savoir de quels pays il s'agissait.

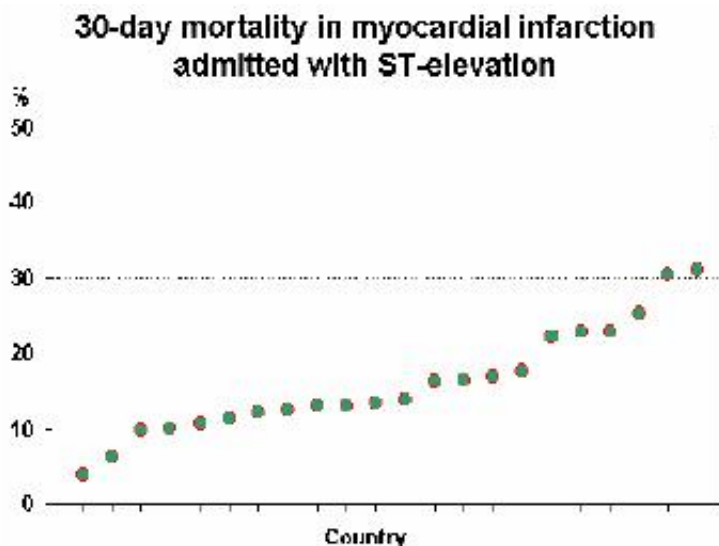
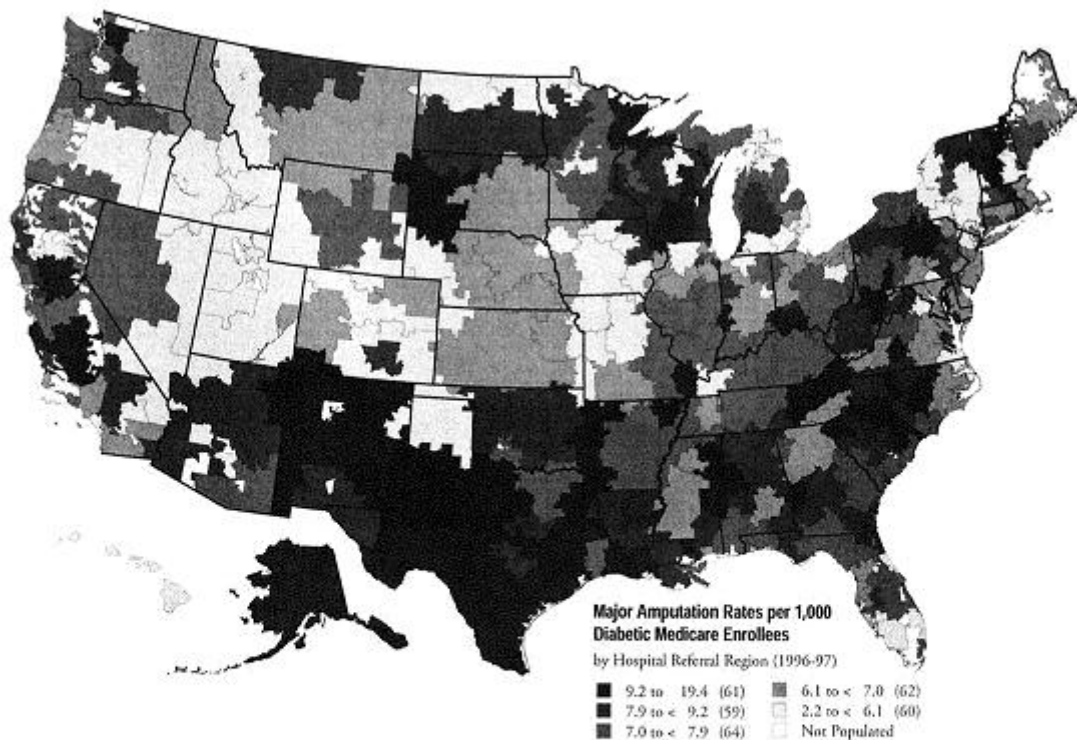


Tableau: mortalité dans les 30 jours suivant un infarctus du myocarde avec élévation du segment ST.

- Décès puerpéraux/100 000 naissances vivantes (censés dépendre de la qualité des services de santé dans une large mesure)
- Mortalité due au cancer du sein et au cancer du colon, moyenne arithmétique. Les taux de survie pour ces types de cancer dépendent largement d'un dépistage précoce et de la qualité des soins.
- Infections au SARM; statistiques de l'EARSS - pourcentage de patients admis pour une procédure chirurgicale et touchés par une infection. Il s'agit manifestement de l'indicateur de la qualité médicale bénéficiant du suivi le plus systématique et faisant l'objet d'un *rapport public* dans les systèmes de santé européens.

Le taux de complications pour les diabétiques est un indicateur qui se serait avéré d'un grand intérêt pour la mesure de la qualité totale des efforts à long terme déployés par les systèmes de santé nationaux dans leur ensemble (c'est-à-dire à la fois les soins primaires et les soins spécialisés). Les taux de complications peuvent être mesurés en nombre d'amputations de pieds, de problèmes oculaires (rétinopathie), d'insuffisances rénales (dialyse nécessaire) ou de problèmes cardiaques par 100 000 patients atteints du diabète.

Ces données sont déjà disponibles pour les États-Unis, comme l'illustre le tableau ci-dessous. À la suite d'entretiens et de recherches intensives en vue de trouver des statistiques similaires pour l'Europe, un des responsables du diabète pour la Suède, le professeur Christian Berne de l'université d'Uppsala, a confirmé que les statistiques correspondantes pour l'Europe ne sont pas directement accessibles sous cette forme.



Wrobel *et al.*, American Journal of Public Health 24(5), 860

5. Comment interpréter les résultats de l'Index?

Les résultats doivent avant toute chose être pris en considération «avec énormément de prudence et en évitant les conclusions radicales!»

L'EuroHealth Consumer index est une première tentative pilote visant à mesurer et à classer la performance des systèmes de santé du point de vue d'un consommateur. Les résultats présentent indéniablement des problèmes quant à la qualité de l'information collectée. Il y a un manque de procédures paneuropéennes uniformes pour la collecte des données.

Nous pensons toutefois qu'il vaut mieux exposer nos résultats et les soumettre à un débat public et constructif, plutôt que de se complaire dans l'opinion trop répandue qui veut que, tant que les informations sur les soins de santé ne sont pas totalement exhaustives, mieux vaut ne pas les divulguer. À nouveau, nous tenons à souligner que l'Index présente les informations fournies par les consommateurs, et non des données médicalement ou individuellement sensibles.

La version 2.0 (2006) sera, nous l'espérons, considérablement plus sophistiquée. Nous caressons l'espoir qu'un débat viendra améliorer les faits et les idées, nous permettant ainsi d'acquérir les connaissances nécessaires pour élaborer l'année prochaine un Index pour les 25 États membres de l'UE. Toute contribution en l'espèce sera la bienvenue et nous sera d'une aide précieuse. Il est grand temps que les analyses comparatives des consommateurs de services de santé sortent des bureaux de statistiques pour envahir nos rues!

Pour bon nombre d'indicateurs de l'Index, les résultats se basent sur les «dernières données disponibles». À titre d'exemple, ceci signifie que l'EuroHealth Consumer Index compare les données de 1997 sur le taux de survie au cancer d'un pays donné avec les données de 2003 d'autres pays. Nous tenons sincèrement à souhaiter la plus grande réussite aux autorités sanitaires nationales, à la DG V de l'Union européenne, à l'OMS, à l'OCDE et aux associations médicales spécialisées dans leurs efforts actuels pour fournir des statistiques de bonne qualité sur la performance des systèmes de santé! Plus la couverture des données est bonne, plus il est possible d'être optimiste quant à l'accès potentiel des consommateurs aux informations pertinentes, pour aboutir en fin de compte à un renforcement des connaissances permettant aux systèmes de santé d'optimiser les résultats au bénéfice des consommateurs.

5.1 Compatibilité avec des études similaires

Comme mesure du rapport entre les résultats de l'EuroHealth Consumer Index et la réalité, nous souhaiterions introduire une comparaison entre le classement de l'EuroHealth Consumer Index et celui réalisé par l'Observatoire européen¹, «Inégalité des capacités de réaction». Basé sur une enquête auprès de la population, ce classement est le suivant:

1. *Allemagne*
2. *Pays-Bas*
3. *France*
4. *Belgique*
5. *Finlande*
6. *Royaume-Uni*
7. *Espagne*
8. *Irlande*
9. *Luxembourg*
10. *Suède*
11. *Italie*
12. *Portugal*
13. *Grèce*

La corrélation entre cette étude et l'EuroHealth Consumer index 1.0 est assez bonne. Si la Belgique obtient un résultat inférieur et la Suède un résultat meilleur dans l'EuroHealth Consumer Index, c'est principalement en raison de l'inclusion d'indicateurs de la qualité des résultats.

¹ *Les systèmes d'assurance maladie sociale en Europe occidentale*, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (2004), page 97.

Nous ne prétendons en aucun cas que les résultats de l'EuroHealth Consumer Index 1.0 ont la qualité d'une thèse de doctorat, mais les résultats ne devraient pas être rejetés comme étant aléatoires. Au contraire, l'expérience suédoise reflète que le classement réalisé par les consommateurs en fonction d'indicateurs similaires est considéré comme un outil important pour montrer la qualité des services de santé. Nous espérons que les résultats de l'EuroHealth Consumer Index seront à même de servir d'inspiration pour améliorer les systèmes de santé européens.

6. Références

6.1 Sources principales

En ce qui concerne les différents indicateurs, les principales sources d'apport sont reprises dans le tableau ci-après. Pour ce qui est de l'ensemble des indicateurs, l'information a été complétée par des entretiens et des discussions avec des responsables sanitaires, tant du secteur public que privé.

		Principales sources d'information
Information et droits des patients	Législation sur les droits des patients	http://www.index-bq.org/Frame/rights/Frame_all.htm
	Catalogue des prestataires avec un classement qualitatif	Dr. Foster uniquement en Europe? Des initiatives intéressantes aux Pays-Bas. http://www.drfooster.co.uk/home.aspx
	Accès direct à des soins spécialisés	Siciliani et Hurst de l'OCDE (2004). «Points de vue des patients sur les systèmes de santé en Europe»; enquête demandée par HCP en 2005. Entretiens personnels.
	Assurance sans égard à la responsabilité en matière de faute médicale	Compagnie d'assurance nationale suédoise. (Tous les pays nordiques ont une assurance sans égard à la responsabilité)
	Droit à un deuxième avis	«Points de vue des patients sur les systèmes de santé en Europe»; enquête demandée par HCP en 2005. Entretiens personnels.
	Accès à son propre dossier médical	«Points de vue des patients sur les systèmes de santé en Europe»; enquête demandée par HCP en 2005. Entretiens personnels.
	Conformité vis-à-vis des règles de l'UE	
Temps d'attente pour bénéficier du traitement	Consultation du médecin de famille le jour même	«Points de vue des patients sur les systèmes de santé en Europe»; enquête demandée par HCP en 2005. Entretiens personnels.
	Articulation du genou/de la hanche	Données OCDE: Siciliani et Hurst, 2003 - 2004. Entretiens personnels avec des responsables du secteur de la santé.
	Cancer	Données OCDE: Siciliani et Hurst, 2003 - 2004. Entretiens personnels avec des responsables du secteur de la santé.
	Pontage coronarien/ACTP	Données OCDE: Siciliani et Hurst, 2003 - 2004. Entretiens personnels avec des responsables du secteur de la santé
Résultats	Mortalité due à un infarctus < 28 jours après l'hospitalisation	Données «MONICA». Entretiens personnels avec des responsables du secteur de la santé.

	Décès puerpéraux/100 000 naissances vivantes	Atlas européen de la santé de l'OMS. Dernières statistiques disponibles.
	Mortalité due au cancer du sein et au cancer du colon	Atlas européen de la santé de l'OMS. Dernières statistiques disponibles.
	Infections au SARM	EARSS; Dernières statistiques disponibles 2003/2004
Accueil réservé au consommateur	Facilité de report du paiement	«Points de vue des patients sur les systèmes de santé en Europe»; enquête demandée par HCP en 2005. Entretiens personnels.
	Renouvellement de l'ordonnance sans rendez-vous chez le médecin	«Points de vue des patients sur les systèmes de santé en Europe»; enquête demandée par HCP en 2005. Entretiens personnels.
	Information sur les soins de santé disponible sur l'internet ou par téléphone 24 heures/24, 7 jours sur 7	«Points de vue des patients sur les systèmes de santé en Europe»; enquête demandée par HCP en 2005. Entretiens personnels.
Médicaments	% de subvention Rx	http://www.efpia.org/6_publ/infigure2004h.pdf
	Accès aux nouveaux médicaments	Fédération européenne des associations et industries pharmaceutiques (EFPIA)

6.2 Liens utiles

La recherche sur internet a notamment permis d'obtenir des informations complémentaires utiles sur les sites suivants:

http://www.wrongdiagnosis.com/a/amputation/stats-country_printer.htm

<http://www.dekker.com/index.jsp>

<http://www.earss.rivm.nl/>

<http://212.144.4.93/easd/>

http://europa.eu.int/comm/public_opinion/index_en.htm

<http://www.euro.who.int/observatory>

<http://www.hospitalcompare.hhs.gov/>

<http://www.hospitalcompare.hhs.gov/>

<http://www.idf.org/home/>

<http://www.hospitalmanagement.net/>

<http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealthAndSocialCare/>

<http://www.medscape.com/px/urlinfo>

http://www.oecd.org/document/16/0,2340,en_2825_495642_2085200_1_1_1_1,00.html

http://www.oecd.org/department/0,2688,en_2649_33929_1_1_1_1_1,00.html

<http://home.online.no/~wkeim/files/index-bg/>

http://www.index-bg.org/Frame/rights/Frame_all.htm

<http://www.patient-view.com/hscnetwork.htm>

<http://www.pickereurope.ac.uk/>

<http://www.100tophospitals.com/>

<http://www.who.int/topics/en/>

<http://www.waml.ws/home.asp>

<http://www.wrongdiagnosis.com/risk/geography.htm>

7. À propos de Health Consumer Powerhouse

Health Consumer Powerhouse souhaite devenir le centre des actions et des idées faisant la promotion des soins de santé auprès des consommateurs en Europe. À la suite du modèle d'intégration de l'UE, HCP est passé de l'échelon national (la Suède à l'origine) vers une identité européenne.

Le consommateur de services de santé de demain n'acceptera pas les frontières traditionnelles. Pour devenir un acteur de premier plan et rassembler la pression nécessaire aux réformes depuis la base, le consommateur devra avoir accès aux connaissances afin de comparer les politiques de santé, les services offerts aux consommateurs et la qualité des résultats. Powerhouse souhaite apporter sa contribution à cette évolution.

Nous ne sommes pas un groupe de réflexion ordinaire, mais plutôt un «do-tank», qui propose non seulement des idées, mais également des solutions pratiques en matière d'information des consommateurs de services de santé. L'Index et les autres ressources dans le domaine de l'information des consommateurs constitueront la pierre angulaire de nos opérations.

Nous sommes une entreprise privée financée principalement grâce aux revenus générés par la vente de nos connaissances des systèmes, que nous avons acquises en élaborant l'Index et les autres outils d'information, ainsi que par l'accès à nos recherches sur le marché. Nous espérons être à même de vous présenter durant 2005 nos premiers services conçus directement pour le consommateur de services de santé.