

# Compendium d'audit

## | Santé publique

Rapports d'audit publiés entre 2014 et 2019

Décembre 2019

FR

Contact: [www.contactcommittee.eu](http://www.contactcommittee.eu)

© Union européenne, 2019.

Reproduction autorisée moyennant mention de la source.

Source: Comité de contact des institutions supérieures de contrôle de l'Union européenne.

**Pour toute utilisation ou reproduction des figures suivantes, l'autorisation doit être demandée directement auprès des titulaires du droit d'auteur:**

Figures 1, 6 et 8: © OCDE/Union européenne, 2018.

Figures 2, 3, 7, 9, 12, 13 et 14: © OCDE.

Figure 4: © Organisation mondiale de la santé (OMS).

# Table des matières

3

Page

Avant-propos	7
Synthèse	8
<b>PREMIÈRE PARTIE – La santé publique dans l'UE</b>	9
<b>La santé publique – Vivre plus longtemps et en meilleure santé</b>	10
<b>La politique de santé de l'UE</b>	11
Base juridique et responsabilités	11
Objectifs de la politique	12
Financement	13
<b>La santé publique dans les États membres de l'UE</b>	13
Prévention et protection	15
Accès aux soins de santé	20
Qualité des services de santé	23
Nouvelles technologies et santé en ligne	26
Viabilité budgétaire et autres aspects financiers	31
<b>DEUXIÈME PARTIE – Présentation des travaux réalisés par les ISC</b>	35
<b>Introduction</b>	36
<b>Méthodologie d'audit</b>	36
<b>Période couverte par les audits</b>	36
<b>Prévention et protection</b>	39
Objectifs d'audit	39
Principales observations d'audit	39
<b>Accès aux services de santé</b>	40
Objectifs d'audit	40
Principales observations d'audit	41

<b>Qualité des services de santé</b>	42
Objectifs d'audit	42
Principales observations d'audit	42
<b>Nouvelles technologies et santé en ligne</b>	43
Objectifs d'audit	43
Principales observations d'audit	44
<b>Viabilité budgétaire et autres aspects financiers</b>	45
Objectifs d'audit	45
Principales observations d'audit	45
<b>Suivi des audits</b>	46
<b>TROISIÈME PARTIE – Les rapports des ISC en un coup d'œil</b>	47
<b>Prévention et protection</b>	48
<b>Belgique – <i>Rekenhof / Cour des comptes / Rechnungshof</i></b>	49
Évaluation de la performance de la politique flamande en matière de santé préventive	49
<b>France – Cour des comptes</b>	54
Prévenir les infections nosocomiales: une nouvelle étape à franchir	54
<b>Pologne – <i>Najwyższa Izba Kontroli (NIK)</i></b>	58
La prévention et le traitement du diabète de type 2	58
<b>Slovénie – <i>Računsko Sodišče Republike Slovenije</i></b>	63
Lutter contre l'obésité infantile	63
<b>Accès aux services de santé</b>	67
<b>Allemagne – <i>Bundesrechnungshof</i></b>	68
L'utilité des traitements orthodontiques doit faire l'objet de recherches médicales	68
<b>Lituanie – <i>Valstybės Kontrolė</i></b>	72
L'accessibilité des services de soins de santé et l'orientation des patients	72
<b>Malte – <i>National Audit Office</i></b>	76
Le médecin généraliste joue un rôle essentiel dans les soins de santé primaires	76



<b>Portugal – <i>Tribunal de Contas</i></b>	81
L'accès des citoyens aux soins de santé dispensés par le service national de santé portugais	81
<b>Roumanie – <i>Curtea de Conturi a României</i></b>	86
Développer les infrastructures de santé aux niveaux national, régional et local pour améliorer l'accès aux services de santé	86
<b>Union européenne – <i>Cour des comptes européenne</i></b>	90
Actions de l'UE dans le domaine des soins de santé transfrontaliers: de grandes ambitions, mais une meilleure gestion s'impose	90
<b>Qualité des services de santé</b>	94
<b>Autriche – <i>Rechnungshof</i></b>	95
L'assurance de la qualité pour les médecins libéraux	95
<b>Danemark – <i>Rigsrevisionen</i></b>	100
Rapport sur les différences dans la qualité des soins entre les hôpitaux danois	100
<b>Irlande – <i>Office of the Comptroller and Auditor General</i></b>	104
La gestion de la chirurgie ambulatoire programmée	104
<b>Nouvelles technologies et santé en ligne</b>	109
<b>Bulgarie – <i>Сметна палата на Република България</i></b>	110
La santé en ligne	110
<b>Estonie – <i>Riigikontroll</i></b>	115
Le rôle de l'État dans la mise en œuvre du système de santé en ligne	115
<b>Lettonie – <i>Valsts Kontrole</i></b>	119
Le projet «La santé en ligne en Lettonie» constitue-t-il un pas dans la bonne direction?	119
<b>Viabilité budgétaire et autres aspects financiers</b>	124
<b>Espagne – <i>Tribunal de Cuentas</i></b>	125
La gestion et le contrôle des prestations pharmaceutiques par la Mutuelle générale des fonctionnaires d'État espagnols (Muface)	125
<b>Finlande – <i>Valtiontalouden Tarkastusvirasto</i></b>	129
Les projections d'évolution des dépenses de sécurité sociale	129

<b>Grèce – Ελεγκτικό Συνέδριο</b>	134
Audit thématique horizontal sur les arriérés de l'État en ce qui concerne les hôpitaux, l'organisation nationale des services de santé (EOPYY) et une direction régionale de la santé	134
<b>Hongrie – Állami Számvevőszék</b>	139
Synthèse de l'expérience acquise dans le cadre d'audits des hôpitaux	139
<b>Italie – Corte dei conti</b>	142
La mise en œuvre du programme spécial de rénovation et de modernisation technologique des biens immobiliers des institutions de santé publique	142
<b>Luxembourg – Cour des comptes</b>	145
Le financement public des investissements hospitaliers	145
<b>Slovaquie – Najvyšší kontrolný úrad Slovenskej republiky</b>	150
Finances publiques et propriété des établissements de santé	150
<b>Tchéquie – Nejvyšší kontrolní úřad</b>	154
Les fonds utilisés par certains centres hospitaliers universitaires pour couvrir les coûts de leurs activités	154
<b>Liste des travaux d'audit relatifs à la santé publique effectués par les ISC de l'UE participantes depuis 2014</b>	158
<b>Abréviations, sigles et acronymes</b>	177
<b>Glossaire</b>	179

## Avant-propos

Chères lectrices, chers lecteurs,

Le comité de contact des institutions supérieures de contrôle (ISC) de l'Union européenne offre un espace de discussion sur l'audit des finances publiques dans l'Union et ses États membres, qui permet d'aborder des questions présentant un intérêt commun. En renforçant le dialogue et la coopération entre ses membres, le comité de contact contribue à l'efficacité de l'audit externe des politiques et des programmes de l'UE. Ce faisant, il contribue également à renforcer l'obligation de rendre des comptes au sein de l'UE et de ses États membres ainsi qu'à améliorer la gestion financière et la bonne gouvernance de l'Union dans l'intérêt de ses citoyens.

En 2017, nous avons décidé, lors de notre réunion annuelle tenue à Luxembourg, de déployer des efforts supplémentaires pour faire mieux connaître les travaux d'audit effectués récemment par les ISC de l'UE. L'année suivante, en 2018, nous avons publié un premier compendium d'audit rassemblant dans un document unique les travaux des ISC de l'UE sur l'emploi des jeunes et leur insertion sur le marché du travail. Compte tenu du succès de cette première édition, le comité de contact a décidé de poursuivre cette activité et d'aborder d'autres thèmes d'intérêt général. Nous sommes donc fiers de vous présenter ce deuxième compendium d'audit, qui porte sur les audits que nous avons récemment consacrés à la santé publique et à d'autres questions connexes.

Au cours des dernières décennies, les systèmes de santé des États membres de l'UE ont été confrontés à de nombreux défis, tels que l'augmentation constante des coûts, le vieillissement de la population et la mobilité croissante des patients et des professionnels de santé entre les États membres. La santé publique appelle donc des efforts coordonnés de la part de l'UE et de tous les États membres, et cette question restera sans aucun doute une priorité politique pour les générations à venir.

Dans l'Union européenne, la santé publique relève en grande partie de la responsabilité des États membres. L'UE s'attache principalement à soutenir les efforts entrepris au niveau national, et plus spécifiquement à compléter ou à coordonner les actions des États membres dans le domaine de la santé publique. Par conséquent, de par sa dimension européenne, la santé publique est un domaine difficile à auditer.

Après une introduction générale sur la santé publique et le rôle de l'UE et de ses États membres dans ce domaine d'action, ce deuxième compendium présente une sélection de travaux d'audit réalisés par les ISC de l'UE depuis 2014, ainsi qu'une synthèse de leurs travaux. Pour en savoir plus sur ces audits, veuillez contacter les ISC concernées.

Nous espérons que les informations fournies dans ce compendium vous seront utiles.



Klaus-Heiner Lehne

Président de la Cour des comptes européenne  
Président du comité de contact et responsable du projet

## Synthèse

**I** La santé publique est la science qui vise à prévenir les maladies et à prolonger la vie. Elle touche la vie quotidienne de tous les citoyens, où qu'ils vivent. Elle est donc une préoccupation politique de premier plan pour toute société moderne, et elle le restera pour les générations à venir.

**II** Dans l'UE, la santé publique relève principalement de la responsabilité des États membres. C'est pourquoi les systèmes de santé sont si différents d'un État membre à l'autre. L'Union soutient les efforts déployés au niveau national, et s'attache spécifiquement à compléter ou à coordonner les actions des États membres dans le domaine de la santé publique.

**III** Par conséquent, de par sa dimension européenne, la santé publique est un domaine difficile à auditer. En raison de son importance, les institutions supérieures de contrôle de l'UE ont toutefois réalisé de nombreux audits s'y rapportant.

**IV** La première partie du présent compendium donne un aperçu général du domaine de la santé publique dans l'UE, de sa base juridique, de ses principaux objectifs et des responsabilités y afférentes. Elle met également en lumière les principaux enjeux de santé publique auxquels l'UE et ses États membres font face actuellement.

**V** La deuxième partie fait la synthèse des résultats d'une sélection d'audits effectués par les ISC des 23 États membres qui ont contribué au présent compendium (l'Autriche, la Belgique, la Bulgarie, la Tchéquie, le Danemark, l'Estonie, la Finlande, la France, l'Allemagne, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Italie, la Lettonie, la Lituanie, le Luxembourg, Malte, la Pologne, le Portugal, la Roumanie, la Slovaquie, la Slovénie et l'Espagne) et par la Cour des comptes européenne au cours des cinq dernières années. Ces audits ont porté sur des aspects importants de la santé publique, à savoir l'action préventive, l'accès aux services de santé et la qualité de ces services, l'utilisation des nouvelles technologies et la viabilité budgétaire des services de santé publique.

**VI** La troisième partie contient des fiches d'information détaillées concernant une sélection d'audits effectués par les ISC des 23 États membres en question ainsi que par la Cour des comptes européenne.

## **PREMIÈRE PARTIE – La santé publique dans l'UE**

### La santé publique – Vivre plus longtemps et en meilleure santé

**1** La santé joue un rôle important non seulement à l'échelle de toute société moderne, mais aussi à celle de l'individu. Il s'agit d'un facteur déterminant, sinon le plus important, pour la qualité de vie.

**2** La santé publique, telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), est «**la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et de promouvoir la santé grâce aux efforts organisés de la société**»<sup>1</sup>. Elle comprend toutes les activités ayant pour objectif de maintenir ou d'améliorer la santé humaine.

**3** La santé a une valeur intrinsèque, mais constitue également un facteur économique important. En Europe, comme dans la quasi-totalité des économies développées, la santé publique est l'un des domaines de dépenses les plus importants et qui augmentent le plus rapidement. Les personnes travaillant dans le domaine des services de santé et de soins représentent environ 8 % de la main-d'œuvre totale de l'UE<sup>2</sup>.

**4** Au cours des dernières décennies, les systèmes de santé européens ont été confrontés à un certain nombre de défis. Le vieillissement de la population a conduit à une augmentation de la demande de services de santé et de l'importance accordée aux soins de longue durée. La mise à disposition de technologies et de traitements innovants et plus efficaces dans le domaine de la santé a contribué à améliorer les conditions sanitaires dans de nombreux domaines mais, dans certains cas, elle a également contribué à l'accroissement des coûts du secteur de la santé, dont les ressources financières sont pourtant limitées.

**5** Dès lors, les systèmes de santé publique doivent être non seulement viables financièrement, mais aussi résilients: ils doivent s'adapter efficacement à un environnement à l'évolution de plus en plus rapide, tout en exploitant les possibilités offertes par les technologies modernes.

**6** Les interactions entre les systèmes de santé nationaux et la mobilité des patients ainsi que des professionnels de santé au sein de l'UE sont en augmentation. L'avenir de la santé publique nécessitera donc des efforts coordonnés de la part de l'UE et de tous les États

---

<sup>1</sup> Acheson, 1988; OMS.

<sup>2</sup> OCDE/UE (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, Éditions OCDE, Paris/UE, Bruxelles, [https://doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2018-en](https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en)

membres œuvrant dans un but commun: vivre plus longtemps et en meilleure santé. La politique de santé de l'UE

### La politique de santé de l'UE

#### Base juridique et responsabilités

**7** Le **traité de Maastricht** a fait de la santé une priorité européenne. Il dispose en effet que «la Communauté contribue à assurer un niveau élevé de protection de la santé publique en encourageant la coopération entre les États membres et, si nécessaire, en appuyant leur action»<sup>3</sup>. Il a ouvert la voie à un soutien accru aux États membres en matière de soins de santé dans des domaines tels que:

- l'amélioration de la santé des citoyens de l'UE;
- la modernisation des infrastructures de santé;
- le renforcement de l'efficacité des systèmes de santé.

**8** Le **traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE)** souligne également l'importance de la politique de santé. Son article 168 dispose en effet que «[...] un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union».

**9** En vertu du TFUE, la **responsabilité première** de la protection de la santé et, en particulier, des systèmes de soins de santé **incombe aux États membres**, et l'action de l'UE devrait être «[...] menée dans le respect des responsabilités des États membres en ce qui concerne la définition de leur politique de santé, ainsi que l'organisation et la fourniture de services de santé et de soins médicaux».

**10** Le principal **rôle de l'UE** est donc de soutenir, de compléter ou de coordonner l'action des États membres dans le domaine de la santé publique. Cette action devrait en particulier porter «[...] sur l'amélioration de la santé publique et la prévention des maladies et des affections humaines et des causes de danger pour la santé physique et mentale»<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> Article 129 du traité de Maastricht (1992).

<sup>4</sup> Article 168, paragraphe 1, du TFUE (titre XIV).

**11** Au sein de la Commission européenne, la **DG SANTE** est responsable de la coordination et de la mise en œuvre globales de la stratégie en matière de santé. Elle soutient les actions des États membres de quatre manières:

- en proposant la législation;
- en octroyant une aide financière;
- en coordonnant et en facilitant l'échange de bonnes pratiques entre les experts en matière de santé et les pays de l'UE;
- en menant des activités de promotion de la santé.

### Objectifs de la politique

**12** Les **objectifs stratégiques de la politique de santé de l'UE** tels que définis dans le programme Santé 2014-2020<sup>5</sup> sont les suivants:

- **agir en faveur de la santé, prévenir les maladies et œuvrer en faveur de modes de vie sains** par l'intégration des questions de santé dans toutes les politiques;
- protéger les citoyens de l'UE des **menaces transfrontières graves sur la santé**;
- contribuer à des **systèmes de santé** innovants, efficaces et viables;
- améliorer l'accès à **des soins de santé de meilleure qualité et plus sûrs** pour les citoyens de l'UE.

**13** Les **priorités spécifiques pour la période 2016-2020** de la Commission dans le domaine de la santé publique sont, entre autres, de parvenir à un meilleur rapport coût-efficacité, de lutter contre les menaces émergentes à l'échelon mondial telles que la résistance aux antimicrobiens, d'étudier les facteurs de risque liés aux maladies non transmissibles et de promouvoir la vaccination.

---

<sup>5</sup> Règlement (UE) n° 282/2014 du Parlement européen et du Conseil du 11 mars 2014 portant établissement d'un troisième programme d'action de l'Union dans le domaine de la santé (2014-2020) et abrogeant la décision n° 1350/2007/CE.



**14** Dans le **prochain cadre financier pluriannuel**, qui portera sur la période 2021-2027, le programme Santé de l'UE sera couvert par le Fonds social européen plus (FSE+). La proposition actuelle comprend les objectifs généraux suivants: renforcer la préparation aux crises, doter les systèmes de santé des moyens nécessaires et soutenir la législation de l'UE en matière de santé ainsi que les travaux intégrés sur les réseaux européens de référence, l'évaluation des technologies de la santé et l'application des meilleures pratiques d'innovation dans le domaine de la santé publique.

### Financement

**15** La politique de santé de l'UE peut être financée au moyen de différents instruments. Le principal instrument consacré exclusivement à la santé est le **programme Santé de l'UE**, qui est doté d'un budget d'environ 450 millions d'euros pour la période 2014-2020. Il finance des initiatives dans le domaine de la promotion de la santé, de la sécurité sanitaire et des informations sur la santé.

**16** Il existe d'autres instruments susceptibles de financer des activités liées à la santé:

- le programme de recherche **Horizon 2020**, qui soutient des projets dans des domaines tels que les biotechnologies et les technologies médicales;
- la **politique de cohésion de l'UE**, qui soutient les investissements dans le domaine de la santé dans les pays et les régions de l'Union;
- le **Fonds européen pour les investissements stratégiques**.

### La santé publique dans les États membres de l'UE

**17** Bien qu'ils soient fondés sur des valeurs communes – en particulier l'égalité, l'accès universel à des soins de qualité et la solidarité<sup>6</sup> –, les systèmes de santé des États membres de l'UE sont très différents les uns des autres.

---

<sup>6</sup> Conclusions du Conseil sur les valeurs et principes communs aux systèmes de santé de l'Union européenne (JO C 146 du 22.6.2006).

**18** Le financement et le fonctionnement des systèmes de santé présentent des différences fondamentales. Il existe trois modèles de financement au sein de l'UE<sup>7</sup>:

- le «**modèle beveridgien**» est un système public financé par les impôts, qui fournit généralement une couverture universelle et qui est fondé sur la résidence ou la citoyenneté;
- dans le «**système d'assurance sociale**» ou «modèle bismarckien», les soins de santé sont financés par des cotisations sociales obligatoires, généralement versées par les employeurs et les salariés;
- le «**modèle mixte**» repose sur des fonds privés provenant de régimes d'assurance volontaires ou de paiements directs.

**19** En 2016, la Commission a lancé, en coopération avec l'OCDE, l'initiative «L'état de la santé dans l'UE», qui vise à aider les États membres à améliorer la performance de leurs systèmes de santé. Dans le cadre de cette initiative, la Commission a publié en 2018 «**Panorama de la santé**», une analyse comparative des données de tous les États membres et de la performance de leurs systèmes de santé respectifs.

**20** Cette analyse se concentre sur des questions telles que l'action préventive, l'accès aux systèmes de santé et leur efficacité, ainsi que la viabilité budgétaire. Les principales conclusions du rapport sont présentées de manière synthétique à la [figure 1](#):

---

<sup>7</sup> Comité européen des régions: *The Management of health systems in the EU Member States*.

Figure 1 – Pour des investissements plus judicieux dans le domaine de la santé



Source: Commission européenne, *State of Health in the EU, Factsheet on the report Health at a Glance: Europe 2018* (OCDE et Commission européenne).

## Prévention et protection

**21** La prévention des maladies implique des interventions visant à réduire au minimum le fardeau que représentent les maladies et les facteurs de risque qui y sont associés<sup>8</sup>.

**22** Il existe différentes sortes de prévention:

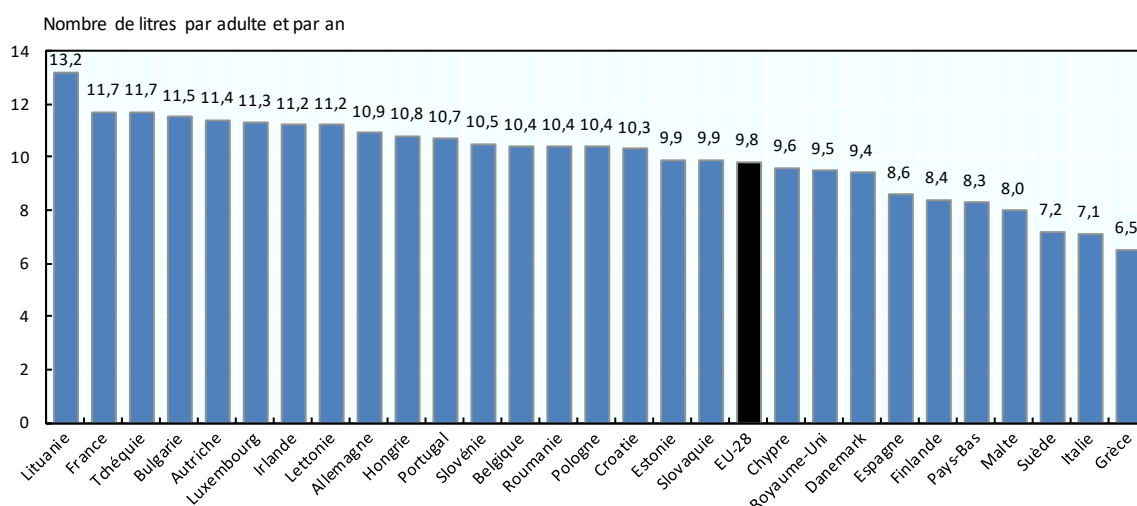
- la prévention primaire, qui vise à empêcher les maladies de se déclarer;
- la prévention secondaire, qui correspond à la détection précoce d'une maladie;
- la prévention tertiaire, qui vise à réduire l'impact d'une maladie.

<sup>8</sup> OMS, 2017.

**23** On estime qu'en 2016, **790 000 personnes sont décédées prématurément dans l'UE** en raison du tabagisme, de la consommation d'alcool, de mauvaises habitudes alimentaires et d'un manque d'activité physique<sup>9</sup>. Ces vies auraient peut-être pu être sauvées si une attention accrue avait été portée à la promotion de la santé et à la prévention.

**24** Les maladies non transmissibles (les maladies cardiovasculaires, le cancer, la maladie d'Alzheimer, le diabète, entre autres) sont en particulier responsables d'une part élevée des décès prématurés et d'une augmentation des dépenses de santé. Il est souvent possible d'éviter ces décès en réduisant simplement les principaux facteurs de risque qui en sont à l'origine (par exemple la pollution, le tabagisme, le manque d'activité physique ou la consommation d'alcool) (voir *figures 2, 3 et 4*). Cela vaut particulièrement pour l'UE, qui reste la région où la consommation d'alcool est la plus élevée au monde. Les Européens boivent en effet quelque 10 litres d'alcool par an. De plus, dans l'UE, environ 20 % des adultes fument quotidiennement.

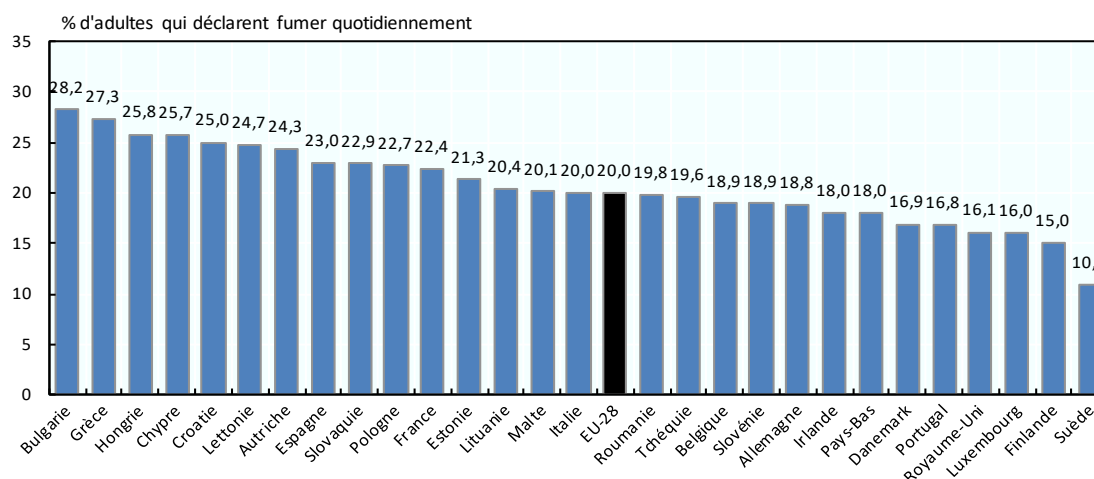
**Figure 2 – Consommation totale d'alcool chez les adultes**  
(2016 ou dernière année disponible)



Source: Statistiques de l'OCDE sur la santé.

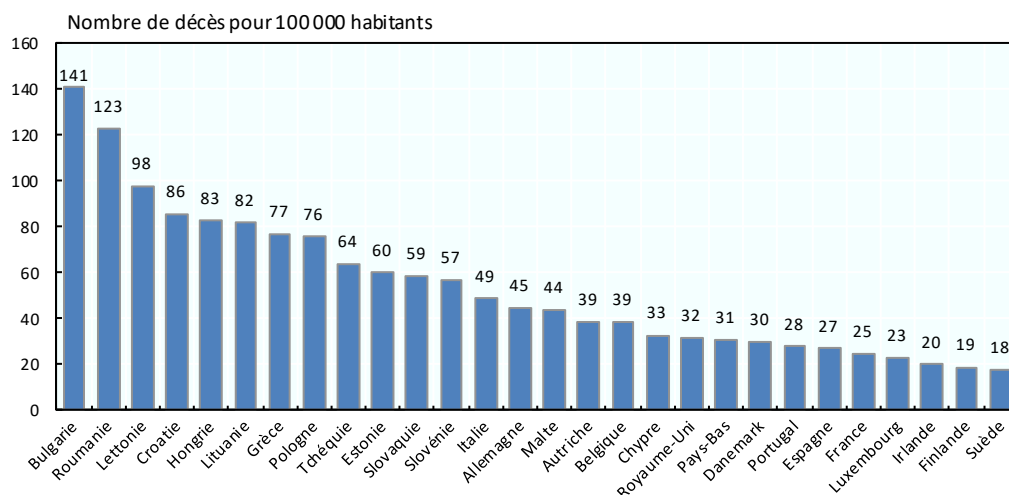
<sup>9</sup> OCDE/UE (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, Éditions OCDE, Paris/UE, Bruxelles, [https://doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2018-en](https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en)

**Figure 3 – Tabagisme quotidien chez les adultes**  
(2016 ou dernière année disponible)



Source: Statistiques de l'OCDE sur la santé.

**Figure 4 – Mortalité imputable aux effets conjoints des pollutions domestique et atmosphérique**  
(pour 100 000 habitants, 2016)



Source: World Health Statistics (OMS).

**25** Bien que la prévention contribue fortement non seulement à sauver des vies, mais aussi à économiser **de l'argent**, au moins sur le long terme, **elle ne représente actuellement que 3 % environ** du total des dépenses de santé<sup>10</sup>.

<sup>10</sup> OCDE/UE (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, Éditions OCDE, Paris/UE, Bruxelles, [https://doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2018-en](https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en)

**26** La prévention est également un domaine caractérisé par **d'importantes inégalités** dans la plupart, sinon la totalité des États membres. La probabilité de bénéficier de mesures de prévention sanitaire est étroitement liée à l'éducation et/ou à la situation socio-économique. Ainsi:

- 20 % des adultes ayant un niveau d'éducation faible sont obèses, contre 12 % de ceux qui ont un niveau d'éducation élevé;
- les adultes ayant un faible revenu sont moins susceptibles de pratiquer les 150 minutes d'activité physique recommandées par semaine et plus susceptibles d'être des fumeurs réguliers.

**27** Afin de réduire le nombre de décès prématurés et de permettre aux gens de vivre plus longtemps tout en restant en bonne santé, il importe de **mettre l'accent non plus sur la guérison des maladies mais plutôt sur leur prévention**.

**28** C'est pourquoi l'UE a lancé, ces dernières années, plusieurs initiatives spécifiquement axées sur la prévention (voir [encadré 1](#)).

### Encadré 1

#### Initiatives de l'UE dans le domaine de la prévention sanitaire

##### Prévention par l'information

L'objectif principal de l'action de l'UE en matière de prévention sanitaire est de fournir aux consommateurs suffisamment d'informations pertinentes pour qu'ils puissent prendre des décisions éclairées.

Pour lutter contre l'**obésité**, la Commission européenne a adopté en 2007 une «Stratégie sur les problèmes de santé liés à la nutrition, la surcharge pondérale et l'obésité» et lancé un certain nombre d'initiatives spécifiques dans ce domaine. L'une de ces initiatives a consisté à définir le cadre juridique des allégations nutritionnelles et de santé (par exemple, «faible teneur en matières grasses» ou «le calcium, c'est bon pour les os et les dents»). Dans la pratique, elle a interdit, sur les étiquettes des denrées alimentaires ou dans les publicités alimentaires,

toute allégation nutritionnelle ou de santé qui n'est pas claire, précise ou fondée sur des données scientifiques (règlement (CE) n° 1924/2006<sup>11</sup>).

La Commission a en outre publié un plan d'action sur l'obésité infantile<sup>12</sup>, qui propose de grands domaines d'action et une boîte à outils pour lutter contre le surpoids et l'obésité chez les enfants et les jeunes d'ici à 2020.

La directive de 2014 de l'UE sur les produits du tabac<sup>13</sup> a rendu obligatoires les avertissements sanitaires sur les produits du **tabac** et les produits connexes, et interdit tout élément promotionnel ou trompeur sur les emballages.

**29** Sur un plan plus général, la Commission européenne a institué en 2018 un groupe directeur sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et la gestion des maladies non transmissibles, afin d'aider les pays à atteindre les objectifs de développement durable relatifs à la santé, en particulier l'objectif n° 3 «bonne santé et bien-être». Ce groupe directeur fournit à la Commission des conseils et une expertise dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention.

**30** Les États membres ont pris diverses mesures pour lutter contre les principaux facteurs de risque pour la santé:

- le **tabagisme**: campagnes de sensibilisation, introduction de taxes pour faire augmenter les prix, législation pour un environnement sans tabac et restrictions en matière de publicité;
- la **consommation d'alcool**: de nombreux États membres ont limité l'accès des adolescents aux produits alcooliques, augmenté les prix et durci la réglementation en matière de publicité. Tous les pays de l'UE ont fixé des taux maximaux d'alcool dans le sang autorisés pour les conducteurs;

<sup>11</sup> Règlement (CE) n° 1924/2006 du Parlement européen et du Conseil du 20 décembre 2006 concernant les allégations nutritionnelles et de santé portant sur les denrées alimentaires.

<sup>12</sup> *EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020*, 24 février 2014 [mis à jour le 12 mars et le 28 juillet 2014].

<sup>13</sup> Directive 2014/40/UE du Parlement européen et du Conseil du 3 avril 2014 relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac et des produits connexes, et abrogeant la directive 2001/37/CE.

- l'**obésité**: un nombre croissant d'États membres ont pris des mesures pour promouvoir un mode de vie sain et, ainsi, prévenir ou réduire l'**obésité** chez leurs citoyens. L'une de ces mesures a consisté à fournir aux citoyens de meilleures informations sur la nutrition afin de leur permettre de faire des choix sains (par l'étiquetage des denrées alimentaires ou les restrictions en matière de publicité pour des aliments ciblant les enfants, par exemple);
- la **pollution atmosphérique**: pour la plupart, les États membres prennent également des mesures pour réduire la pollution de l'air, toujours responsable du décès de 400 000 personnes par an dans l'UE<sup>14</sup>.

### Accès aux soins de santé

**31** L'accès universel aux soins de santé est défini comme la **disponibilité de services de santé au moment et à l'endroit opportuns pour un prix adéquat**. Il s'agit de l'une des conditions préalables essentielles à l'égalité en matière de santé.

**32** Le droit d'accès à des soins de santé de qualité est consacré par la Charte des droits fondamentaux de l'UE (article 35) et constitue donc l'un des principes directeurs des systèmes de santé dans l'Union. Il s'agit en outre de l'un des objectifs de développement durable de l'ONU (l'objectif n° 3).

**33** L'accessibilité des soins de santé est généralement mesurée à l'aide de l'indicateur «nombre de personnes déclarant des besoins non satisfaits en matière de soins de santé». Ces besoins ne sont pas satisfaits si les services demandés ne sont pas disponibles au moment opportun, à l'endroit requis ou, dans le cas de systèmes de santé financés au moins en partie par des fonds privés, à un prix abordable.

**34** Globalement, l'accès aux soins de santé est garanti dans l'UE. Dans la plupart des États membres, une écrasante majorité des citoyens (bien au-delà de 90 %) ne fait pas état de besoins non satisfaits en matière de soins de santé, et la proportion de personnes signalant ce type de difficulté a continué de diminuer au cours de la dernière décennie (voir *figures 5 et 6*).

---

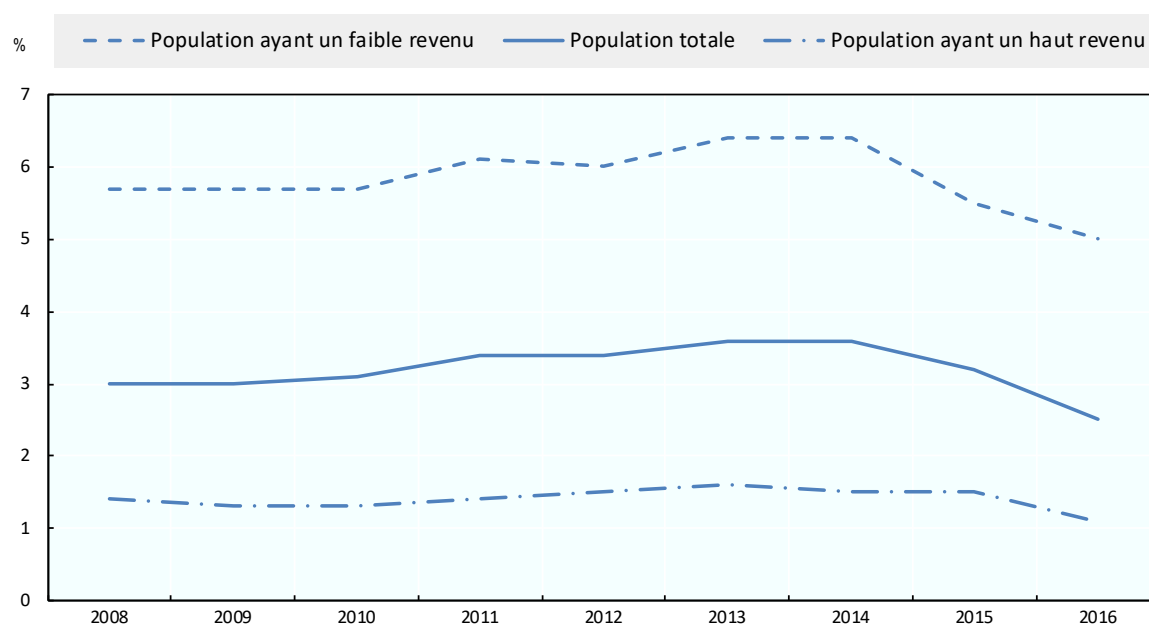
<sup>14</sup> Voir le [rapport spécial n° 23/2018](#) de la Cour des comptes européenne intitulé «Pollution de l'air: notre santé n'est toujours pas suffisamment protégée».



**35** Toutefois, l'accès aux soins de santé n'est pas le même pour tous, et **des inégalités persistent** entre les différents pays, mais aussi au sein de ceux-ci, entre les régions et entre les différentes catégories de revenus:

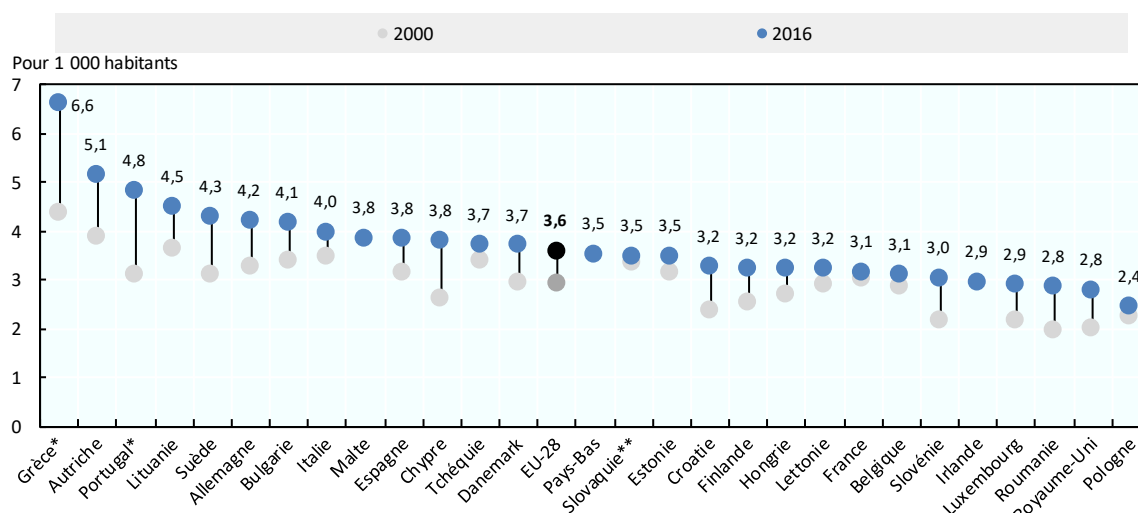
- la non-satisfaction des besoins en matière de soins de santé reste un problème en Estonie et en Grèce, où plus de 10 % des citoyens ont signalé qu'un tel besoin n'avait pas été satisfait en 2016;
- la probabilité que des besoins en matière de soins de santé ne soient pas satisfaits est cinq fois plus élevée pour les ménages à faible revenu;
- les zones rurales et isolées connaissent souvent une pénurie de médecins généralistes, et les délais d'attente pour des interventions chirurgicales non urgentes ont augmenté dans de nombreux États membres de l'UE ces dernières années.

Figure 5 – Besoins médicaux non satisfaits par statut socio-économique, pour l'ensemble des États membres de l'UE (2008-2016)



Source: Base de données Eurostat.

Figure 6 – Nombre de médecins en activité pour 1 000 habitants



- \* Les données correspondent à l'ensemble des médecins habilités à exercer, ce qui entraîne une surestimation importante du nombre de médecins en activité (de l'ordre de 30 % au Portugal, par exemple).
- \*\* Les données incluent non seulement les médecins qui prodiguent des soins directs aux patients, mais aussi ceux exerçant dans le domaine de la santé en tant que managers, éducateurs, chercheurs, etc. (ce qui représente 5 à 10 % de médecins supplémentaires).

Source: *Health at a Glance: Europe 2018* (OCDE et Commission européenne).

**36** Au niveau de l'UE, les données relatives à l'accessibilité des services de santé font l'objet d'un suivi régulier. La Commission a institué en 2016 un groupe d'experts consacré, entre autres, à la question de l'accessibilité.

**37** L'amélioration de l'accès aux soins de santé relève toutefois au premier chef de la **responsabilité des États membres**. Ceux-ci ont pris un certain nombre de mesures destinées à améliorer l'accès aux soins de santé, telles que<sup>15</sup>:

- renforcer les soins primaires et, notamment, mieux coordonner ceux-ci et les soins spécialisés;
- augmenter la couverture des services de santé et, ainsi, réduire les paiements directs;
- augmenter les salaires des employés du secteur de la santé;
- octroyer des avantages financiers aux médecins exerçant dans des zones sous-denses, à savoir des zones isolées et des zones rurales.

<sup>15</sup> Fiche thématique du Semestre européen: Systèmes de santé.

**38** Des mesures spécifiques ont également été prises pour garantir l'accès aux soins de santé dans un autre État membre de l'UE que celui de résidence (voir [encadré 2](#)).

### Encadré 2

#### Soins de santé transfrontaliers dans l'UE

##### **Soins de santé transfrontaliers – quels sont les avantages pour les citoyens de l'UE?**

La directive de l'UE sur les soins de santé transfrontaliers, adoptée en 2011, définit le cadre juridique applicable aux citoyens de l'UE désireux de se faire soigner dans un État membre autre que celui dans lequel ils résident.

Elle accorde à ces citoyens un accès à des soins de santé sûrs et de qualité dans un autre État membre, et le droit de se voir rembourser le même montant que s'ils étaient traités dans leur pays de résidence.

En outre, des points de contact nationaux ont été créés dans l'ensemble de l'UE afin de fournir des informations sur les soins de santé disponibles dans les différents États membres et sur les conditions de remboursement de ces services.

Bien que la mobilité des patients reste fortement influencée par la proximité culturelle et géographique, la coopération en matière de soins de santé transfrontaliers représente une étape importante de l'élargissement de la coopération européenne dans le domaine de la santé.

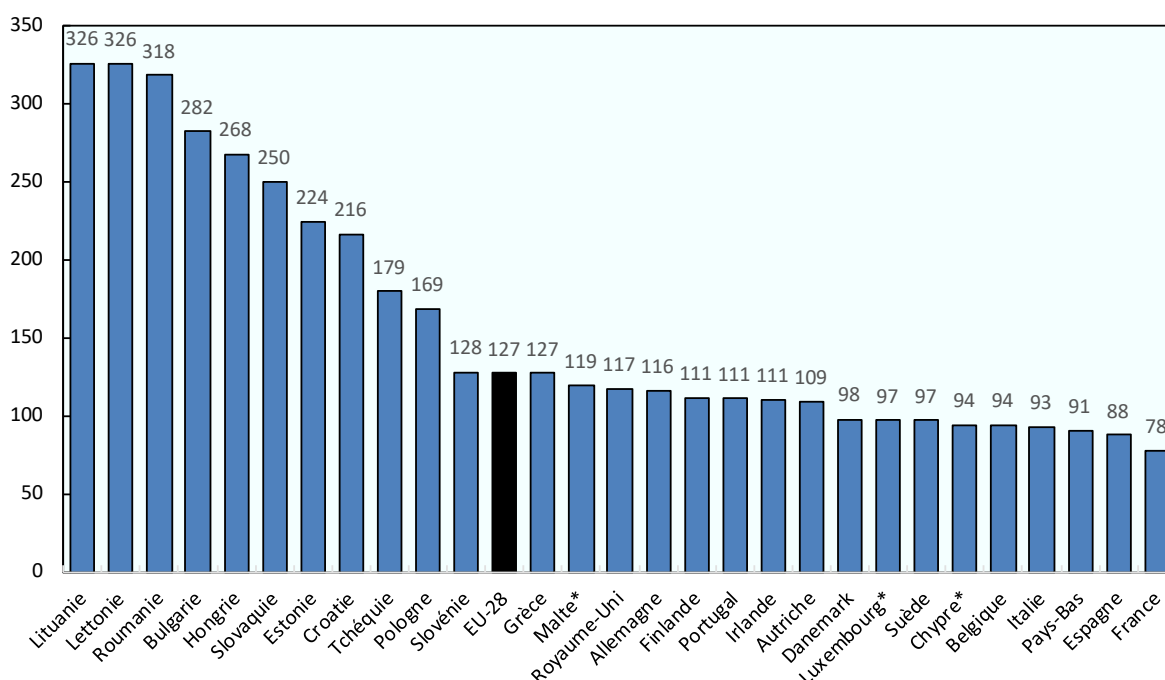
### Qualité des services de santé

**39** Un système de santé de qualité est un système qui atteint son objectif ultime, à savoir maintenir ou améliorer efficacement la santé des citoyens. L'efficacité des systèmes de santé est souvent mesurée sur la base de taux de mortalité évitable grâce au système de soins (décès qui auraient pu être évités grâce à des interventions de qualité réalisées au moment opportun). Elle peut également être mesurée en se fondant sur l'espérance de vie ou sur d'autres indicateurs plus «subjectifs» tels que l'expérience des patients ou la qualité de vie après guérison d'une maladie ou d'une blessure.

**40** La notion de taux de mortalité évitable grâce au système de soins est étroitement liée à celle de mortalité évitable grâce à la prévention (décès susceptibles d'être évités grâce à la santé publique et à la prévention). Ces deux notions combinées permettent d'obtenir les taux de mortalité évitable. En 2015, plus de 1,2 million de personnes sont décédées

prématurément (avant l'âge de 75 ans) en raison de l'inefficacité des politiques de santé publique, des mesures préventives et des soins de santé. On considère que plus de 570 000 de ces décès auraient pu être évités grâce au système de soins (voir la [figure 7](#) pour les taux de mortalité évitable grâce au système de soins, par pays).

Figure 7 – Taux de mortalité évitable grâce au système de soins (2015)



\* Moyenne triennale (2013-2015).

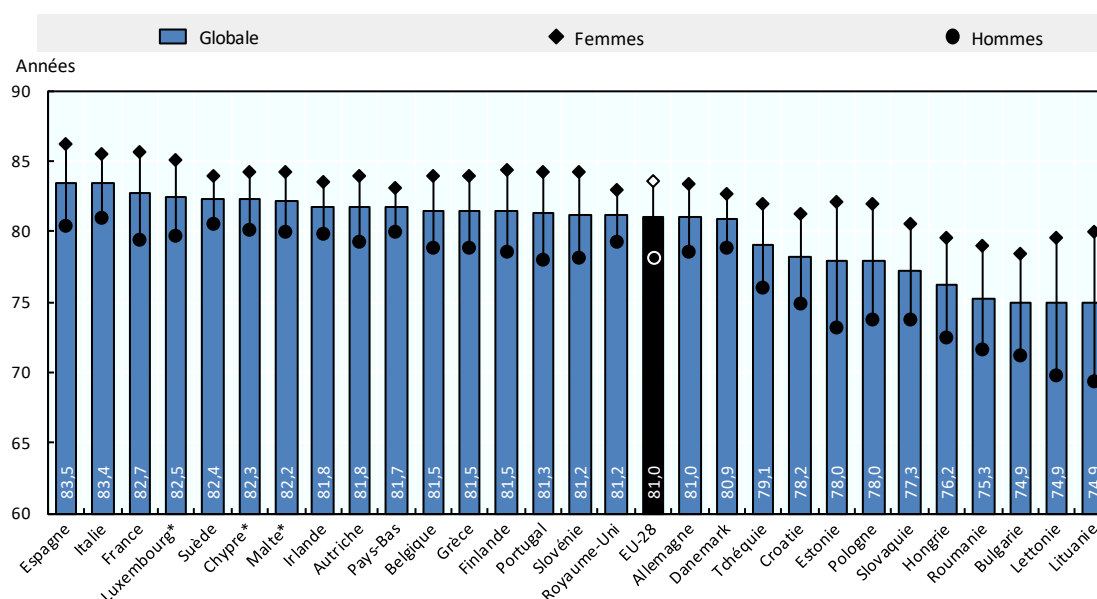
Source: Statistiques de l'OCDE sur la santé pour 2018.

**41** Au cours de la dernière décennie, la **qualité des soins aigus** prodigués en cas de maladies potentiellement mortelles s'est considérablement améliorée dans l'ensemble de l'UE. Entre 2005 et 2015, le nombre de décès faisant suite à une hospitalisation a diminué de 30 % pour les personnes victimes d'un infarctus du myocarde et de 20 % pour celles victimes d'un accident vasculaire cérébral. Toutefois, des inégalités persistent entre les pays ainsi qu'entre les hôpitaux d'un même pays.

**42** Des progrès considérables ont également été accomplis dans l'ensemble de l'UE en ce qui concerne les **taux de survie des cancers**, principalement grâce à la mise en œuvre de programmes de dépistage combinés à des soins plus efficaces et à une prise en charge plus rapide.

**43** L'espérance de vie moyenne dans l'UE est actuellement de 81 ans (voir [figure 8](#)). Bien que l'espérance de vie ne cesse d'augmenter, un ralentissement a été enregistré ces dernières années, en particulier en Europe de l'Ouest. Les principales causes de décès dans l'UE restent les maladies cardiovasculaires et le cancer qui, ensemble, sont responsables de plus de 60 % des décès.

Figure 8 – Espérance de vie à la naissance, par sexe (2016)



\* Moyenne triennale (2014-2016).

Source: *Health at a Glance: Europe 2018* (OCDE et Commission européenne).

**44** L'espérance de vie varie considérablement en fonction non seulement du sexe, mais aussi de la situation socio-économique. L'espérance de vie des personnes ayant un faible niveau d'éducation est moins élevée (huit ans de moins pour les hommes et quatre pour les femmes) que celle des personnes ayant un niveau élevé d'éducation.

**45** La qualité des soins et l'efficacité des systèmes de santé sont **étroitement liées à d'autres domaines de la santé publique**, en particulier l'accès aux services de santé et la prévention. Les mesures visant à améliorer la qualité des soins requièrent donc une approche globale.

**46** Les États membres ont pris certaines mesures afin d'améliorer la qualité des soins: l'utilisation des nouvelles technologies, des changements organisationnels concernant la prestation des services de santé et, de manière générale, la priorité accordée à une meilleure intégration des soins et à une prise en charge plus personnalisée.

**47** L'évaluation des résultats de ces mesures reste toutefois complexe. Bien que des efforts aient été déployés pour recueillir des données sur l'efficacité des systèmes de santé, les informations relatives aux indicateurs plus qualitatifs tels que l'expérience des patients ou la qualité de vie restent limitées.

**48** La Commission européenne a soutenu le développement des indicateurs de santé européens de base (ISEB), un ensemble d'indicateurs permettant de suivre l'état de santé des citoyens de l'UE et la performance de ses systèmes de santé. Elle a également lancé la série «Panorama de la santé», en coopération avec l'OCDE.

**49** En outre, la Commission a institué un groupe d'experts sur l'évaluation de l'efficacité des systèmes de santé afin de fournir aux pays de l'UE un forum d'échange d'expériences dans ce domaine et de soutenir les décideurs politiques nationaux grâce à l'élaboration d'outils et de méthodes permettant d'évaluer la performance des systèmes de santé, en étroite coopération avec des organisations internationales telles que l'OMS et l'OCDE.

### Nouvelles technologies et santé en ligne

**50** La santé en ligne, ou santé numérique, peut être définie comme **l'ensemble des outils et services qui utilisent les technologies de l'information et de la communication** pour améliorer la prévention, le diagnostic, le traitement, la surveillance ou la gestion de la santé.

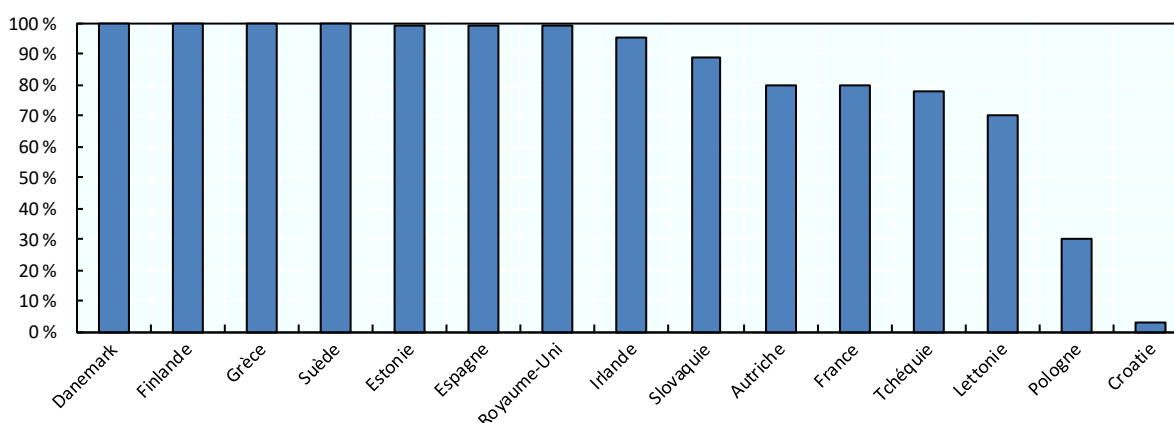
**51** Les nouvelles technologies laissent entrevoir des gains considérables en matière d'efficacité et de qualité des services de prévention et de soins de santé. Dans le domaine de la santé, les principaux usages des nouvelles technologies sont actuellement les suivants:

- les dossiers médicaux électroniques: il s'agit de dossiers médicaux informatisés créés et, de préférence, partagés entre différents prestataires de services de santé;
- la prescription en ligne: l'établissement, la transmission et le classement électroniques des ordonnances médicales;
- les informations en ligne en matière de santé;
- l'accès aux services de santé (par exemple, la prise de rendez-vous) par internet.

**52** Bien que le recours aux nouvelles technologies dans le domaine de la santé publique soit en augmentation dans l'ensemble de l'UE, il subsiste des disparités entre les groupes d'âge et les groupes socio-économiques.

**53** De nombreux États membres ont encouragé la transition vers les **dossiers médicaux électroniques**, lesquels sont de plus en plus utilisés partout dans l'UE. Une enquête menée dans 15 États membres montre qu'en moyenne, 80 % des médecins généralistes de ces pays ont utilisé des dossiers médicaux électroniques en 2016 (voir [figure 9](#)). Dans la plupart de ces pays, les patients ont accès à leurs propres dossiers médicaux et, dans certains cas, ils peuvent également modifier les informations qui y figurent ou en ajouter de nouvelles.

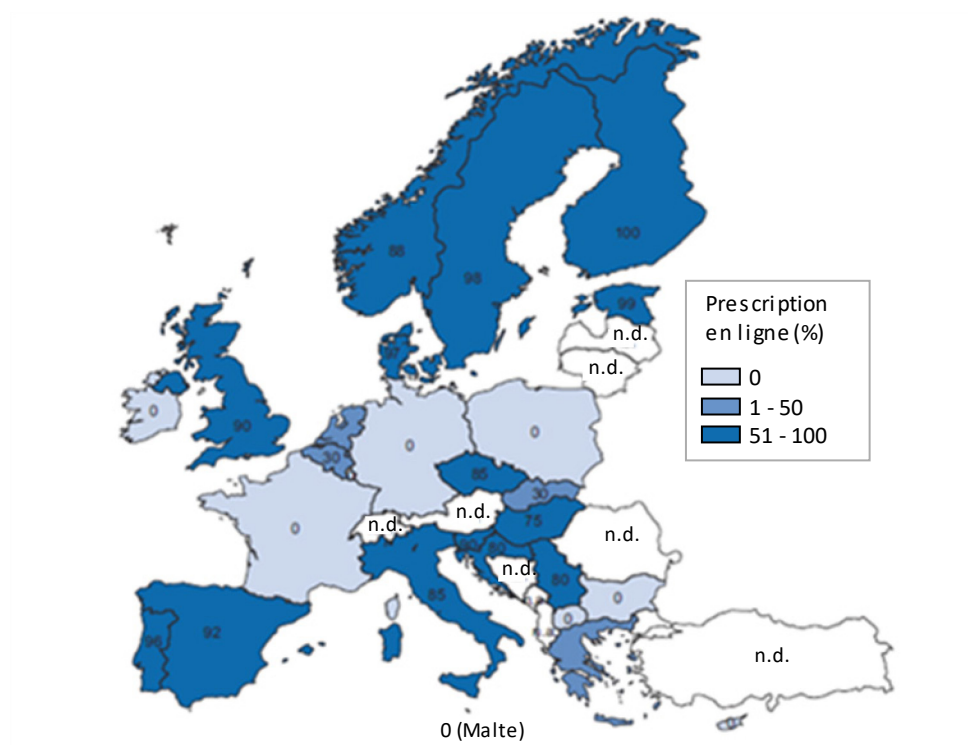
Figure 9 – Pourcentage de médecins généralistes utilisant des dossiers médicaux électroniques (2016)



Source: OECD Survey of Electronic Health Record System Development and Use.

**54** En ce qui concerne la **prescription en ligne**, la situation est plus disparate, le taux de prescription en ligne atteignant pratiquement 100 % dans certains pays comme la Finlande, la Suède, le Danemark, le Portugal et l'Espagne, alors que d'autres pays comme la France ou l'Allemagne ne l'ont pas mise en place du tout (voir [figure 10](#)). Toutefois, les ordonnances électroniques devraient se développer, puisque 22 États membres de l'UE devraient échanger des dossiers de patients et/ou des ordonnances électroniques d'ici la fin de 2021.

Figure 10 – Pourcentage d'ordonnances électroniques utilisées dans les pharmacies d'officine (2018)



Source: Groupement pharmaceutique de l'Union européenne (GPUE).

**55** Avec l'adoption de la **stratégie pour un marché unique numérique en 2015**, la Commission européenne a fait du recours accru aux technologies numériques dans tous les domaines, y compris le secteur de la santé, l'une de ses principales priorités.



Figure 11 – Santé numérique

## La santé et les soins à l'heure du numérique



TRANSFORMATION NUMÉRIQUE DES SERVICES DE SANTÉ ET DE SOINS DANS LE MARCHÉ UNIQUE NUMÉRIQUE – Exploiter les possibilités offertes par le numérique pour donner aux citoyens les moyens d'agir et construire une société plus saine



Source: Commission européenne.

**56** En avril 2018, la Commission a publié une [communication sur la transformation numérique des services de santé et de soins](#), qui recense trois domaines d'action différents (voir [figure 11](#)):

- **l'accès sécurisé aux données et le partage de ces données.** Afin de faciliter l'accès aux soins de santé transfrontaliers, la Commission met actuellement en place une infrastructure de services numériques dans le domaine de la santé en ligne, qui permettra [l'échange d'ordonnances électroniques et de dossiers de patients](#) entre prestataires de soins de santé. Les premiers échanges transfrontaliers ont eu lieu en 2019. À plus long terme, la Commission œuvre à la mise en place d'un format européen d'échange de dossiers de santé informatisés accessible à tous les citoyens de l'UE;
- **la connexion aux données de santé et le partage de ces données** pour les besoins de la recherche, pour l'accélération des diagnostics et pour une amélioration de la santé. L'infrastructure décentralisée européenne de santé numérique est conçue pour faciliter

la personnalisation des diagnostics et des traitements, pour aider les services de santé à être mieux préparés à faire face aux menaces transfrontalières pour la santé ainsi que pour améliorer la mise au point et la surveillance des produits médicaux;

- **le renforcement de l'autonomisation des citoyens** et de la prise en charge individuelle grâce aux services numériques. Les services numériques peuvent améliorer la prévention et la gestion des maladies chroniques et permettre aux patients de fournir un retour d'information aux prestataires de soins de santé.

**57** En outre, la Commission joue un rôle important en aidant les États membres à utiliser les technologies modernes dans le domaine de la santé et en coordonnant les efforts nationaux (voir [encadré 3](#)).

### Encadré 3

#### Initiatives en matière de santé en ligne

En février 2019, la Commission a présenté une série de recommandations en vue de la création d'un système sécurisé permettant aux citoyens d'accéder à leurs dossiers de santé informatisés dans toute l'UE.

Ce nouveau système s'appuierait sur les initiatives existantes en matière d'échange de dossiers de santé et serait étendu à l'échange d'analyses de laboratoire, de rapports de sortie et de rapports d'imagerie.

Les citoyens de l'UE en retireraient notamment les avantages suivants:

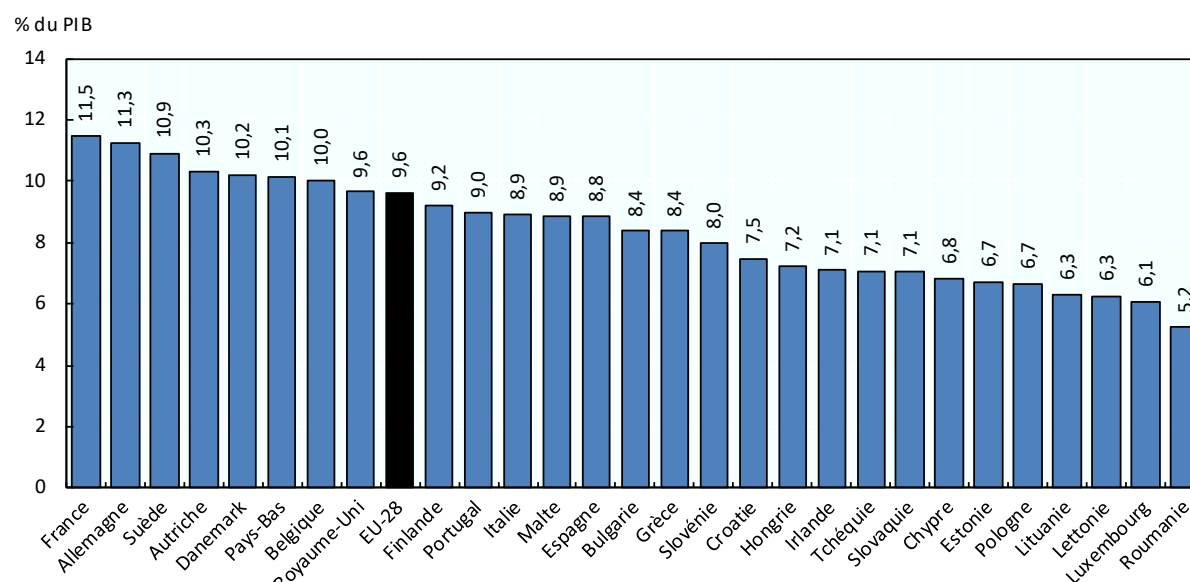
- l'accès immédiat à leur dossier médical à l'étranger, y compris dans les situations d'urgence;
- l'amélioration de la qualité et de la continuité des soins pour les citoyens qui déménagent à l'étranger;
- de nouvelles possibilités pour la recherche grâce au partage des données de santé (soumis à l'accord du patient);
- des gains d'efficacité résultant de la non-répétition des examens d'imagerie ou de laboratoire.

## Viabilité budgétaire et autres aspects financiers

**58** La viabilité budgétaire est l'un des principaux défis auxquels les États membres sont confrontés en matière de santé publique. Avec un coût s'élevant à quelque 1 500 milliards d'euros (2016), la santé est l'un des postes de dépenses publiques de l'UE les plus importants et qui augmentent le plus rapidement<sup>16</sup>.

**59** En 2017, les dépenses de santé ont représenté 9,6 % du PIB de l'UE – contre 8,8 % en 2008 – et les dépenses de santé par habitant se sont élevées à 2 773 euros (voir [figures 12 et 13](#)).

Figure 12 – Dépenses de santé en pourcentage du PIB (2017)

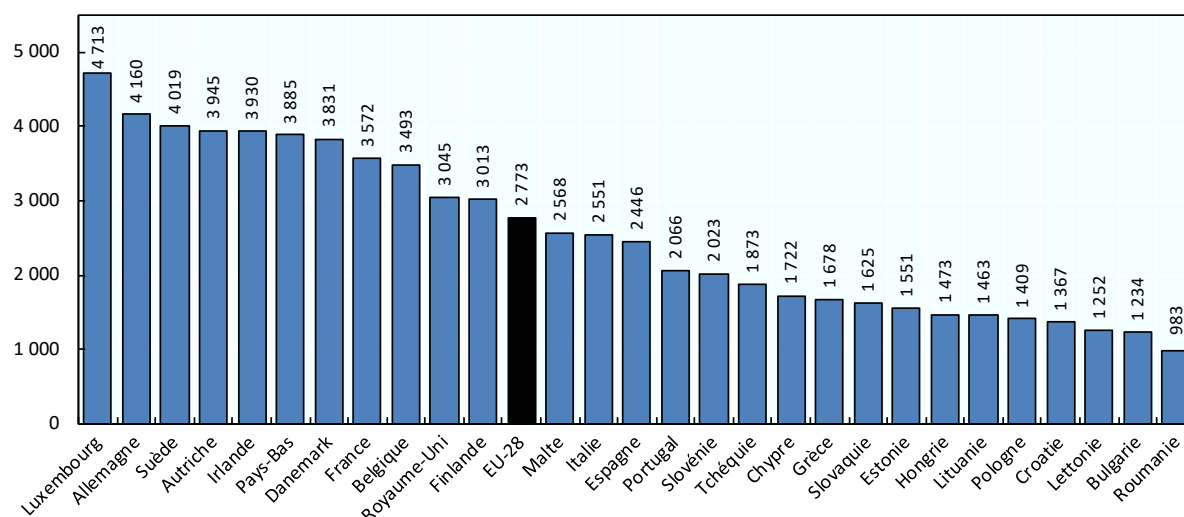


Source: Statistiques de l'OCDE sur la santé pour 2018.

<sup>16</sup> Fiche thématique du Semestre européen: Systèmes de santé.

Figure 13 – Dépenses de santé par habitant (2017)

En euros à PPA



Source: Statistiques de l'OCDE sur la santé.

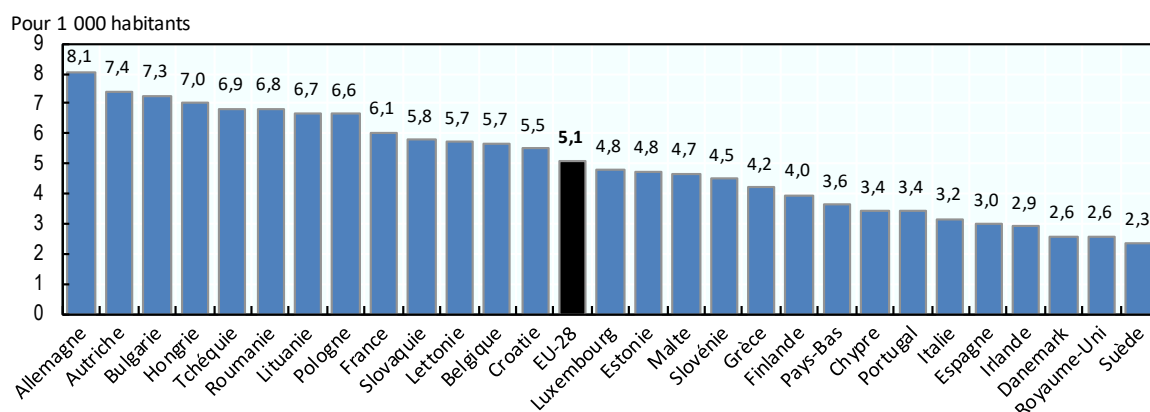
**60** Les dépenses de santé devraient continuer à augmenter principalement sous l'effet de **l'évolution démographique**, combinée aux **coûts plus élevés** des nouvelles technologies utilisées pour la médecine et les soins.

**61** Dans le même temps, les dépenses de santé sont de plus en plus systématiquement passées au crible du fait des ressources financières limitées. Étant donné que, dans les deux tiers des États membres, **plus de 70 % des dépenses de santé sont financées par des fonds publics**, la viabilité d'un système de santé est étroitement liée à la situation économique de l'État membre et de l'UE dans son ensemble.

**62** La viabilité financière d'un système de santé passe également par la recherche de leviers d'économies potentielles. On estime actuellement que jusqu'à **un cinquième des dépenses de santé pourraient être évitées** et, donc, réaffectées à des fins plus utiles<sup>17</sup>. Parmi les secteurs susceptibles d'abriter des leviers d'économies potentielles, deux sont souvent évoqués: les hôpitaux (en particulier le nombre de lits d'hôpital (voir [figure 14](#)) et les hospitalisations évitables) et les produits pharmaceutiques (par exemple, sélection, acquisition et fixation des prix non optimales).

<sup>17</sup> OCDE, Lutter contre le gaspillage dans les systèmes de santé, janvier 2017.

Figure 14 – Nombre de lits d'hôpital pour 1 000 habitants (2016)



Source: Statistiques de l'OCDE sur la santé.

**63** La viabilité financière des systèmes de santé est étroitement liée à leur résilience, à savoir leur capacité à s'adapter de manière appropriée aux changements. En particulier, sous l'effet des évolutions démographiques à l'œuvre dans la société moderne, il conviendra non seulement d'élargir l'offre de services de santé, mais aussi de les transformer, les soins de santé aigus en milieu hospitalier étant appelés à être remplacés par des soins de proximité de plus longue durée centrés sur la personne.

**64** La Commission européenne n'a cessé de souligner la **nécessité de réformer les systèmes de santé publique** afin de garantir la viabilité tout en maintenant l'accès universel à des soins de qualité. À cet effet, elle soutient les États membres en leur fournissant des analyses, des lignes directrices et des outils de suivi ou d'évaluation, et en recommandant des réformes dans le cadre du Semestre européen.

**65** En outre, la Commission a institué un groupe d'experts indépendants chargé de fournir des conseils sur les investissements dans la santé et mis en place un certain nombre d'initiatives visant à renforcer l'efficacité et la résilience des systèmes de santé nationaux, et donc à augmenter leur viabilité. L'une de ces initiatives, l'évaluation des technologies de la santé, est une approche scientifique qui permet d'évaluer l'efficacité des technologies de la santé. Les États membres coopèrent via un réseau<sup>18</sup>, ce qui permet de réduire les doubles emplois au niveau national.

<sup>18</sup> Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers.

**66** Plus spécifiquement, la Commission soutient également les efforts déployés par les États membres pour coordonner leurs initiatives dans le domaine de la recherche et de la santé en ligne afin d'accroître l'efficacité et de réduire les coûts. Ce soutien est financé par des fonds de l'UE, principalement dans le cadre du programme Horizon 2020 et des programmes de recherche ultérieurs.

**67** Dans l'ensemble de l'UE, les États membres ont déployé **des efforts continus pour réformer** leurs systèmes de santé afin de les rendre non seulement plus efficaces, mais aussi financièrement viables et résilients.

**68** Si des progrès ont déjà été accomplis dans certains domaines (des économies ont été réalisées dans le secteur hospitalier, par exemple), c'est sur ce processus que les efforts consentis en matière de santé publique vont porter pendant de nombreuses années.

## **DEUXIÈME PARTIE – Présentation des travaux réalisés par les ISC**

### Introduction

**69** Cette partie du compendium récapitule les résultats d'une sélection d'audits effectués par les ISC des 23 États membres qui ont contribué à ce recueil<sup>19</sup> ainsi que par la Cour des comptes européenne.

### Méthodologie d'audit

**70** Les ISC mènent leurs audits conformément aux normes internationales des institutions supérieures de contrôle et aux normes d'exécution correspondantes élaborées au niveau national pour garantir la qualité des travaux et des rapports d'audit.

**71** La méthodologie et les procédures d'audit ont été sélectionnées et appliquées afin de s'assurer que les activités d'audit soient réalisées de la manière la plus efficace possible.

**72** Les éléments probants ont été recueillis au moyen d'analyses documentaires et de données (statistiques), ainsi qu'au moyen d'entretiens avec les autorités nationales et régionales ou avec les bénéficiaires. Le cas échéant, ce processus a été complété par des enquêtes visant à recueillir l'avis d'un plus grand nombre de personnes et/ou d'un panel plus large. D'autres méthodes ont également été utilisées: les tests directs, les études de cas et les analyses comparatives.

### Période couverte par les audits

**73** Il est souvent difficile d'apprécier les effets des mesures structurelles et l'impact des programmes à un stade précoce. Les audits figurant dans le présent compendium ont porté sur des programmes pluriannuels mis en œuvre entre 2011 et 201

**74** Le [tableau 1](#) présente une vue d'ensemble des principaux domaines prioritaires des travaux d'audit des différentes ISC.

---

<sup>19</sup> L'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, la Bulgarie, le Danemark, l'Espagne, l'Estonie, la Finlande, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Italie, la Lettonie, la Lituanie, le Luxembourg, Malte, la Pologne, le Portugal, la Roumanie, la Slovaquie, la Slovénie et la Tchéquie.



## DEUXIÈME PARTIE – Présentation des travaux réalisés par les ISC

37

Tableau 1 – Vue d'ensemble des travaux d'audit des ISC de l'UE figurant dans le présent compendium

ISC	Intitulé de l'audit	Principal domaine prioritaire				
		Prévention et protection	Accès aux services de santé	Qualité des services de santé	Nouvelles technologies et santé en ligne	Viabilité budgétaire et autres aspects financiers
Allemagne	L'utilité des traitements orthodontiques doit faire l'objet de recherches médicales		✓			
Autriche	L'assurance de la qualité pour les médecins libéraux			✓		
Belgique	Évaluation de la performance de la politique flamande en matière de santé préventive	✓				
Bulgarie	La santé en ligne				✓	
Danemark	Rapport sur les différences dans la qualité des soins entre les hôpitaux danois			✓		
Espagne	La gestion et le contrôle des prestations pharmaceutiques par la Mutuelle générale des fonctionnaires d'État espagnols (Muface)					✓
Estonie	Le rôle de l'État dans la mise en œuvre du système de santé en ligne				✓	
Finlande	Les projections d'évolution des dépenses de sécurité sociale					✓
France	Prévenir les infections nosocomiales	✓				
Grèce	Audit sur les arriérés de l'État en ce qui concerne les hôpitaux et l'organisation nationale des services de santé					✓
Hongrie	Analyse synthétique des audits des hôpitaux					✓
Irlande	La gestion de la chirurgie ambulatoire programmée			✓		
Italie	La mise en œuvre du programme spécial de rénovation et de modernisation technologique des biens immobiliers des institutions de santé publique					✓

## DEUXIÈME PARTIE – Présentation des travaux réalisés par les ISC

38

ISC	Intitulé de l'audit	Principal domaine prioritaire				
		Prévention et protection	Accès aux services de santé	Qualité des services de santé	Nouvelles technologies et santé en ligne	Viabilité budgétaire et autres aspects financiers
Lettonie	Le projet «La santé en ligne en Lettonie» constitue-t-il un pas dans la bonne direction?				✓	
Lituanie	L'accessibilité des services de soins de santé et l'orientation des patients		✓			
Luxembourg	Le financement public des investissements hospitaliers					✓
Malte	Le médecin généraliste joue un rôle essentiel dans les soins de santé primaires		✓			
Pologne	La prévention et le traitement du diabète de type 2	✓				
Portugal	L'accès des citoyens aux soins de santé dispensés par le service national de santé portugais		✓			
Roumanie	Audit de la performance relatif au développement des infrastructures de santé aux niveaux national, régional et local pour améliorer l'accessibilité des services de santé		✓			
Slovaquie	Finances publiques et propriété des établissements de santé					✓
Slovénie	Lutter contre l'obésité infantile	✓				
Tchéquie	Les fonds utilisés par certains centres hospitaliers universitaires pour couvrir les coûts de leurs activités					✓
Cour des comptes européenne	Actions de l'UE dans le domaine des soins de santé transfrontaliers: de grandes ambitions, mais une meilleure gestion s'impose		✓			

### Prévention et protection

#### Objectifs d'audit

**75** Quatre des audits inclus dans le présent compendium ont principalement porté sur la prévention des maladies et la protection de la santé. Ces audits couvrent un large éventail de sujets allant de la politique générale de prévention des maladies en Belgique à des questions spécifiques telles que la prévention du diabète (Pologne), l'obésité infantile (Slovénie) et les infections nosocomiales (France).

**76** L'objectif général de ces audits était de déterminer si les différentes politiques et les mesures consécutives avaient été bien conçues et efficaces. Certains audits ont accordé une attention particulière aux groupes de population défavorisés.

#### Principales observations d'audit

**77** Des faiblesses dans les domaines de la prévention ou de la protection de la santé ont été relevées dans le cadre de tous les audits. Par exemple, l'audit réalisé par l'ISC de Belgique a conclu que, selon les objectifs recherchés, la mise en œuvre de la politique de santé présentait des différences notables. Généralement, les organismes chargés de la mise en œuvre ne s'intéressaient guère aux résultats, et les rapports manquaient souvent d'informations pertinentes permettant d'évaluer l'impact des interventions financées. Enfin, nombreuses étaient les campagnes et les interventions qui n'étaient pas suffisamment adaptées aux groupes de population défavorisés.

**78** Le rapport de l'ISC de Pologne a fait valoir que, malgré le nombre élevé et croissant de personnes souffrant de diabète en Pologne, aucune stratégie nationale n'avait encore été élaborée pour prévenir ou traiter cette pathologie.

**79** L'audit réalisé par l'ISC de Slovénie a conclu que les ministères et l'institut concernés contribuaient bien à la lutte contre l'obésité infantile. Une lacune a toutefois été relevée, à savoir que tous les enfants ne bénéficiaient pas toujours des mesures et activités financées, et que l'égalité de traitement n'était donc pas garantie. Dans l'ensemble, l'approche systémique visant à promouvoir un mode de vie sain en général a été jugée plus efficace que la mise en œuvre de projets spécifiques.

**80** L'ISC de France a estimé que la mise en œuvre de la politique de prévention des infections nosocomiales en France était encore insuffisante. La prévalence des infections a cessé de diminuer dès 2006 et la déclaration externe de ces infections n'est pas complète. On considère cependant que des mesures récentes telles que la mise en place de Centres de prévention des infections associées aux soins (CPIAS) constituent un pas dans la bonne direction. Il convient à présent de prendre de nouvelles initiatives afin d'étendre cette politique à tous les segments des activités de santé et de prendre pleinement en compte la menace de la résistance aux antibiotiques.

### Accès aux services de santé

#### Objectifs d'audit

**81** L'accès aux services de santé a été évalué dans le cadre de six des audits inclus dans le présent compendium. Trois d'entre eux (ceux effectués par les ISC de Lituanie, du Portugal et de Roumanie) ont examiné l'accès aux services de santé en général. Celui de l'ISC d'Allemagne a porté sur l'orthodontie, et celui réalisé par l'ISC de Malte sur le rôle du médecin généraliste dans l'accès aux services de santé. Enfin, la Cour des comptes européenne a examiné si les actions de l'UE en matière de soins de santé transfrontaliers profitent aux patients.

**82** En plus de se concentrer sur la prévention du diabète de type 2, l'ISC de Pologne a cherché à déterminer si les patients diabétiques avaient accès à des services spécialisés et à des médicaments de dernière génération.

**83** Les principaux objectifs des audits réalisés étaient d'évaluer si l'accès aux services de santé et aux consultations de spécialistes était garanti, et si les mesures mises en œuvre pour améliorer l'accès aux services de santé avaient été efficaces.

**84** Les deux audits plus spécifiques ont visé respectivement à obtenir une vue d'ensemble des coûts et des procédures se rapportant aux traitements orthodontiques (Allemagne) et à vérifier dans quelle mesure les médecins généralistes facilitaient l'accès aux services de santé (Malte).

### Principales observations d'audit

**85** Dans l'ensemble, les audits ont permis de conclure que les services de santé n'étaient pas toujours disponibles au moment et à l'endroit opportuns ou à un prix abordable.

**86** L'audit réalisé par l'ISC de Lituanie a mis en évidence des faiblesses liées à la gestion et à la réduction des listes d'attente pour les services de santé, ainsi qu'à la planification des demandes de consultation de spécialistes de la santé.

**87** De telles faiblesses ont également été constatées par l'ISC du Portugal, qui a conclu que les délais d'attente pour consulter des spécialistes et le nombre de patients attendant une intervention chirurgicale avaient en réalité augmenté entre 2014 et 2016.

**88** L'ISC de Roumanie est parvenue à la conclusion que, dans le secteur de la santé, les investissements dans les infrastructures n'avaient que partiellement atteint l'objectif visé, qui était d'améliorer l'accès aux services de santé. Les principales faiblesses décrites dans le rapport concernaient la hiérarchisation des priorités dans l'affectation des fonds, la coordination, le suivi des investissements et les procédures de marchés.

**89** Il ressort du rapport d'audit de l'ISC d'Allemagne que les bénéfices des traitements orthodontiques ne sont pas prouvés scientifiquement, et que les patients devaient souvent financer eux-mêmes des prestations et traitements orthodontiques supplémentaires.

**90** Le rapport d'audit de l'ISC de Malte était plus positif, dans la mesure où le rôle du médecin généraliste a été jugé conforme aux mesures stratégiques définies dans la stratégie du système national de santé. Il dresse toutefois le constat que la poursuite du renforcement du rôle du médecin généraliste visant à le centrer davantage sur le patient nécessiterait un changement dans la répartition des fonds.

**91** La Cour des comptes européenne a constaté que la Commission avait correctement aidé les États membres à améliorer l'information des patients sur leurs droits en matière de soins de santé transfrontaliers, mais que certaines lacunes persistaient.

**92** L'ISC de Pologne est parvenue à la conclusion que les patients atteints de diabète de type 2 n'avaient pas accès à la prise en charge nécessaire au moment et à l'endroit

opportuns. Les délais d'attente pour les consultations de spécialistes étaient de plus en plus longs, et il s'est avéré que l'accès aux services de santé était très inégal selon les régions.

### Qualité des services de santé

#### Objectifs d'audit

**93** Trois des audits inclus dans le présent compendium – ceux réalisés par les ISC d'Autriche, du Danemark et d'Irlande – traitent de la qualité des services de santé.

**94** Deux d'entre eux se sont focalisés sur des aspects spécifiques de la qualité dans les hôpitaux. L'ISC du Danemark a évalué la qualité des soins dispensés dans les hôpitaux danois et analysé toute différence de qualité constatée entre les hôpitaux. L'ISC d'Irlande, quant à elle, s'est intéressée à la gestion de la chirurgie ambulatoire programmée. Elle a analysé les causes des différences relevées entre les hôpitaux afin d'essayer de déterminer comment augmenter les taux de chirurgie ambulatoire ainsi que de recenser les obstacles qui pourraient se poser à cet égard. Elle a également analysé le partage d'informations et cherché à déterminer dans quelle mesure celui-ci facilite la promotion des idées de bonnes pratiques.

**95** L'ISC d'Autriche a évalué l'organisation, la transparence ainsi que certains aspects précis de l'assurance de la qualité mise en place par le gouvernement fédéral pour les professionnels de la santé indépendants.

**96** Dans son audit sur la prévention des infections nosocomiales, l'ISC de France a également analysé l'ampleur et le coût des infections liées aux soins de santé, ainsi que le rôle joué par les règles d'hygiène et une prescription pertinente des antibiotiques.

#### Principales observations d'audit

**97** Les audits ont permis de conclure que la qualité des services de santé était variable et qu'elle pouvait être améliorée dans certains domaines.

**98** Le rapport sur la qualité des soins dans les hôpitaux danois a mis en évidence des faiblesses dans le traitement des patients et conclu que les soins étaient de qualité inégale. Les différences de prise en charge ont eu un impact sur le risque de réhospitalisation et de décès des patients. Toutefois, un grand nombre de ces différences peuvent être dues à des facteurs échappant au contrôle des hôpitaux.

**99** Le rapport de l'ISC d'Irlande sur la chirurgie ambulatoire programmée est parvenu à des conclusions similaires: malgré l'effort général visant à augmenter la proportion d'interventions chirurgicales pratiquées en ambulatoire par opposition à celles pratiquées en hospitalisation conventionnelle, des écarts importants ont été relevés entre les hôpitaux. Ceux-ci pouvaient peut-être s'expliquer par l'absence de listes de contrôle et de protocoles écrits pour la sélection des patients en chirurgie ambulatoire ainsi que par l'absence de suivi ou de contrôle, par l'encadrement supérieur, du nombre de patients éligibles à la chirurgie ambulatoire.

**100** Le rapport de l'ISC d'Autriche sur l'assurance de la qualité pour les professionnels de la santé indépendants a mis en évidence des faiblesses en ce qui concerne la validité des lignes directrices relatives à la qualité, la mesure de la qualité des résultats ainsi que la documentation normalisée relative au diagnostic et à la performance. Il a également suggéré d'examiner les possibilités d'accroître le nombre de contrôles portant sur la validité des autoévaluations réalisées par les médecins au moyen d'inspections de cabinets.

**101** L'ISC de France a constaté que la prévalence des infections liées aux soins en milieu hospitalier a cessé de diminuer dès 2006. L'application rigoureuse des règles d'hygiène et la prescription pertinente des antibiotiques sont essentielles à cet égard. De surcroît, une gestion plus active du risque infectieux passe également par une meilleure prise en compte des indicateurs de qualité dans la réglementation de l'offre de soins de santé.

### Nouvelles technologies et santé en ligne

#### Objectifs d'audit

**102** Trois rapports du présent compendium (ceux des ISC de Bulgarie, d'Estonie et de Lettonie) portent sur la santé en ligne et sur l'utilisation des nouvelles technologies dans le domaine de la santé. Ces rapports examinent si les conditions préalables à la mise en place

et au déploiement de la santé en ligne ont été remplies et si celle-ci a été mise en œuvre de manière efficace. L'ISC de Lettonie a également évalué si la santé en ligne avait atteint son objectif consistant à favoriser une plus grande efficacité des soins de santé.

### Principales observations d'audit

**103** Il est ressorti des trois rapports que, bien que la santé en ligne soit considérée comme une priorité de santé nationale, la mise en œuvre n'a pas répondu aux attentes et les objectifs n'ont été que partiellement atteints.

**104** Ce résultat s'explique par un certain nombre de raisons différentes. Le rapport de l'ISC de Bulgarie a souligné l'absence des conditions préalables nécessaires à la mise en œuvre effective de la santé en ligne, à savoir l'existence d'un cadre réglementaire, une définition complète des responsabilités et un système efficace de coordination et d'harmonisation entre les différents acteurs. De ce fait, la mise en œuvre de la santé en ligne en Bulgarie a connu des retards, et les mesures prises n'ont été que partiellement efficaces.

**105** L'audit de l'ISC d'Estonie est également parvenu à la conclusion que la santé en ligne n'avait pas atteint ses objectifs, l'ordonnance électronique étant la seule solution technique activement utilisée au moment de l'audit. L'utilisation du dossier de santé informatisé et du système de référencement électronique de l'imagerie médicale a été modeste, et le système de prise de rendez-vous en ligne n'a pas été lancé. D'autres faiblesses ont été constatées dans la planification et la gestion stratégiques de la santé en ligne, et la mise en œuvre, en plus d'avoir été retardée, a été nettement plus coûteuse que prévu initialement.

**106** Le rapport de l'ISC de Lettonie fait un bilan similaire, puisque des faiblesses ont également été relevées dans la mise en œuvre de la santé en ligne. Celles-ci concernent essentiellement le manque de participation des principales parties prenantes et des problèmes liés à la gestion et à la supervision des projets. Par conséquent, l'ISC de Lettonie a également estimé que l'objectif de la santé en ligne n'avait été que partiellement atteint.



### Viabilité budgétaire et autres aspects financiers

#### Objectifs d'audit

**107** Huit des audits du présent compendium ont analysé la viabilité ou d'autres aspects budgétaires de la santé publique. Quatre d'entre eux (ceux réalisés par les ISC de Tchèque, de Grèce, de Hongrie et de Slovaquie) ont examiné des questions de conformité, tandis que les quatre autres (ceux réalisés par les ISC de Finlande, d'Italie, du Luxembourg et d'Espagne) ont porté sur des aspects plus généraux de la viabilité budgétaire et de la gestion financière.

**108** Les quatre derniers audits ont couvert des domaines très différents: projections d'évolution des dépenses de sécurité sociale (Finlande), investissements publics dans le secteur de la santé (Italie et Luxembourg) et bonne gestion financière des paiements des produits pharmaceutiques (Espagne).

#### Principales observations d'audit

**109** Les faiblesses dans les marchés publics, les contrôles internes, la gestion financière et la gestion des passifs impayés sont les problèmes les plus couramment constatés dans le cadre des audits de conformité.

**110** L'audit réalisé par l'ISC de Finlande sur les projections d'évolution des dépenses de sécurité sociale a conclu qu'il était possible de faire évoluer le modèle utilisé et d'améliorer la documentation relative à la méthodologie; il a également établi que les résultats des projections n'étaient pas publiés régulièrement.

**111** L'audit de l'ISC du Luxembourg a révélé des lacunes en ce qui concerne l'autorisation, la coordination, l'établissement de rapports et le suivi des investissements importants.

**112** Des problèmes similaires ont été relevés par l'ISC d'Italie, qui en a conclu que la procédure de rapport existante ne permettait pas de contrôler correctement la mise en œuvre des projets. En outre, elle a estimé que le partenariat public-privé n'était pas utilisé de manière efficace.

**113** La conclusion du rapport de l'ISC d'Espagne est que les paiements des prestations pharmaceutiques aux pharmacies et aux hôpitaux n'étaient pas entièrement conformes à la réglementation applicable et aux principes de bonne gestion financière.

### Suivi des audits

**114** Par principe et à titre de bonne pratique, toutes les ISC assurent le suivi de leurs recommandations. La méthode utilisée dépend des règles internes de chacune d'entre elles: le suivi peut porter sur la mise en œuvre de chaque recommandation, ou être réalisé dans le cadre d'une activité d'audit distincte.

**115** Le suivi a généralement été effectué entre un et trois ans après l'échéance fixée pour la mise en œuvre des recommandations, selon les règles internes des ISC. Certaines d'entre elles assurent le suivi de leurs audits sans se conformer à un calendrier spécifique.

## **TROISIÈME PARTIE – Les rapports des ISC en un coup d'œil**

## TROISIÈME PARTIE – Les rapports des ISC en un coup d'œil

48

### Prévention et protection



#### Belgique

#### *Rekenhof / Cour des comptes / Rechnungshof*

Évaluation de la performance de la politique flamande en matière de santé préventive

#### Vue d'ensemble

**116** L'audit de l'ISC de Belgique a évalué la performance de la politique flamande en matière de santé préventive de 2014 à début 2015.

**117** Le recours à la prévention pour contribuer à faire progresser la santé et le bien-être de la population est l'un des objectifs de la note d'orientation du ministre flamand de la santé publique. La politique flamande en matière de santé préventive se structure autour de plusieurs objectifs de santé et a été mise en œuvre par un certain nombre d'organisations bénéficiant de subventions.

#### Modalités de l'audit

**118** L'évaluation a été basée sur les questions suivantes:

- La mise en œuvre de la politique de santé préventive est-elle bien conçue et organisée?
- La qualité de la mise en œuvre de la politique de prévention prévue est-elle élevée?
- Dans quelle mesure une attention particulière est-elle accordée aux groupes de population défavorisés dans le cadre de la mise en œuvre?

**119** Les principales entités auditées ont été le ministre flamand de la protection sociale, de la santé publique et de la famille et l'Agence flamande pour les soins et la santé (*Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid*). L'examen a reposé principalement sur une analyse documentaire et sur des entretiens.

#### Principales observations

**120** Dans la pratique, il a été constaté que la situation en ce qui concerne la mise en œuvre différait considérablement selon l'objectif de santé considéré, et que l'organisation des travaux sur le terrain pouvait être améliorée.

- Pour certains objectifs de santé, les organismes chargés de la mise en œuvre étaient nombreux, mais la délimitation des tâches n'était pas toujours claire. Ceux-ci devaient donc fréquemment se consulter et se mettre d'accord.
- Pour d'autres objectifs de santé, rares étaient les organismes présents «sur le terrain», de sorte que le soutien était insuffisant.
- La répartition des fonds entre les objectifs de santé et les organismes chargés de la mise en œuvre n'était pas suffisamment justifiée et reposait sur les pratiques antérieures.

**121** En raison de la procédure retenue pour la sélection des organismes chargés de la mise en œuvre (un appel à candidatures), l'échange de connaissances a été insuffisant et des tensions sont apparues entre les organismes concernés.

**122** Les organismes chargés de la mise en œuvre ne s'intéressaient guère aux résultats dans le domaine du développement de la méthodologie. L'insuffisance des informations qu'ils ont communiquées ne permettait pas d'évaluer l'impact de leurs travaux.

**123** Enfin, ils n'ont pas accordé une attention suffisante aux groupes de population défavorisés.

#### Recommandations

##### **124** Situation en ce qui concerne la mise en œuvre

- En ce qui concerne la prévention du suicide, la structure de mise en œuvre devrait être simplifiée; pour la prévention du tabagisme, de l'alcoolisme et de la toxicomanie, la répartition des tâches devrait faire l'objet d'accords clairs, et la prévention du diabète devrait être davantage un travail de terrain.

- Les outils de sensibilisation aux programmes de dépistage du cancer devraient être mieux coordonnés et destinés en priorité aux groupes cibles les moins bien informés.
- La prévention des accidents devrait s'attacher davantage à encourager la consultation pluridisciplinaire par l'établissement d'une méthode de travail claire, la répartition des tâches et la mise en place d'accords de coopération entre les différents acteurs.
- Il conviendrait de mettre au point une vision à long terme en ce qui concerne l'activité physique et de veiller à ce que, pour les objectifs de santé relatifs à l'alimentation et à l'exercice physique, la mise en œuvre des méthodologies soit soutenue sur le terrain.
- La répartition des fonds entre les différents objectifs de santé ou thèmes de prévention devrait être clairement justifiée.

#### **125** Mise en œuvre de la politique de santé préventive

- Le gouvernement doit continuer à mettre en balance les avantages et les inconvénients de la procédure d'appel à candidatures.
- Les méthodologies élaborées par les organisations partenaires doivent faire l'objet d'une meilleure planification et d'un meilleur suivi, et un budget devrait leur être affecté.
- Le ministre flamand de la santé publique devrait encourager une plus grande participation aux travaux de prévention aux niveaux local et provincial.
- La conclusion des accords de gestion devrait, dans la mesure du possible, être alignée sur les plans d'action pour les objectifs de santé.
- L'Agence flamande pour les soins et la santé devrait veiller à ce que les initiatives mises en œuvre correspondent à celles prévues dans le plan annuel.
- Le rôle des centres d'orientation scolaire dans la réalisation des objectifs de santé de la Flandre devrait être mieux développé.

#### **126** Réseaux de santé locaux

- La relation entre l'Agence flamande pour les soins et la santé, l'Institut flamand de promotion de la santé et de prévention des maladies et les réseaux de santé locaux devrait être clarifiée et optimisée.

- Le rôle de ces réseaux dans l'élaboration de la méthodologie devrait être revu et amélioré.
- Il conviendrait de renforcer la cohérence et la qualité des informations contenues dans le système d'enregistrement.

#### **127 Projets**

- Le gouvernement flamand devrait démontrer la valeur ajoutée des subventions accordées aux projets de prévention d'un organisme (partenaire).
- Les projets en cours depuis plusieurs années devraient être évalués afin de décider de leur intégration éventuelle dans les activités courantes de l'organisme chargé de la mise en œuvre.

#### **128 Groupes défavorisés**

- Le gouvernement flamand devrait investir davantage dans la mise au point de méthodes et d'outils qui encouragent efficacement les personnes en situation de pauvreté à vivre sainement, notamment en renforçant les connaissances dans ce domaine des organismes chargés de la mise en œuvre.

### **Publication et suivi**

**129** Le rapport a été publié par voie électronique sur le site internet de l'ISC de Belgique le 23 février 2016 et présenté à la commission du bien-être, de la santé publique et de la famille du Parlement flamand le 8 mars 2016. Le suivi de chacune des recommandations est généralement présenté dans les lettres d'orientation annuelles du ministre.

### **Impact escompté**

**130** Au cours de l'audit, des modifications ont été apportées à la législation en vigueur et un certain nombre d'initiatives ont été prises, lesquelles ont permis de supprimer certains goulets d'étranglement (par exemple, des lignes directrices pour l'élaboration et l'évaluation des méthodes de prévention).



Un nouvel objectif de santé englobant alimentation saine, comportement sédentaire, activité physique, tabac, alcool et drogue a été adopté en septembre 2017.



Cour des comptes

#### France Cour des comptes

Prévenir les infections nosocomiales:  
une nouvelle étape à franchir

#### Vue d'ensemble

**131** L'audit mené par l'ISC de France a porté sur la prévention des infections liées aux soins de santé sur la période 2010-2018.

**132** Une infection est dite liée aux soins de santé dès lors qu'elle survient à l'occasion du traitement d'un patient par un professionnel de santé, que ce soit à l'occasion de soins ambulatoires en ville, dans un établissement médico-social ou encore dans un établissement de santé (dans ce dernier cas, elle est qualifiée de nosocomiale). Elle ne coïncide pas nécessairement avec le traitement lui-même et peut survenir entre 48 heures et un an plus tard.

**133** Depuis 30 ans, une politique publique structurée est mise en œuvre en France afin de prévenir les infections nosocomiales, principalement en milieu hospitalier, et pour indemniser les patients. Les associations de patients ont joué un rôle décisif dans l'avancement de cette politique à la suite de la couverture médiatique de cas groupés d'infections dans certains établissements de santé.

**134** Les mesures mises en œuvre ont permis de réduire dans un premier temps puis de stabiliser à hauteur de 5 % (soit environ 470 000 patients infectés par an) la prévalence des patients infectés dans les hôpitaux. Bien que les infections liées aux soins de santé entraînent le plus souvent un inconfort passager, elles peuvent avoir des conséquences beaucoup plus graves. Toutefois, la prévalence des patients infectés dans les soins ambulatoires n'est pas connue et sa mesure n'en est qu'à ses débuts dans le secteur médico-social.

#### Modalités de l'audit

**135** L'évaluation a été basée sur les questions suivantes:

- Question principale de vérification: Quels sont les enjeux de la politique de prévention des infections nosocomiales?
- Avec les sous-questions suivantes:
  - Quels sont l'ampleur et le coût des maladies liées aux soins de santé?
  - Quels sont les résultats des politiques mises en œuvre par le ministère des Solidarités et de la Santé et ses différents organes?
  - Comment prendre en compte les enjeux liés à l'évolution du patient en dehors des hôpitaux et à la résistance aux antibiotiques?
  - À quels niveaux de gestion des risques la restructuration de l'action publique doit-elle être gérée?
  - Comment les différents acteurs peuvent-ils être tenus responsables?

**136** Les principales entités auditées ont été: le ministère français des Solidarités et de la Santé, les différents organismes chargés de faire appliquer ses politiques, tant au niveau national que régional, ainsi que des hôpitaux publics.

**137** L'évaluation a été fondée sur des entretiens et des questionnaires envoyés à toutes les autorités compétentes.

#### Principales observations

**138** L'ISC de France a formulé les observations suivantes.

- Au cours des 30 dernières années, les pouvoirs publics, les institutions de santé et les professionnels ont mis en œuvre une politique publique de prévention des infections nosocomiales. Ses résultats sont encore insuffisants. La prévalence des infections liées aux soins en milieu hospitalier a cessé de diminuer dès 2006 et la déclaration externe des infections nosocomiales n'est pas complète. Une nouvelle étape doit maintenant

être franchie pour étendre cette politique à tous les segments des activités de santé et pour prendre pleinement en compte la menace de la résistance aux antibiotiques.

- La mise en place récente de Centres de prévention des infections associées aux soins (CPIAS) dans toutes les régions devrait permettre de développer une meilleure coopération avec les professionnels dans le domaine de la santé ambulatoire et sociale et une meilleure coordination avec les agences régionales de santé (ARS). Dans le cadre de cette nouvelle organisation, le ministère des Solidarités et de la Santé, via l'Agence Santé Publique France, doit prendre la place qui lui revient dans le pilotage et la coordination de l'action publique.
- Pour faire face à ces nouveaux défis, il est également essentiel de mieux responsabiliser toutes les parties prenantes dans l'application rigoureuse des règles d'hygiène et une prescription pertinente des antibiotiques. Une gestion plus active du risque infectieux passe également par une meilleure prise en compte des indicateurs de qualité dans la réglementation de l'offre de soins de santé et par une révision des systèmes d'indemnisation afin de favoriser la responsabilité.

### Recommandations

**139** L'ISC de France a formulé les recommandations suivantes:

- mener une enquête nationale sur la prévalence des infections liées aux soins de santé dans les soins ambulatoires, si nécessaire avec une méthodologie adaptée, afin de cibler les secteurs à risque et les actions à développer;
- confier explicitement à l'Agence Santé Publique France, établissement public placé sous la tutelle du Ministère des Solidarités et de la Santé, la coordination des missions et des moyens d'action des CPIAS;
- mettre en œuvre de manière plus directive une série de mesures visant à réduire la consommation d'antibiotiques et ajuster la rémunération basée sur des objectifs de santé publique qui est allouée aux médecins libéraux afin d'assurer l'efficacité de ces mesures;
- en ce qui concerne les agences régionales de santé: donner priorité à l'inspection et au contrôle des établissements de santé et en tirer toutes les conclusions opérationnelles, y compris des suspensions d'activité;

- revoir les critères de dimensionnement et de composition des équipes opérationnelles d'hygiène des établissements de santé en fonction de l'activité de ces derniers ainsi que des recommandations internationales et, s'agissant des hôpitaux publics, regrouper ces équipes dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire;
- revenir sur la suspension de l'obligation pour les professionnels de santé de se faire vacciner contre la grippe (recommandation réitérée).

#### Publication et suivi

**140** Le rapport public annuel de 2019 a été remis par le Premier président de l'ISC au Président de la République le 4 février 2019. Il a ensuite été présenté aux médias et publié électroniquement sur le site internet de l'ISC le 6 février 2019. Il a également été présenté à l'Assemblée nationale le 6 avril 2019, puis au Sénat le 7 avril.

**141** L'ISC accorde une attention particulière au suivi de ses recommandations. Trois ans après la publication de ses rapports, elle examine dans quelle mesure ses recommandations ont été mises en œuvre et quels ont été les effets réels de celles qui ont été appliquées. Un rapport de suivi peut être inclus dans le rapport public annuel.

#### Impact escompté

**142** Les politiques de prévention des infections liées aux soins de santé sont une nécessité. Compte tenu du nombre de patients concernés, des mesures efficaces doivent être mises en œuvre afin de fournir ou de recevoir un traitement médical dans un environnement aussi sain que possible.



#### Pologne

#### *Najwyższa Izba Kontroli (NIK)*

La prévention et le traitement du diabète de type 2

#### Vue d'ensemble

**143** L'audit de l'ISC de Pologne a évalué la prévention et le traitement du diabète de type 2 entre 2013 et 2017 pour les soins ambulatoires et entre 2015 et 2017 pour les soins hospitaliers.

**144** D'après les estimations, une personne sur 11 en Pologne pourrait souffrir de diabète (de types 1 et 2), et le nombre de patients diabétiques augmente de 2,5 % chaque année. Un diabète non traité a des conséquences graves, notamment: accident vasculaire cérébral, hypertension, amputation (complication du syndrome dit «du pied diabétique»). Ces complications entraînent une augmentation du nombre de personnes en incapacité de travailler et qui bénéficient donc de prestations sociales.

#### Modalités de l'audit

**145** L'évaluation a été basée sur la question d'audit principale suivante:

- Le système de soins de santé permet-il la détection systématique, à un stade précoce, des personnes atteintes de diabète de type 2 ou à risque, et l'application de méthodes thérapeutiques efficaces contre cette maladie?

**146** Questions spécifiques:

- Le ministère de la santé a-t-il élaboré une politique nationale en matière de soins de santé visant à prévenir le diabète et à améliorer la santé des personnes qui en sont atteintes?

- Le Fonds national de santé a-t-il veillé à ce que des services et des ressources spécifiques soient mis à disposition pour le traitement du diabète et de ses complications?
- Les prestataires de soins de santé ont-ils pris des mesures dans le domaine de la prévention, de la détection précoce et du traitement du diabète de type 2?
- Ont-ils permis aux personnes atteintes de diabète de type 2 d'avoir accès à des services spécialisés?
- Ont-ils eu recours aux méthodes thérapeutiques utilisant des médicaments de dernière génération?

**147** Les principales entités auditées ont été le ministère de la santé, le siège du Fonds national de santé et des prestataires de soins de santé. La méthodologie utilisée a notamment reposé sur un examen documentaire, des enquêtes et des demandes de précisions adressées à des employés des entités auditées et d'autres organismes.

#### Principales observations

**148** Le diabète est reconnu comme étant une «maladie de civilisation», et la lutte contre cette maladie est l'une des priorités du ministre de la santé, qui est chargé de l'élaboration de la politique nationale de santé. Toutefois, aucune stratégie nationale n'a été élaborée en ce qui concerne la prévention du diabète ou le traitement et la prise en charge des personnes atteintes de cette maladie.

**149** Le ministre de la santé n'a pas correctement déterminé les besoins en matière de santé ni le nombre de spécialistes nécessaires à la prise en charge des patients atteints de cette maladie. Par ailleurs, il n'a pas suffisamment sensibilisé le public au diabète.

**150** Globalement, les patients polonais n'ont pas accès aux traitements innovants pour le diabète de type 2, étant donné que les médicaments recommandés par l'Agence chargée de l'évaluation des technologies de la santé et de la tarification (*Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji*), à savoir les incrétines et les gliflozines, n'ont pas été inclus dans la liste des médicaments remboursables.

**151** Bien que le Fonds national de santé ait pris des mesures pour améliorer le traitement des personnes atteintes de diabète de type 2, le nombre de patients inscrits sur liste d'attente pour une consultation dans une clinique spécialisée ou une hospitalisation, ainsi que le temps d'attente pour accéder aux services, sont en augmentation. Dans le même temps, le nombre de prestataires de services conventionnés par le Fonds national de santé est en baisse.

**152** L'absence d'indications appropriées dans les dossiers médicaux suggère également que, dans de nombreux cas, les médecins n'ont pas suivi les principes énoncés dans les recommandations de l'Association polonaise du diabète (*Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego*) pour le traitement des personnes à risque et des patients atteints de diabète de type 2, ou bien que leur tenue des dossiers n'était pas fiable. Dans certains cas, les patients n'ont pas suivi les recommandations des médecins. Par conséquent, le traitement n'a pas eu suffisamment d'effets et le coût du traitement des complications liées au diabète de type 2 était élevé.

### Recommandations

**153** L'ISC de Pologne a formulé les recommandations ci-après.

- Le ministre de la santé devrait élaborer un programme national exhaustif d'activités axées sur la prévention, le diagnostic précoce et le traitement du diabète.
- Il devrait prendre des mesures afin d'estimer le nombre de personnes non diagnostiquées qui ignorent qu'elles sont diabétiques, et concevoir des méthodes permettant de leur faire parvenir des informations pertinentes sur les symptômes et les effets de la maladie, ainsi que de les encourager à consulter pour que le bon diagnostic soit posé et le traitement approprié, mis en place.
- Le ministre de la santé devrait intensifier ses efforts pour développer un modèle de planification du personnel médical.
- Le président du Fonds national de santé devrait prendre des mesures visant à garantir l'accès, au niveau national, aux services fournis dans le cadre d'une prise en charge spécialisée complète en ambulatoire des patients diabétiques et au traitement complet des plaies chroniques.



- Les prestataires de soins de santé devraient:
  - envoyer les patients diabétiques faire des tests de diagnostic et les adresser à des spécialistes aussi souvent que le prévoient les recommandations de l'Association polonaise du diabète;
  - envoyer les patients faire des tests de dépistage suivant les recommandations de l'Association polonaise du diabète;
  - suivre les recommandations de l'Association polonaise du diabète en matière de prévention du diabète de type 2;
  - tenir des dossiers médicaux individuels comportant des informations complètes et fiables sur le diagnostic et le traitement du patient.

**154** Les autorités publiques devraient également prendre, avec les associations de patients et de professionnels de la santé, des mesures conjointes et coordonnées qui visent à promouvoir des modes de vie sains (axés notamment sur l'activité physique et les habitudes alimentaires), afin de contribuer à réduire la prévalence du diabète de type 2 en Pologne.

#### Publication et suivi

**155** Le rapport a été publié sur le site internet de l'ISC de Pologne le 26 mars 2018 et envoyé aux autorités supérieures et centrales du pays. Il a suscité un vif intérêt médiatique et été largement commenté par les experts en soins de santé.

**156** En réponse au rapport, le ministre polonais de la santé a informé l'ISC des mesures prises pour mettre en œuvre les recommandations d'audit, notamment l'analyse des besoins et l'élaboration d'un plan pour un nouveau programme de santé, ainsi que des actions visant à améliorer l'efficacité de l'éducation à la santé et de la prévention des maladies.

#### Impact escompté

**157** Renforcement du système de soins de santé par un suivi plus efficace de la prévention du diabète et de la prise en charge, une amélioration de l'efficacité de

l'éducation au diabète et la coordination des actions visant à réduire l'apparition de nouveaux cas de diabète.



#### Slovénie

#### *Računsko Sodišče Republike Slovenije*

#### Lutter contre l'obésité infantile

### Vue d'ensemble

**158** L'audit de l'ISC de Slovénie a consisté à déterminer si les mécanismes de lutte contre l'obésité infantile étaient efficaces et efficients. L'audit a porté sur la période 2015-2016.

**159** L'ISC de la République de Slovénie a décidé de réaliser un audit sur la lutte contre l'obésité infantile en raison de statistiques alarmantes concernant les enfants en surpoids ou obèses.

**160** En 1989, 12,5 % des élèves des écoles primaires de la République de Slovénie étaient en surpoids, et 2,35 % étaient obèses. Bien que la proportion des élèves de primaire en surpoids ou obèses ait diminué depuis 2010, les chiffres de 2016 étaient tout de même respectivement de 43,2 % et de 193,6 % supérieurs à ceux de 1989.

**161** Les problèmes liés au poids et à l'obésité dépendent, dans une large mesure, du statut socio-économique de la famille et de l'engagement de chacun. L'État ne peut rien faire d'autre que mettre en œuvre des politiques visant à promouvoir des modes de vie sains.

### Modalités de l'audit

**162** L'évaluation a été basée sur la question d'audit principale suivante: «La République de Slovénie lutte-t-elle de manière appropriée contre l'obésité infantile?», et sur trois sous-questions:

- Les objectifs et les mesures de lutte contre l'obésité infantile sont-ils correctement planifiés?

- Les actions mises en œuvre par le ministère de la santé, le ministère de l'éducation, des sciences et des sports et l'Institut national de santé publique visant à lutter contre l'obésité infantile sont-elles efficaces?
- Les objectifs de lutte contre l'obésité infantile ont-ils été atteints, et la proportion d'enfants suralimentés ou obèses est-elle en baisse?

**163** Les principales entités auditées ont été le ministère de la santé, le ministère de l'éducation, de la science et des sports et l'Institut national de santé publique. La méthodologie d'audit a reposé sur l'examen de documents, de sites internet, d'articles de presse et d'autres sources publiques d'information, sur des entretiens avec les entités auditées et d'autres parties prenantes, ainsi que sur l'analyse de données.

#### Principales observations

**164** L'ISC est parvenue à la conclusion que l'État (ministère de la santé, ministère de l'éducation, des sciences et des sports et Institut national de santé publique) encourageait un mode de vie sain chez les enfants au niveau systémique (en édictant des règles concernant une alimentation saine et l'activité physique) ainsi que dans le cadre de projets ponctuels.

**165** Bien que les effets des actions de l'État visant à lutter contre l'obésité infantile ne deviennent visibles qu'au fil du temps et ne soient pas directement mesurables, l'ISC de Slovaquie a estimé que l'État avait, dans une certaine mesure, contribué à lutter contre l'obésité infantile, comme le montre indirectement l'évolution des taux d'enfants suralimentés ou obèses. L'État pourrait néanmoins améliorer ses actions de lutte contre l'obésité infantile par des mesures et des actions qui bénéficieraient à tous les enfants, ce qui augmenterait l'efficacité de leur mise en œuvre.

**166** L'ISC a en particulier relevé ce qui suit:

- les écoles participent à plusieurs autres projets et programmes qui visent à promouvoir un mode de vie sain. Toutefois, la mise en œuvre de projets est moins efficace que l'approche systémique. Les projets ont des échéances, ne garantissent pas toujours l'égalité de traitement des enfants et entraînent une charge administrative et des coûts supplémentaires;

- le système d'élaboration de repas sains dans les cantines scolaires a été mis en place de manière appropriée et tous les enfants y ont accès;
- dans les écoles primaires, la durée des cours d'éducation physique est inférieure à celle recommandée par l'Organisation mondiale de la santé (180 minutes par semaine).

#### Recommandations

**167** Il a été recommandé au ministère de la santé:

- de réfléchir à la manière de se conformer davantage aux lignes directrices en matière de nutrition pour l'élaboration des repas scolaires;
- de modifier la réglementation en matière de délivrance de certificats médicaux justifiant les dispenses de cours de sport ou un régime alimentaire particulier;
- de réexaminer les besoins et de définir des procédures en ce qui concerne les mesures précoces visant à lutter contre l'obésité infantile ainsi que les options thérapeutiques pour les maladies associées.

**168** Il a été recommandé au ministère de l'éducation, des sciences et des sports:

- de revoir les exigences imposées aux entités chargées de l'élaboration des repas scolaires, et notamment de rechercher des moyens de simplifier et d'harmoniser les procédures de marchés publics pour les achats d'aliments destinés aux repas scolaires; de réfléchir à l'opportunité d'organiser des formations régulières dans ce domaine et à l'identité des formateurs;
- d'analyser l'efficience et l'efficacité des différents programmes sportifs;
- d'effectuer des analyses coûts-avantages pour les projets liés à la sensibilisation et à une alimentation saine, et d'examiner la possibilité d'intégrer le contenu des projets et des programmes dans les programmes de formation et d'enseignement ordinaires;
- d'envisager de dispenser des formations sur l'importance d'un mode de vie sain pour le personnel scolaire, les enfants et leurs parents;
- de réfléchir à la possibilité de former les enseignants dans le domaine de la promotion de la santé;

- de procéder à une analyse détaillée du personnel et des ressources nécessaires à l'organisation de cinq heures de cours d'éducation physique par semaine pour tous les enfants.

#### Publication et suivi

**169** Le rapport a été présenté aux entités auditées et publié sur le site internet de l'ISC de la République de Slovénie le 11 septembre 2018.

#### Impact escompté

**170** La réalisation de cet audit a eu pour principal effet d'informer le public de la situation actuelle et des problèmes liés au surpoids et à l'obésité chez les enfants.

**171** L'audit pourrait notamment donner lieu à des changements et à des amendements de la réglementation, en particulier en ce qui concerne le nombre d'heures d'éducation physique recommandées à l'école.

## TROISIÈME PARTIE – Les rapports des ISC en un coup d'œil

67

### Accès aux services de santé



#### Allemagne *Bundesrechnungshof*

L'utilité des traitements orthodontiques doit faire l'objet de recherches médicales

#### Vue d'ensemble

**172** L'audit de l'ISC d'Allemagne a consisté à évaluer l'utilité des traitements orthodontiques. Il a porté sur la période 2014-2016.

**173** Les caisses de maladie du régime légal d'assurance maladie ne remboursent les traitements orthodontiques (les bagues, par exemple) que si les malpositions dentaires et les malformations des mâchoires compromettent ou menacent de compromettre la mastication, la morsure, la parole ou la respiration. Le coût d'un tel traitement a pratiquement doublé ces dernières années. Selon les estimations, plus de la moitié des enfants et des adolescents allemands reçoivent un traitement orthodontique. Dans ce contexte, l'ISC d'Allemagne, qui a pour mission de contrôler le régime légal d'assurance maladie allemand, a examiné la manière dont les caisses d'assurance maladie traitaient les prestations orthodontiques dispensées à leurs bénéficiaires.

#### Modalités de l'audit

**174** L'objectif de l'audit était d'obtenir des informations sur les procédures liées à l'approbation, à l'exécution et à la facturation des traitements orthodontiques par les caisses de maladie du régime légal d'assurance maladie, ainsi que sur les coûts correspondants.

**175** En outre, l'ISC d'Allemagne a examiné si, et dans quelle mesure, le ministère fédéral de la santé garantissait l'efficacité de ces services.

**176** Les principales entités auditées ont été le ministère fédéral de la santé, une sélection de caisses d'assurance maladie et l'organisation faîtière des caisses de maladie du régime légal d'assurance maladie.



**177** L'audit a principalement reposé sur l'examen de documents fournis par le ministère fédéral de la santé, par les caisses d'assurance maladie, par les organismes chargés de la consultation des patients et par les ordres des dentistes conventionnés (procédures orthodontiques, contrats, études d'orthodontie, etc.), ainsi que sur des entretiens avec des représentants de ces organismes.

#### Principales observations

##### **L'utilité des traitements orthodontiques n'est pas étayée par la recherche scientifique**

**178** L'ISC d'Allemagne est parvenue à la conclusion que le ministère fédéral de la santé et les caisses d'assurance maladie ne disposaient pas d'une vue d'ensemble exhaustive des spécificités concrètes des prestations orthodontiques dispensées aux patients. Les données disponibles au niveau national étaient insuffisantes, par exemple en ce qui concerne les types de traitements, leur durée et leur réussite, les tranches d'âge des patients, les diagnostics sous-jacents, ainsi que le nombre de traitements achevés et de traitements interrompus. En outre, la valeur ajoutée des traitements orthodontiques ne faisait l'objet d'aucune évaluation fondée sur ces données. En conséquence, l'objectif que poursuivaient les caisses d'assurance maladie en consacrant chaque année plus de 1 milliard d'euros aux traitements orthodontiques est inconnu, tout comme les résultats obtenus.

##### **Les bénéficiaires paient souvent les traitements orthodontiques de leur poche**

**179** L'ISC d'Allemagne a également constaté que les dentistes proposaient souvent des services supplémentaires, que les bénéficiaires devaient payer de leur propre poche. Il s'agissait principalement de méthodes de traitement, de diagnostics et d'appareils orthodontiques (des bagues, par exemple) alternatifs.

**180** Selon une étude réalisée par une caisse d'assurance maladie, les trois quarts des personnes interrogées avaient convenu avec leur orthodontiste de prestations privées à leur charge. Près de la moitié des personnes interrogées avaient déboursé plus de 1 000 euros. Dans la plupart des cas, les caisses d'assurance maladie n'étaient pas informées des traitements orthodontiques que leurs bénéficiaires avaient reçus ni des prestations que ces derniers avaient prises en charge eux-mêmes. Les caisses d'assurance maladie n'en avaient connaissance que dans des cas exceptionnels, par exemple lorsque les bénéficiaires se plaignaient de leurs dentistes. Dans de tels cas, les informations concernant la réussite du traitement étaient également limitées.

#### Recommandations

**181** L'ISC d'Allemagne a recommandé d'examiner et de collecter des données sur la situation en matière de soins orthodontiques ainsi que sur les besoins et les objectifs en matière de traitement, les indicateurs et les contrôles de qualité, y compris en ce qui concerne les prestations prises en charge par les patients eux-mêmes. Le ministère fédéral de la santé devrait procéder à des évaluations et, le cas échéant, œuvrer à la création des conditions légales requises. Le type de prestations orthodontiques prises en charge au titre de l'assurance maladie obligatoire doit être déterminé en fonction des résultats de ces recherches médicales. Si les prestations financées par les patients eux-mêmes sont préférables à celles actuellement prises en charge par les caisses d'assurance maladie, les organismes concernés devraient examiner s'il y a lieu de les inclure dans les soins pris en charge par les caisses d'assurance maladie.

#### Publication et suivi

**182** L'ISC d'Allemagne a présenté son rapport à la sous-commission chargée de la vérification des comptes au sein de la commission du budget du *Bundestag* dans le cadre de son rapport annuel sur la gestion financière du gouvernement fédéral.

**183** Le rapport d'audit a été publié sur le site internet de l'ISC d'Allemagne en avril 2018. Il était accompagné d'un communiqué de presse (voir [www.bundesrechnungshof.de/en/themen/health-health-insurers/health-health-insurers](http://www.bundesrechnungshof.de/en/themen/health-health-insurers/health-health-insurers), troisième rapport de la liste).

**184** L'ISC d'Allemagne a l'intention de vérifier si le ministère fédéral de la santé prend des mesures efficaces pour contribuer à garantir le bon rapport coût-efficacité des prestations d'assurance maladie pour les traitements orthodontiques.

#### Impact escompté

**185** En réponse à la recommandation de l'ISC d'Allemagne, le ministère fédéral de la santé a commandé un rapport scientifique concernant l'analyse, la présentation et l'évaluation de l'état actuel des connaissances médicales sur les effets à long terme des traitements orthodontiques sur la santé bucco-dentaire.

**186** En collaboration avec les associations nationales de caisses d'assurance maladie et de dentistes conventionnés, le ministère a l'intention d'évaluer les mesures recommandées par les experts et de discuter de la marche à suivre pour renforcer la recherche dans le domaine de la santé et apprécier l'utilité de l'orthodontie.



#### Lituanie

##### *Valstybės Kontrolė*

L'accessibilité des services de soins de santé  
et l'orientation des patients

#### Vue d'ensemble

**187** L'audit de l'ISC de Lituanie a consisté à évaluer la disponibilité des services de soins de santé et l'orientation des patients. Il a porté sur la période 2014-2016. Les données de 2017 et de 2018 ont également été examinées lorsqu'elles étaient pertinentes par rapport aux changements apportés.

#### Modalités de l'audit

**188** L'évaluation a porté essentiellement sur les points suivants:

- gestion des délais d'attente pour les services de soins de santé;
- caractère approprié de la planification du nombre requis de spécialistes de la santé;
- efficacité de l'utilisation des équipements coûteux appartenant à des établissements médicaux;
- mise en place des conditions nécessaires pour garantir l'accès aux dernières technologies médicales et permettre l'examen des technologies déjà utilisées;
- recensement, évaluation et gestion des attentes des patients.

**189** Les principales entités auditées ont été le ministère de la santé, l'agence nationale d'accréditation des soins de santé et la caisse nationale d'assurance maladie.

**190** En outre, des données et des informations ont été collectées auprès d'établissements médicaux publics et privés, de communes, d'organisations professionnelles de spécialistes de la santé, d'associations de patients et d'établissements scientifiques.

**191** La méthodologie d'audit a reposé sur une analyse documentaire, des évaluations comparatives, des enquêtes auprès d'établissements médicaux et de communes, des enquêtes auprès de la population, des entretiens, des analyses de données et des tests.

#### Principales observations

##### Inefficacité des mesures destinées à réduire les délais d'attente pour les services

**192** Le ministère de la santé ne disposait pas de suffisamment d'informations objectives sur les délais d'attente, ni sur les tendances et les facteurs sous-jacents qui compromettaient la planification de mesures efficaces visant à les réduire. Le ministère n'a pas non plus analysé l'impact des mesures déployées sur les fluctuations des délais d'attente. Les mesures de réduction des délais d'attente n'avaient pas permis d'obtenir les résultats escomptés car les problèmes essentiels n'avaient pas été pris en considération. Ceux-ci concernaient les flux de patients, le fonctionnement du système de santé en ligne, le déséquilibre du système de spécialistes de la santé, etc. Face au problème de l'accessibilité des services, 17 % des patients recouraient à des services payants (pour la moitié d'entre eux en raison des délais d'attente), et 19 % pratiquaient l'automédication.

##### Nécessité d'améliorer la planification de la demande de spécialistes de la santé

**193** Lorsqu'il a évalué les besoins en spécialistes de la santé à former pour les établissements scientifiques et d'enseignement, le ministère n'a pas tenu compte des changements dans la structure des services, de la demande de tels services dans les différentes régions, de la charge de travail des spécialistes, des médecins quittant la profession et des prévisions en matière d'émigration. Le ministère s'est uniquement efforcé de remplacer les médecins qui partaient à la retraite, mais n'a pas tenu compte de la demande d'infirmières. Le nombre de médecins dépassait la moyenne de l'UE, mais le nombre de spécialistes était insuffisant dans des domaines spécifiques tels que la cardiologie, l'ophtalmologie et la neurologie. Le nombre d'infirmières était également trop faible, ce qui avait une incidence sur l'accessibilité des services.

##### Utilisation inefficace de dispositifs coûteux dans les établissements médicaux et manque d'incitations à l'évaluation de nouvelles technologies

**194** Plus de la moitié (59 %) des dispositifs médicaux coûteux (c'est-à-dire dont le coût dépassait 29 000 euros) n'étaient que peu utilisés, et 7 % ne l'étaient pas du tout. Au cours

de la période couverte par l'audit, le ministère a engagé des procédures pour l'acquisition de nouveaux appareils, mais n'a pas entrepris de redistribuer les appareils coûteux, laissant ainsi le problème de l'utilisation inefficace des appareils disponibles non résolu.

**195** L'évaluation des nouvelles technologies a démarré lentement (en quatre ans, les établissements médicaux et les prestataires privés n'ont soumis que 11 demandes d'évaluation de technologies) en raison de l'insuffisance des fonds destinés à l'utilisation de technologies de santé nouvelles et agréées. Lors de l'émergence de nouvelles technologies, celles disponibles n'avaient souvent pas été évaluées. De ce fait, le traitement de tous les patients au moyen des dernières technologies n'était pas garanti.

**Les patients n'étaient pas associés à la révision du système de soins de santé destinée à mieux tenir compte de leurs attentes**

**196** Ni le ministère ni les établissements médicaux n'ont eu recours aux enquêtes menées auprès des patients pour déterminer leurs attentes. La moitié des communes auditées collectaient des données sur les établissements médicaux, mais elles ne s'en servaient pas pour prendre des décisions concernant l'organisation des services. La représentation des patients était fragmentée: les représentants de patients ne participaient qu'à 40 % des groupes de travail qu'ils jugeaient importants. Les patients n'étaient pas suffisamment informés de leurs droits et obligations, ce qui a contribué à ce qu'environ 20 % d'entre eux manquent leurs rendez-vous, accroissant ainsi les délais d'attente.

### Recommandations

**197** Afin d'améliorer l'accessibilité des services de soins de santé, de réduire les délais d'attente et d'utiliser plus efficacement les ressources disponibles, l'ISC a recommandé:

- de contrôler et d'analyser régulièrement l'utilisation et l'accessibilité des services et les flux de patients, ainsi que l'impact des mesures visant à réduire les délais d'attente, et de fonder la mise en œuvre des mesures sur les résultats de ce contrôle et de cette analyse;
- de mettre au point, sur la base de l'analyse des données, un système de planification de la demande pour tous les spécialistes de la santé;
- d'étendre l'évaluation annuelle des établissements en incluant des indicateurs d'utilisation des dispositifs médicaux onéreux;

- o de préciser la procédure de financement des nouvelles technologies évaluées, ainsi que de réexaminer et de réévaluer les technologies de santé déjà utilisées.

**198** Afin d'améliorer l'orientation des patients dans le système de santé, l'ISC a recommandé:

- o d'élargir et/ou de revoir le contenu des études et des enquêtes d'opinion menées auprès des patients par le ministère et par les établissements médicaux afin de recenser leurs attentes et, sur cette base, d'améliorer l'organisation des soins de santé;
- o d'étendre le contenu des informations destinées à encourager les patients à s'acquitter de leurs obligations et à exercer leurs droits ainsi que les moyens de communication de ces informations;
- o de définir des critères pour intégrer les associations de patients dans le processus décisionnel des commissions et des groupes de travail en ce qui concerne l'amélioration des soins de santé.

#### Publication et suivi

**199** Le rapport d'audit a été présenté aux entités auditées, à la commission d'audit du Parlement, aux établissements médicaux et au grand public (lors de l'édition 2018 de Signals, une conférence internationale organisée par l'ISC).

**200** Conformément aux délais fixés dans le rapport pour la mise en œuvre des recommandations, des rapports sont soumis aux commissions parlementaires chaque semestre.

#### Impact escompté

**201** L'audit devrait donner lieu à des changements organisationnels/procéduraux (dans les domaines du contrôle de l'accessibilité des services, de la planification de la demande de spécialistes de la santé, de l'évaluation de l'utilisation des dispositifs médicaux, du recensement des attentes des patients et de l'intégration des associations de patients) et au réexamen des décisions de financement (en raison des nouvelles technologies).



#### Malte *National Audit Office*

Le médecin généraliste joue un rôle essentiel  
dans les soins de santé primaires

#### Vue d'ensemble

**202** L'audit de l'ISC de Malte a consisté à évaluer le rôle du médecin généraliste et sa responsabilité dans les soins de santé primaires. Il a porté sur la période 2014-2016.

**203** Selon des documents nationaux et de l'Union européenne, bien que les services de soins de santé primaires se soient considérablement développés au fil du temps, à Malte, ce secteur n'occupait pas la place qui lui revenait, en première ligne des services de santé.

**204** L'ISC de Malte avait déjà évalué le rôle des médecins généralistes dans les centres de santé en 2001 dans le cadre de l'audit de la performance intitulé *Primary Healthcare – the General Practitioners Function within Health Centres*. À l'époque, cet audit avait fait apparaître des niveaux de satisfaction très élevés chez les usagers de services de médecine générale. Toutefois, le rapport avait fait état de préoccupations concernant divers aspects des prestations. Les questions soulevées concernaient principalement la continuité des soins grâce à un service plus personnalisé, la répartition inégale des médecins généralistes entre les centres de santé, l'absence d'utilisation d'un système de rendez-vous et le rapport coût-efficacité des services.

#### Modalités de l'audit

**205** L'audit visait à déterminer dans quelle mesure:

- les tâches liées au rôle du médecin généraliste favorisent l'accessibilité des services connexes et offrent une qualité suffisante pour atteindre les objectifs des soins de santé primaires;
- les structures organisationnelles et administratives facilitent la prestation de services;



- o les services dispensés présentent un bon rapport coût-efficacité.

**206** Les principales entités auditées ont été le service de soins de santé primaires (Malte), l'hôpital général de Gozo (Gozo) et le service d'urgence de l'hôpital Mater Dei.

**207** La méthodologie d'audit a notamment reposé sur un examen documentaire, sur la réalisation d'entretiens semi-structurés et d'une enquête, ainsi que sur des exercices d'évaluation des coûts pour les différentes prestations offertes par les médecins généralistes. Le champ d'application de cet audit n'a pas été étendu aux services autres que de médecine générale fournis par différents spécialistes dans les centres de santé.

#### Principales observations

**208** L'audit a permis d'obtenir des indices solides selon lesquels, globalement, les médecins généralistes maltais exerçaient leur rôle conformément aux mesures définies dans la stratégie du système national de santé, et que les services étaient en train d'être multipliés et étendus.

**209** Cependant, cet examen a également soulevé certains problèmes. Il est peu probable que le renforcement du rôle du médecin généraliste tel qu'il existe actuellement afin de le rendre plus centré sur le patient puisse se poursuivre s'il ne s'accompagne pas d'un changement dans la répartition des fonds qui refléterait de manière plus réaliste les avantages socio-économiques à long terme des investissements dans les soins de santé primaires. En outre, les interactions et les synergies potentielles issues de la coopération entre les secteurs privé et public pourraient être davantage exploitées. Par conséquent, sous l'impulsion d'une coopération plus étroite des parties prenantes, le rôle du médecin généraliste public pourrait contribuer davantage à placer les soins de santé primaires au centre des services de santé nationaux.

#### Recommandations

**210** L'ISC de Malte a émis les recommandations ci-après.

- o Le service de soins de santé primaires a été encouragé à se focaliser davantage sur l'évaluation de la faisabilité d'un élargissement et d'une extension du rôle du médecin généraliste en mettant à profit la complémentarité des services fournis par les

médecins dans les secteurs public et privé, notamment au moyen de partenariats public-privé et de contrats de sous-traitance.

- Il conviendrait d'envisager d'accorder une part plus importante des dotations budgétaires du secteur de la santé aux soins de santé primaires.
- Le service de soins de santé primaires a été encouragé à convertir les mesures énoncées dans la stratégie nationale du système de santé de Malte pour la période 2014-2020 et d'autres documents, en des plans de projets susceptibles d'être mis en œuvre. Cela impliquerait de déterminer les ressources nécessaires et un calendrier de mise en œuvre.
- Il conviendrait d'intensifier les efforts afin que tous les centres de santé disposent d'une structure de prise en charge des maladies chroniques. Cela permettrait de continuer à promouvoir les principes de la continuité des soins et de services centrés sur le patient et, à plus long terme, d'améliorer le rapport coût-efficacité du rôle du médecin généraliste.
- Le service de soins de santé primaires a été encouragé à poursuivre ses efforts afin que ses prestations soient moins axées sur les soins immédiats, mais davantage sur la promotion de la santé et la prévention des maladies. Le service de soins de santé primaires pourrait tirer parti des campagnes de sensibilisation en cours en encourageant les médecins généralistes à réitérer les messages de ces campagnes dans le cadre de leurs consultations.
- Il conviendrait d'envisager de renforcer la coopération stratégique, administrative et opérationnelle entre les centres de santé de Malte et de Gozo. Cela garantirait un degré plus élevé d'harmonisation et de personnalisation des services et permettrait de partager des expériences en matière de développement de services.
- Il y aurait lieu d'améliorer l'accessibilité des informations relatives à la gestion financière: la section «Finances» devrait être davantage soutenue par des investissements dans les infrastructures TIC concernées.
- Le service de soins de santé primaires a été encouragé à mieux utiliser les TIC disponibles, comme le système de gestion clinique des patients, afin de garantir l'exactitude des informations relatives aux patients. Ces informations permettraient de renforcer la planification stratégique et le contrôle de la gestion des activités du service de soins de santé primaires.

- Les efforts déployés par les cliniques (*Bereġ*) pour s'affilier au système d'ordonnances électroniques devaient être intensifiés. À cet effet, des investissements appropriés dans les TIC doivent être réalisés.
- Le service de soins de santé primaires a été encouragé à améliorer la coordination avec le service d'urgence de l'hôpital Mater Dei afin de limiter le nombre de visites inutiles de patients auxquels les soins requis pourraient être dispensés par des médecins généralistes au niveau des centres de santé.

#### Publication et suivi

**211** Le 27 juin 2016, le rapport a été présenté au président de la Chambre des représentants, qui l'a soumis à cette dernière. Le rapport a également été examiné par la commission des comptes publics. L'ISC de Malte a soumis le rapport au Parlement et l'a publié simultanément sur son site internet. Un communiqué de presse contenant un résumé des principales constatations et conclusions a également été publié en maltais et en anglais. L'ISC a transmis des copies du rapport aux médias et aux autres parties prenantes intéressées.

**212** Elle a en outre réalisé un suivi de l'audit de la performance en 2018. Ce suivi a principalement consisté en des entretiens semi-structurés avec de hauts responsables du service de soins de santé primaires et en un examen de la documentation y afférente. D'une manière générale, l'audit de suivi a montré que le service de soins de santé primaires s'était attaché à mettre en œuvre les recommandations du rapport. À cet égard, deux recommandations du rapport initial avaient été intégralement mises en œuvre, tandis que des travaux considérables avaient déjà été entrepris en ce qui concerne les huit autres.

#### Impact escompté

**213** Sur le long terme, le rapport devrait donner lieu à des changements organisationnels et procéduraux, à une augmentation des fonds et des ressources humaines alloués à la médecine générale, ainsi qu'à la consolidation des infrastructures informatiques. Grâce à ce rapport, les services devraient être davantage centrés sur le patient du fait du renforcement de l'accent mis sur la continuité des soins et sur l'élargissement des prestations des médecins généralistes. Parmi les autres impacts à long terme figurent la baisse de la demande en soins secondaires et des passages au service d'urgence de l'hôpital Mater Dei.

De plus, à long terme, la sensibilisation aux choix de vie pourrait se faire dans le cadre des soins de santé primaires, ce qui aurait une influence sur la prévalence des maladies chroniques au sein de la population maltaise.



#### Portugal

#### *Tribunal de Contas*

L'accès des citoyens aux soins de santé dispensés par le service national de santé portugais

#### Vue d'ensemble

**214** L'audit de l'ISC du Portugal a consisté à évaluer l'accès des citoyens aux soins de santé dispensés par le service national de santé portugais au cours de la période 2014-2016. Les conditions d'accès des citoyens à ces soins de santé, et plus précisément aux consultations spécialisées en milieu hospitalier et aux interventions chirurgicales, sont depuis longtemps difficiles, notamment en ce qui concerne les délais d'attente.

#### Modalités de l'audit

**215** L'audit visait à déterminer:

- si le service national de santé répond, dans un délai raisonnable sur le plan clinique, aux besoins des citoyens en termes d'accès aux premières consultations spécialisées et aux interventions chirurgicales programmées;
- si la mise en œuvre des procédures de prise de rendez-vous et de gestion des listes d'attente était conforme à la réglementation en vigueur;
- si les mesures prises par le ministère face aux difficultés d'accès étaient efficaces.

**216** Les principales entités auditées ont été plusieurs services du ministère de la santé et certains services hospitaliers.

**217** La performance du service national de santé au regard des indicateurs «accès aux premières consultations en milieu hospitalier» et «accès aux interventions chirurgicales» a été évaluée sur la base:

- d'une part, de rapports techniques établis par le ministère de la santé, par différents organismes de ce ministère et par l'autorité chargée de la réglementation de la santé;

- d'autre part, de l'analyse des données et informations fournies par l'administration centrale du système de santé en ce qui concerne la prise de rendez-vous des patients et la gestion des listes d'attente pour les consultations et les interventions chirurgicales.

**218** La qualité des indicateurs chiffrés et des relevés sous-jacents a été évaluée sur la base:

- d'entretiens avec des employés de l'administration centrale du système de santé, de l'administration régionale de la santé de Lisbonne et de la Vallée du Tage, ainsi que des services hospitaliers audités;
- d'informations et de données collectées auprès des services hospitaliers audités, y compris des tests de cheminement sur l'environnement de contrôle et les procédures de prise de rendez-vous et de gestion des listes d'attente pour les consultations et les interventions chirurgicales.

#### Principales observations

**219** L'ISC du Portugal est parvenue à la conclusion que l'accès des patients aux consultations spécialisées en milieu hospitalier et aux interventions chirurgicales programmées s'était détérioré au cours des trois années de la période auditée (2014-2016), ce qui s'est traduit par une augmentation:

- du délai d'attente moyen pour une première consultation spécialisée en milieu hospitalier (qui est passé de 115 à 121 jours) et du non-respect du temps d'attente maximal garanti, qui est passé de 25 % en 2014 à 29 % en 2016;
- i) du nombre de patients attendant une intervention chirurgicale (+ 27 000, soit + 15 %);  
ii) du délai moyen d'attente pour une intervention chirurgicale (+ 11 jours, soit + 13 %);  
iii) du non-respect du temps d'attente maximal garanti, qui est passé de 7,4 % en 2014 à 10,9 % en 2016.

**220** Elle a également conclu que les initiatives centralisées mises en œuvre par l'administration centrale du système de santé en 2016 pour valider et actualiser les listes d'attente pour les premières consultations spécialisées dans les hôpitaux du service national de santé ont notamment consisté à supprimer des demandes très anciennes, qui faussaient les indicateurs de performance communiqués.

**221** Dans le domaine des interventions chirurgicales, en particulier, il a été constaté que les délais d'attente ont augmenté du fait de l'absence d'émission régulière et en temps utile de «bons pour une intervention chirurgicale» et de notes de transfert pour les patients figurant sur des listes d'attente, documents grâce auxquels ils auraient pu être opérés dans d'autres services hospitaliers plus disponibles.

**222** L'ISC du Portugal est parvenue à la conclusion que les informations concernant les listes d'attente publiées par l'administration centrale du système de santé n'étaient pas fiables non seulement en raison de défaillances répétées intervenues lors la saisie des informations détenues par les services hospitaliers dans les systèmes centralisés de gestion de l'accès aux consultations en milieu hospitalier et aux interventions chirurgicales, mais également en raison des initiatives centralisées susmentionnées.

#### Recommandations

**223** L'ISC du Portugal a formulé plusieurs recommandations à la lumière de ses constatations d'audit.

Elle a notamment recommandé au ministère de la santé:

- de mettre en place des mécanismes pour l'émission automatique de bons pour une intervention chirurgicale dans les délais réglementaires à chaque fois qu'il n'est pas possible de respecter le temps d'attente maximal garanti dans les hôpitaux du service national de santé, de manière à ce que le processus visant à réaliser les interventions chirurgicales dans le cadre du service national de santé ne porte pas atteinte au droit des patients de recevoir un traitement dans une période considérée comme acceptable sur le plan clinique;
- de confier à un organisme extérieur à l'administration centrale du système de santé la réalisation de contrôles réguliers de la qualité des indicateurs d'accès publiés pour les premières consultations en milieu hospitalier et les interventions chirurgicales programmées;

et au conseil de direction de l'administration centrale du système de santé:

- de ne pas adopter de procédures administratives qui entraînent une réduction artificielle des listes et des délais d'attente;

- de produire des rapports expliquant les critères adoptés, ainsi que les méthodes et les résultats obtenus, chaque fois que les bases de données du système d'information pour la gestion de l'accès aux consultations en milieu hospitalier et aux interventions chirurgicales sont modifiées au niveau central afin de rectifier des erreurs.

#### Publication et suivi

**224** Le rapport a été transmis aux organismes audités et aux membres du gouvernement desquels ils relèvent. Il a également été publié, accompagné d'un résumé d'une page, sur le site internet de l'ISC, et les médias ont été informés.

**225** À la suite de cette publication, une audition parlementaire du président de l'ISC et du ministre de la santé a été organisée par la commission de la santé de l'Assemblée de la République.

**226** Afin de se conformer aux dispositions finales du rapport, les autorités auxquelles les recommandations ont été adressées ont rendu compte des suites données dans un délai de trois mois. D'autres échanges d'informations ont eu lieu par la suite. Les suites données aux recommandations ont été analysées en septembre 2018. Il est apparu que 20 des 47 recommandations formulées (43 %) avaient été mises en œuvre, et que 21 autres (45 %) l'avaient été partiellement. Ces recommandations visaient notamment à:

- mettre en œuvre des procédures destinées à améliorer la qualité des données relatives à l'accès aux premières consultations et aux interventions chirurgicales programmées, l'objectif étant d'uniformiser les travaux visant à corriger les erreurs dans les systèmes d'information actuels ainsi que de les rendre plus transparents et plus faciles à auditer;
- sous-traiter les services visant à garantir l'émission continue et en temps utile de bons aux patients sur liste d'attente.

#### Impact escompté

**227** Une modification des procédures de gestion des listes d'attente pour les consultations et les interventions chirurgicales sur le plan opérationnel et au niveau du contrôle. Un renforcement de l'obligation de rendre compte en ce qui concerne l'efficience



de la gestion des listes d'attente, le respect du temps d'attente maximal et la transparence des procédures.



#### Roumanie

##### *Curtea de Conturi a României*

Développer les infrastructures de santé aux niveaux national, régional et local pour améliorer l'accès aux services de santé

#### Vue d'ensemble

**228** L'ISC de Roumanie a évalué l'utilisation des fonds alloués au développement des infrastructures de santé. L'audit a porté sur la période 2011-2015.

#### Modalités de l'audit

**229** La principale entité auditée a été le ministère de la santé.

**230** La méthodologie d'audit a notamment reposé sur l'examen de documents ministériels en rapport avec l'objet de l'audit, des observations directes, des questionnaires et des entretiens avec des employés de l'entité auditée.

#### Principales observations

**231** L'ISC de Roumanie a formulé les observations suivantes:

- le ministère de la santé n'a pas suffisamment justifié les ressources nécessaires au financement des investissements dans le système de santé;
- le ministère de la santé n'a pas coordonné efficacement la mise en œuvre des investissements par les services compétents, ce qui a conduit à une gestion déficiente, tant à son niveau qu'à celui des services de santé qui en dépendent, puisqu'en 19 ans, deux grands objectifs d'investissement seulement ont été finalisés;
- les équipements médicaux achetés ont été mis en service avec un retard allant de 90 à 800 jours;

- il n'existait pas de registre centralisé des demandes de financement des investissements présentées au ministère par les services de santé publique indiquant, le cas échéant, les causes de rejet;
- les principes d'économie, d'efficience et d'efficacité n'étaient pas respectés. Les services de soins de santé ont eu recours à des prestations d'imagerie externes alors qu'ils possédaient des équipements dotés des mêmes fonctions;
- la répartition des fonds d'investissement a lieu principalement au second semestre de l'exercice budgétaire. Il arrivait que les procédures de marchés ne soient pas finalisées avant la fin de l'exercice budgétaire, ce qui a conduit à la perte du financement;
- il n'existe pas de procédure centralisée pour l'acquisition d'équipements médicaux. Les achats ont été effectués de manière décentralisée par les différents services de santé, qui n'ont donc pas payé le même prix;
- le ministère de la santé n'a pas procédé à l'établissement d'un ensemble d'indicateurs physiques et d'efficience permettant de suivre les résultats des investissements, le développement des infrastructures de santé, la fourniture d'équipements médicaux aux établissements de santé ou encore le degré de réalisation des indicateurs définis. Il n'a pas été procédé à une analyse régulière des indicateurs physiques et d'efficience;
- les connaissances de la situation réelle en ce qui concerne les dispositifs médicaux à haute performance (scanners, IRM, angiographes et accélérateurs linéaires) sont insuffisantes;
- le ministère de la santé n'a ni prévu ni réalisé de contrôles de l'utilisation des fonds alloués au développement des infrastructures de santé.

### Recommandations

**232** L'ISC de Roumanie a formulé les recommandations ci-après:

- prévoir des ressources appropriées pour le financement des dépenses en capital/transferts de capitaux, en vue d'une utilisation efficiente des ressources allouées;

- mettre en place un suivi permanent de l'utilisation des ressources financières par les services de santé, ainsi que des procédures instaurant un cadre obligatoire pour la notification en temps utile des montants inutilisés par les services subordonnés;
- assurer un financement adéquat des investissements et des mesures approuvés afin de fournir un soutien spécialisé aux services subordonnés;
- participer de façon continue aux travaux menés par les services de santé en mettant l'accent sur la réalisation en temps utile des investissements et leur mise en service dans des conditions optimales;
- organiser des contrôles réguliers des activités d'investissement afin d'évaluer les résultats déjà obtenus;
- établir un registre physique des demandes de financement d'investissements présentées par les services de santé qui serait utilisé afin de pouvoir sélectionner les services bénéficiaires des fonds et hiérarchiser les investissements sur la base de critères objectifs;
- étudier la possibilité de centraliser les procédures de marchés, au moins pour les équipements à haute performance, et élaborer des mesures visant à garantir une utilisation efficiente des fonds publics;
- établir un ensemble d'indicateurs physiques et d'efficience permettant de contrôler le développement des infrastructures de santé;
- analyser les possibilités de finaliser, mettre en œuvre et exploiter le système informatique ultraperformant et de mettre à profit les études de pré faisabilité et de faisabilité, les guides architecturaux et les projets techniques acquis et non utilisés;
- coordonner et surveiller les services de santé tout au long du processus d'absorption des fonds non remboursables afin d'augmenter le taux d'absorption;
- prendre toutes les mesures nécessaires pour respecter les conditions ex ante et débloquer les fonds non remboursables obtenus dans le cadre du programme opérationnel régional 2014-2020;
- prendre toutes les mesures nécessaires pour accéder aux fonds mis à disposition par l'UE dans le cadre du programme opérationnel régional et à ceux alloués par le biais de

l'accord de prêt conclu avec la Banque internationale pour la reconstruction et le développement, et utiliser ces fonds de manière efficiente;

- mettre en œuvre la base de données nationale sur les infrastructures de santé.

#### Publication et suivi

**233** Une synthèse du rapport a été présentée à la présidence roumaine, au gouvernement, à la Chambre des députés, au Sénat, à l'Académie roumaine, à l'Académie des sciences médicales, aux commissions spécialisées du Parlement roumain, à certains ministères et à la caisse nationale d'assurance maladie. Une synthèse du rapport a été publiée en juillet 2017 sur le site internet de l'ISC de Roumanie.

**234** Un rapport de suivi a été établi en octobre 2018, dans lequel le ministère de la santé a été invité à commencer à mettre en œuvre les mesures demandées par l'ISC.

#### Impact escompté

**235** Détermination des meilleurs résultats obtenus à l'issue de la mise en œuvre des mesures demandées et des causes qui ont conduit à la non-réalisation des objectifs proposés.



#### Union européenne

#### Cour des comptes européenne

Actions de l'UE dans le domaine des soins de santé transfrontaliers: de grandes ambitions, mais une meilleure gestion s'impose

#### Vue d'ensemble

**236** La Cour des comptes européenne a cherché à déterminer si les actions de l'UE en matière de soins de santé transfrontaliers apportent aux patients les avantages escomptés. L'audit a porté sur la période 2008-2018.

**237** La directive de l'UE sur les soins de santé transfrontaliers, adoptée en 2011, vise à garantir aux patients un accès à des soins médicaux transfrontaliers sûrs et de qualité élevée au sein de l'Union, ainsi que leur remboursement aux mêmes conditions que celles prévalant dans leur pays d'affiliation. Elle vise en outre à favoriser une coopération plus étroite en matière de santé en ligne, les échanges transfrontaliers de données relatives aux patients et l'accès aux soins pour les patients atteints de maladies rares grâce à la création de réseaux européens de référence.

**238** La Cour des comptes européenne a examiné si la Commission européenne surveillait convenablement la mise en œuvre de la directive de l'UE sur les soins de santé transfrontaliers et si elle aidait les États membres à informer les patients de leurs droits. Elle a également évalué les résultats obtenus sur le plan des échanges transfrontaliers de données de santé et s'est intéressée aux actions clés de l'UE dans le domaine des maladies rares.

#### Modalités de l'audit

**239** La question d'audit principale était la suivante: «Les actions de l'UE en matière de soins de santé transfrontaliers profitent-elles aux patients?»

**240** La Cour des comptes européenne a également examiné si:

- la Commission avait surveillé convenablement la mise en œuvre de la directive de l'UE sur les soins de santé transfrontaliers dans les États membres;

- les résultats obtenus à ce jour en ce qui concerne les échanges transfrontaliers de données de santé étaient à la hauteur des attentes;
- les actions de l'UE dans le domaine des maladies rares avaient apporté une valeur ajoutée aux efforts déployés par les États membres pour faciliter l'accès des patients aux soins de santé.

La principale entité auditée a été la Commission européenne.

**241** La méthodologie a reposé sur des entretiens avec des représentants de la Commission ainsi qu'avec les autorités de cinq États membres responsables de la mise en œuvre de la directive (le Danemark, l'Italie, la Lituanie, les Pays-Bas et la Suède). Une enquête a été réalisée auprès de tous les représentants des États membres au sein du groupe d'experts sur les soins de santé transfrontaliers ainsi qu'auprès des représentants du réseau «santé en ligne». Par ailleurs, nous avons évalué des projets financés par l'UE et consulté des experts.

### Principales observations

**242** La Cour a formulé les observations ci-après.

#### Mise en œuvre de la directive de l'UE relative aux soins de santé transfrontaliers

- La Commission a convenablement surveillé la transposition de la directive en droit national ainsi que sa mise en œuvre par les États membres.
- Elle a également aidé ces derniers à améliorer l'information des patients sur leurs droits en matière de soins de santé transfrontaliers, même si certaines lacunes persistent.

#### Échanges transfrontaliers de données de santé

- La Commission n'a correctement apprécié ni le nombre d'utilisateurs potentiels, ni le rapport coût-efficacité des échanges transfrontaliers de données de santé.
- Les prévisions concernant le volume des échanges transfrontaliers de données de santé ont été trop optimistes. Au moment de l'audit, en novembre 2018, les États membres étaient seulement sur le point de commencer à échanger des données de santé par voie électronique.

#### Les réseaux européens de référence

- Les réseaux européens de référence pour les maladies rares constituent une innovation ambitieuse qui remporte largement l'adhésion des médecins, des prestataires de soins et des patients.
- Le processus de mise en place des réseaux européens de référence présentait toutefois des insuffisances, et ces derniers sont confrontés à des défis de taille pour assurer leur viabilité financière.

#### Recommandations

##### **243** La Cour recommande à la Commission:

- d'aider davantage les points de contact nationaux à mieux informer les patients de leur droit à bénéficier de soins de santé transfrontaliers;
- d'améliorer la préparation aux échanges transfrontaliers de données de santé;
- de renforcer la gestion ainsi que le soutien apporté aux réseaux européens de référence, afin de faciliter l'accès aux soins pour les patients atteints de maladies rares.

#### Publication et suivi

**244** La Cour des comptes européenne présente ses rapports spéciaux au Parlement européen et au Conseil de l'UE, ainsi qu'à d'autres parties intéressées, telles que les parlements nationaux, des acteurs de l'industrie et des représentants de la société civile.

**245** Le rapport, accompagné d'un communiqué de presse, a été publié sur le site internet de la Cour des comptes européenne dans 23 langues de l'UE le 4 juin 2019.

**246** La procédure habituelle prévoit la réalisation, par la Cour des comptes européenne, d'un suivi du rapport trois ans après sa publication.



#### Impact escompté

**247** La Cour des comptes européenne estime que l'audit devrait avoir l'impact suivant:

- les patients devraient recevoir des informations plus claires sur leurs droits en matière de soins de santé transfrontaliers;
- les informations concernant les réseaux européens de référence pour les maladies rares devraient être présentées sur les sites internet des points de contact nationaux;
- il devrait être procédé à une évaluation de l'utilisation et du rapport coût-efficacité des échanges transfrontaliers de données de santé, et de la question de savoir si ceux-ci ont apporté une contribution utile aux systèmes nationaux de soins de santé;
- les actions menées par l'UE dans le domaine des maladies rares et des soins de santé transfrontaliers devraient faciliter l'accès des patients atteints de maladies rares à un diagnostic plus rapide et à un traitement approprié;
- les résultats de la stratégie de l'UE dans le domaine des maladies rares devraient faire l'objet d'une évaluation;
- dans l'optique de garantir la durabilité des réseaux européens de référence, les futurs financements octroyés par l'UE aux réseaux devraient être gérés dans le cadre de la structure simplifiée, et leur charge administrative devrait être réduite.

## TROISIÈME PARTIE – Les rapports des ISC en un coup d'œil

94

### Qualité des services de santé



#### **Autriche** **Rechnungshof**

L'assurance de la qualité pour les médecins libéraux

### Présentation générale

**248** L'audit mené par l'ISC d'Autriche a visé à évaluer l'organisation, la transparence ainsi que certains aspects précis de l'assurance de la qualité mise en place par le gouvernement fédéral pour les médecins libéraux. Il a porté sur la période 2013-2016.

### Modalités de l'audit

**249** L'examen a porté essentiellement sur les éléments suivants:

- la base juridique et technique sur laquelle repose l'assurance de la qualité, notamment ses objectifs et ses avantages;
- l'organisation de l'assurance de la qualité (acteurs, structures, activités, etc.);
- l'évaluation des ressources financières et humaines mobilisées pour l'assurance de la qualité;
- l'évaluation de certaines priorités de l'assurance de la qualité: les procédures y afférentes, les systèmes de gestion de la qualité et la mesure de la qualité au niveau des soins ambulatoires;
- les rapports relatifs à l'assurance de la qualité.

**250** Les principales entités auditées ont été le ministère fédéral de la santé et des femmes (au moment de l'audit, le ministère fédéral de la santé), l'ordre des médecins autrichien et la société autrichienne pour l'assurance de la qualité et la gestion de la qualité en médecine (ÖQMed, *Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH*).

**251** La méthodologie d'audit a reposé sur l'évaluation d'études autrichiennes et internationales, des entretiens avec des agents des principales entités auditées et une analyse des éléments probants collectés, notamment en ce qui concerne la mise en œuvre des objectifs et les méthodes employées à cette fin.

#### Principales observations

**252** Entre 2005, année où la loi sur la qualité des soins de santé est entrée en vigueur, et 2012, le ministère fédéral de la santé a publié trois séries de lignes directrices relatives à la qualité destinées aux médecins libéraux. Étant donné que leur validité était limitée dans le temps et que le ministère n'a pas fourni en temps voulu la réglementation qui devait leur succéder, au moins deux d'entre elles n'étaient plus valables en 2017.

**253** La réforme du système de santé de 2013 intégrait la décision d'introduire une mesure de la qualité des résultats pour les médecins libéraux. Toutefois, depuis lors, aucune méthode de mesure normalisée de la qualité des soins n'a été mise au point ni appliquée pour le secteur des soins ambulatoires. Par conséquent, il n'existe toujours pas, au niveau fédéral, de plateforme indépendante permettant aux patients de s'informer sur la qualité des soins.

**254** En outre, l'ISC d'Autriche a relevé que le gouvernement fédéral, les *Länder* et les organismes de sécurité sociale n'avaient pas établi de documentation normalisée relative au diagnostic et à la performance pour les soins ambulatoires. Cela avait pourtant été prévu dans le cadre de la réforme du système de santé de 2005 et un projet pilote en avait confirmé la faisabilité technique.

**255** Bien que les activités liées à l'assurance de la qualité soient d'intérêt public, le gouvernement fédéral les a confiées à l'ordre des médecins autrichien, dont l'objectif principal est de défendre les intérêts professionnels, sociaux et économiques des médecins. Dans ce contexte, c'est en réalité l'ÖQMed qui a mené ces activités pour le compte de l'ordre des médecins autrichien. Toutefois, l'ÖQMed étant une filiale de l'ordre, elle était étroitement liée à ce dernier sur les plans organisationnel et budgétaire.

**256** En vertu de la loi relative à l'exercice de la médecine, les médecins étaient tenus d'évaluer tous les cinq ans la qualité des services délivrés dans leur cabinet. Pour ce faire, ils

remplissaient des questionnaires d'autoévaluation fournis par l'ÖQMed. Il n'était possible de répondre aux questions que par «oui», «non» ou «sans objet». La présentation et le contenu encourageaient les réponses positives.

**257** Parmi les praticiens qui ont rempli le questionnaire entre 2012 et 2016, 97 % ont déclaré qu'ils respectaient pleinement les critères sur lesquels portaient les questions. Toutefois, les contrôles portant sur la validité des autoévaluations réalisés par l'ÖQMed – au moyen d'inspections de cabinets retenus dans un échantillon aléatoire – ont montré qu'environ 18 % des cabinets ne respectaient pas au moins un des critères. Néanmoins, la probabilité d'être inspecté par l'ÖQMed n'était que de 7 %; statistiquement, un cabinet n'est sélectionné qu'une fois tous les 70 ans.

### Recommandations

**258** L'ISC d'Autriche a recommandé:

au ministère fédéral de la santé:

- d'élaborer dès que possible des normes de qualité assorties de dispositions et/ou de critères contraignants et d'assurer ainsi la mise en œuvre de l'objectif fixé dans la loi sur la qualité des soins de santé par l'organe législatif;
- d'élaborer la réglementation qui doit succéder aux lignes directrices fédérales relatives à la qualité devenues caduques; à l'avenir, lorsqu'il publiera des normes de qualité, d'indiquer clairement si elles sont contraignantes ou s'il s'agit de simples recommandations;
- de fournir à la commission fédérale de suivi des objectifs une proposition de résolution concernant la hiérarchisation et la mise en œuvre à l'échelle nationale de nouveaux programmes de soins à élaborer et à mettre en œuvre rapidement;
- de s'efforcer de mesurer, pendant la période de contrôle allant de 2017 à 2021 et en appliquant le principe convenu, la qualité des résultats au niveau des soins ambulatoires comme le prévoit l'accord sur l'organisation et le financement du système de soins de santé, établi en vertu de l'article 15 *bis* de la loi constitutionnelle fédérale;
- d'établir dès que possible une base juridique pour la documentation relative au diagnostic pour les soins ambulatoires;

- d'élaborer des scénarios pour créer une institution responsable de l'assurance de la qualité, qui soit indépendante sur les plans financier et organisationnel;
- dans les futurs rapports sur la qualité, de présenter séparément et de comparer les taux de non-conformité relevés dans le cadre de l'autoévaluation des médecins libéraux et des contrôles de validité pratiqués par l'institution responsable de l'assurance de la qualité; en outre, de suivre l'évolution des écarts et de prendre des mesures (par exemple mettre en place des services d'information et de conseil) pour éviter les fausses déclarations dans l'autoévaluation;

au ministère fédéral de la santé et à l'ordre des médecins autrichien:

- de formuler de façon plus neutre les choix de réponse dans le questionnaire d'autoévaluation;
- d'examiner la possibilité d'accroître le nombre de contrôles de validité. Afin de garantir que la qualité des services dispensés par les cabinets atteint le niveau requis, et dans le cadre de services de conseil prodigués aux médecins créant un nouveau cabinet, le contrôle de validité pourrait être rendu obligatoire. Les coûts supplémentaires pourraient être couverts par une contribution dont s'acquitteraient les personnes concernées par la procédure.

#### Publication et suivi

**259** Le rapport a été transmis au Parlement autrichien, au ministre de la santé et au chancelier autrichien en juillet 2018 et publié en même temps sur le site internet de l'ISC d'Autriche. Il a été présenté à la commission des comptes publics du Parlement autrichien en novembre 2018 et examiné au Parlement autrichien en janvier 2019. L'ISC d'Autriche entend s'enquérir de l'état de la mise en œuvre des recommandations en 2019 et publier les résultats obtenus sur son site internet à la fin de la même année. Selon les résultats qu'elle obtiendra, un audit de suivi pourra être réalisé: il donnerait lieu à des contrôles sur place et à un rapport distinct.

#### Impact escompté

**260** Cet audit ayant consisté à examiner les activités entreprises et à évaluer leur efficacité, il devrait contribuer à l'amélioration de la gestion de la qualité des résultats. Il

intervient à un moment propice pour encourager des changements organisationnels et procéduraux et contribuer à un ciblage et à une hiérarchisation adéquats des fonds et des ressources nécessaires en période de contrainte budgétaire.



#### Danemark *Rigsrevisionen*

Rapport sur les différences dans la qualité des soins  
entre les hôpitaux danois

#### Présentation générale

**261** L'audit de l'ISC du Danemark a visé à déterminer s'il existait des différences dans la qualité des soins entre les hôpitaux danois et, le cas échéant, à les analyser. L'audit a porté sur la période 2007-2016.

**262** La loi danoise sur la santé dispose que tous les patients doivent bénéficier d'un accès aisé et égal à des soins de qualité. Le ministère de la santé et les régions se sont intéressés aux disparités géographiques dans la qualité des soins à l'occasion de diverses initiatives. Depuis 2012, un suivi des données sur la qualité des soins est effectué dans le cadre du RKKP (*Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram*, programme danois de suivi de l'évolution de la qualité clinique au niveau des régions). Ce programme permet de vérifier si les soins reçus par les patients sont conformes aux lignes directrices sur les pratiques cliniques grâce à la collecte d'informations sur la qualité des soins dispensés dans les régions et sur les différences susceptibles d'exister d'une région ou d'un hôpital à l'autre.

#### Modalités de l'audit

**263** L'audit a porté sur la qualité des soins et sur les différences dans la prise en charge de quatre pathologies courantes: l'insuffisance cardiaque, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), l'accident vasculaire cérébral (AVC) et la fracture de la hanche. Ces pathologies ont été sélectionnées pour cette étude car elles touchent un grand nombre de patients et sont prises en charge dans la plupart des hôpitaux du pays. L'audit a visé à répondre aux questions suivantes:

- Le ministère de la santé et les régions ont-ils instauré des cadres qui garantissent de manière adéquate que tous les patients bénéficient de l'égalité d'accès à des soins hospitaliers de qualité et qui permettent aux régions et aux hôpitaux de repérer les



causes d'éventuelles disparités dans la qualité des soins d'un établissement à l'autre et de réduire les écarts injustifiés?

- Existe-t-il un manque de conformité injustifié entre les soins prodigués dans les hôpitaux aux patients atteints d'insuffisance cardiaque ou de BPCO, ou à ceux victimes d'un AVC ou d'une fracture de la hanche, et tous les indicateurs de processus pertinents (indicateurs de la qualité des soins)?

**264** Les principales entités auditées ont été le ministère danois de la santé et les cinq régions danoises. (Les services de santé constituent l'une des principales responsabilités dévolues aux régions danoises.)

**265** L'audit a été réalisé sur la base d'examens documentaires, d'entretiens et de l'analyse de registres.

#### Principales observations

**266** L'ISC du Danemark a formulé les observations ci-après.

- L'examen de l'ISC a montré qu'un nombre important de patients atteints d'insuffisance cardiaque ou victimes d'un AVC ou d'une fracture de la hanche n'avaient pas bénéficié de l'intégralité du protocole de soins recommandé. En outre, l'examen a révélé un manque d'uniformité dans la qualité des soins pour les quatre pathologies considérées. Les écarts ne pouvaient s'expliquer par des décisions professionnelles éclairées dictées par les circonstances ou les besoins et souhaits des patients.
- L'examen a indiqué que les différences au niveau des soins ont eu une incidence sur le risque de réhospitalisation ou de décès des patients. L'analyse des registres a également montré que la plupart des différences relatives aux réhospitalisations et aux décès étaient imputables à des facteurs indépendants de la volonté des personnels hospitaliers.
- Elle a aussi révélé que les soins administrés aux patients dont le pronostic était le plus défavorable étaient moins conformes aux indicateurs de processus pertinents (indicateurs de la qualité des soins) que ceux dispensés aux patients présentant les pronostics les plus favorables. Ce constat est valable pour les quatre pathologies considérées.

- Ainsi, l'analyse des registres a indiqué que, pour trois des quatre pathologies et pour les patients dont le pronostic était le plus défavorable, les différences dans la qualité des soins pourraient avoir une incidence sur leur risque de réhospitalisation ou de décès.
- L'étude a montré que le ministère et les régions assuraient un suivi des disparités géographiques dans la qualité des soins dispensés dans les hôpitaux et de leurs causes. Toutefois, l'organisation et le suivi de l'assurance de la qualité ne visaient pas spécifiquement à déterminer si les patients présentant des besoins thérapeutiques similaires, mais dans des contextes différents, avaient bénéficié de soins de qualité élevée. Cela signifie que le ministère et les régions ne disposaient d'aucune donnée sur les différences dans la qualité des soins dispensés aux patients dans des contextes différents, et qu'ils ignoraient l'incidence qu'une différence éventuelle pourrait avoir sur le risque de réhospitalisation ou de décès des patients.

### Recommandations

**267** L'ISC du Danemark a recommandé au ministère de la santé et aux régions d'évaluer régulièrement si le non-respect de tous les indicateurs de processus pertinents lors des prises en charge ne concernait que certains types de patients. Ces informations pourraient déboucher sur des mesures visant à améliorer la qualité des soins pour ces types de patients et, ainsi, contribuer à l'objectif du ministère et des régions de dispenser systématiquement des soins de qualité à tous les patients.

### Publication et suivi

**268** Le rapport a été présenté à la commission des comptes publics, qui a ensuite ajouté ses propres observations avant de solliciter une réponse du ministre de la santé.

**269** Il est accessible publiquement en ligne, et la commission des comptes publics s'est tenue à la disposition des journalistes pour répondre à leurs questions.

**270** Le rapport étant relativement récent (janvier 2019), l'ISC du Danemark attend la réaction du ministre et continuera à surveiller de près les suites données au rapport jusqu'à ce que des mesures satisfaisantes aient été mises en œuvre.

Impact escompté

**271** Il est trop tôt pour évaluer l'impact du rapport.



#### Irlande

##### *Office of the Comptroller and Auditor General*

La gestion de la chirurgie ambulatoire  
programmée

### Présentation générale

**272** L'audit mené par l'ISC d'Irlande a consisté à évaluer les progrès accomplis dans la transition d'une prise en charge en hospitalisation complète vers une prise en charge ambulatoire. L'objectif était de recenser les facteurs susceptibles de faciliter ou d'entraver cette transition et d'évaluer s'il était possible d'étendre le recours à la chirurgie ambulatoire. L'audit a porté sur les actes pratiqués en ambulatoire dans les hôpitaux publics de court séjour en Irlande sur la période 2006-2012.

### Modalités de l'audit

**273** L'audit a été centré sur une question principale: est-il possible de réduire le nombre d'hospitalisations en assurant une prise en charge ambulatoire des patients chaque fois que cela se justifie sur le plan médical?

**274** Pour répondre à cette question, l'ISC a examiné si:

- la direction des services de santé (*Health Service Executive, HSE*) avait analysé les causes des disparités au niveau des hôpitaux afin de dégager des pistes d'amélioration;
- les obstacles à l'amélioration des taux de chirurgie ambulatoire avaient été mis en évidence et levés;
- les processus appliqués par les hôpitaux/le HSE facilitaient le partage d'informations en vue de faire émerger des bonnes pratiques.

Les principales entités auditées ont été le HSE et le ministère de la santé.

L'examen a reposé principalement sur la collecte de données concernant la chirurgie ambulatoire, sur des entretiens menés avec des membres clés du personnel et sur une enquête réalisée auprès de tous les hôpitaux publics de court séjour relevant du HSE. Il a été

réalisé en coopération avec deux consultants médicaux établis au Royaume-Uni (un anesthésiste et un neurochirurgien).

#### Principales observations

**275** L'ISC d'Irlande a formulé les observations ci-après.

- La proportion d'interventions chirurgicales programmées pratiquées en ambulatoire a progressé régulièrement entre 2006 et 2012. Le nombre d'interventions chirurgicales programmées pratiquées dans les hôpitaux publics de court séjour a augmenté de 26 %, tandis que le taux de prise en charge ambulatoire pour ces interventions est passé de 55 % à 69 % sur la même période.
- La situation variait considérablement d'un hôpital à l'autre, ce qui indique que le taux de chirurgie ambulatoire pourrait être encore bien plus élevé dans certains établissements.
- Le nombre d'interventions chirurgicales ambulatoires programmées pour lesquelles aucun objectif n'a été fixé pratiquées dans des hôpitaux publics de court séjour a augmenté entre 2006 et 2012, mais le nombre d'interventions pour lesquelles aucun objectif n'a été fixé pratiquées avec une hospitalisation complète n'a pas diminué d'autant. Cela peut signifier qu'un nombre croissant d'interventions chirurgicales mineures sont effectuées dans le cadre d'une hospitalisation.
- Les critères utilisés par les praticiens hospitaliers pour décider d'orienter un patient vers une prise en charge ambulatoire ou une hospitalisation complète ne sont pas toujours clairs et uniformes en raison de l'absence de listes de vérification et de protocoles écrits. La direction n'est pas toujours en mesure de déterminer les raisons pour lesquelles les patients ont été considérés comme non éligibles à la chirurgie ambulatoire.
- L'absence de suivi ou de contrôle par l'encadrement supérieur du nombre de patients considérés comme non éligibles à la chirurgie ambulatoire empêche les hôpitaux de déterminer facilement quels médecins ou quelles spécialités présentent un faible taux de chirurgie ambulatoire, et d'en étudier les raisons.
- Un grand nombre d'hôpitaux n'effectuent pas d'évaluation préopératoire, malgré le rôle important qu'elle joue dans la détection de contre-indications à la chirurgie

ambulatoire pour certains patients. Moins de la moitié des hôpitaux consultés dans le cadre de l'enquête effectuent un suivi du taux d'annulation des interventions de chirurgie ambulatoire programmées.

- La responsabilité des sorties d'hôpital n'est confiée à des infirmiers que dans environ 50 % des cas, alors que des infirmiers ayant reçu une formation appropriée pourraient alléger la charge de travail des médecins. Peu d'informations sont fournies par écrit aux patients pris en charge en ambulatoire au moment de leur sortie.

### Recommandations

**276** L'ISC d'Irlande a formulé les recommandations ci-après.

- Le HSE devrait assurer un suivi des taux de chirurgie ambulatoire par établissement, par acte et par spécialité, afin de déterminer où le nombre d'interventions pratiquées en ambulatoire est faible pour un nombre d'actes élevé, et de concentrer les efforts sur l'amélioration de la performance dans ces situations. Les hôpitaux devraient fixer des objectifs spécifiques concernant les taux de chirurgie ambulatoire pour chaque praticien hospitalier. L'examen des évaluations des performances chirurgicales des praticiens hospitaliers devrait prendre en compte les taux de chirurgie ambulatoire.
- Afin d'optimiser les taux de chirurgie ambulatoire pour les interventions programmées, le HSE devrait fixer des objectifs appropriés distincts pour chaque acte chirurgical. Les objectifs généraux de chirurgie ambulatoire fixés pour chaque acte devraient être fondés sur les performances enregistrées par les hôpitaux les plus performants, et des objectifs plus ambitieux pourraient être fixés pour ceux qui figurent déjà parmi les meilleurs.
- Afin de veiller à ce que les hôpitaux s'attachent à accroître les taux de chirurgie ambulatoire pour toutes les interventions chirurgicales programmées, le HSE devrait revoir à la hausse le nombre d'actes pour lesquels il fixe des objectifs concernant les taux de chirurgie ambulatoire.
- Le HSE devrait effectuer un suivi des actes actuellement classés en ambulatoire afin de faire en sorte que tous les hôpitaux orientent les patients nécessitant une intervention chirurgicale vers le mode de prise en charge le plus approprié et le plus économique.

- Tous les hôpitaux devraient mettre en place des protocoles et des listes de vérification convenus au niveau local, qui définissent clairement les critères que doivent appliquer les praticiens hospitaliers lors de la sélection des patients éligibles à la chirurgie ambulatoire. Le HSE devrait superviser ce processus afin d'assurer la cohérence de l'approche des différents hôpitaux.
- Afin de mettre en évidence les secteurs où les taux de chirurgie ambulatoire sont faibles, la direction des hôpitaux devrait effectuer un suivi des taux de chirurgie ambulatoire par praticien hospitalier et par spécialité. Le HSE devrait chercher à obtenir des hôpitaux la confirmation que la question des faibles taux de chirurgie ambulatoire est régulièrement examinée avec les équipes cliniques concernées.
- Les hôpitaux devraient veiller à ce que des procédures d'évaluation préopératoire soient mises en place pour détecter à l'avance les patients qui ne sont pas éligibles à une chirurgie ambulatoire.
- Ils devraient également veiller à ce que des informations appropriées soient communiquées par écrit aux patients pris en charge en ambulatoire au moment de leur sortie. Les informations écrites devraient être claires, exhaustives et disponibles dans les langues adéquates. Le HSE devrait assister les hôpitaux dans cette tâche.
- Idéalement, l'évaluation à l'issue de laquelle le patient est autorisé ou non à sortir devrait être réalisée par des infirmiers sur la base de critères prédéfinis.

#### Publication et suivi

**277** Le rapport a été présenté à la commission des comptes publics du Dáil Éireann (Parlement irlandais). Il a été publié le 19 août 2014 sur le site internet de l'ISC d'Irlande. Il était accompagné d'un communiqué de presse. Le HSE a accepté de mettre en œuvre les recommandations tirées de cet audit. L'impact que cette démarche aura sur l'efficacité et le coût des interventions chirurgicales programmées ou sur la qualité du service fourni aux patients reste encore à déterminer.

#### Impact escompté

**278** La possibilité, pour le HSE, de générer des gains d'efficience sur le plan opérationnel et en matière de coûts dans le cadre des interventions chirurgicales programmées en ambulatoire.



## TROISIÈME PARTIE – Les rapports des ISC en un coup d'œil

109

### Nouvelles technologies et santé en ligne



#### Bulgarie

*Сметна палата на Република*

*България*

La santé en ligne

### Présentation générale

**279** L'audit de l'ISC de Bulgarie a consisté à évaluer si la santé en ligne avait été déployée efficacement en Bulgarie. L'audit a porté sur la période allant du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 30 juin 2016.

**280** La Bulgarie a initié le déploiement de la santé en ligne en 2006 et celle-ci figure parmi les priorités énoncées dans les stratégies et les plans du gouvernement. En 2016, aucun système d'information adéquat dans le domaine de la santé qui 1) fournisse les informations requises pour les processus décisionnels et 2) permette les échanges transfrontaliers de données de santé n'avait encore été déployé.

### Modalités de l'audit

**281** La question d'audit principale était «La santé en ligne a-t-elle été déployée efficacement en Bulgarie?».

**282** L'ISC s'est également penchée sur deux sous-questions:

- Les conditions préalables à la mise en place et au déploiement de la santé en ligne ont-elles été réunies?
- Les objectifs de mise en place et de déploiement de la santé en ligne ont-ils été atteints?

**283** Les principales entités auditées ont été le ministère de la santé, la caisse nationale d'assurance maladie (*National Health Insurance Fund, NHIF*) et le centre national de santé publique et d'analyse (*National Center of Public Health and Analysis, NCPHA*).

**284** Des méthodes classiques de collecte et d'analyse de données ont été utilisées pour atteindre les objectifs de l'audit, notamment un examen documentaire, des entretiens avec des fonctionnaires du ministère de la santé, du NCPHA et du NHIF, ainsi que des études de cas.

**285** L'exactitude et l'intégrité des dossiers de santé informatisés ont été évaluées au moyen d'un outil d'«enquête mystère». L'ISC de Bulgarie a pris des mesures particulières pour protéger les données à caractère personnel des participants. La satisfaction et le niveau d'information des citoyens ont été mesurés au moyen de sondages d'opinion réalisés par un institut spécialisé.

#### Principales observations

**286** Les conditions préalables nécessaires à la mise en œuvre efficace de la santé en ligne n'avaient pas été réunies:

- aucun cadre réglementaire n'avait été mis en place pour la santé en ligne et ses composantes;
- la planification opérationnelle et la répartition des objectifs stratégiques, des mesures et des activités au niveau du ministère de la santé, du NCPHA et du NHIF présentaient des faiblesses;
- le déploiement de la santé en ligne s'était opéré dans un contexte marqué par des changements structurels très fréquents et par une forte rotation du personnel, tant au niveau de l'encadrement supérieur qu'à celui des experts, ce qui a eu un impact très négatif sur la traçabilité du processus et la réalisation des objectifs;
- en ce qui concerne la mise en place de la santé en ligne, les responsabilités étaient mal ou insuffisamment réparties;
- aucun système efficace de coordination et d'harmonisation des actions, des projets et des marchés publics entre les institutions n'avait été mis en place, ce qui a entraîné une utilisation inefficace des deniers publics et des retards dans la réalisation des priorités stratégiques.

**287** Au cours de la période examinée, la mise en place de la santé en ligne a pris du retard en Bulgarie, et les actions menées par les institutions ont pu être jugées inefficaces en raison des éléments ci-après.

- La construction du système n'était pas clairement structurée, et aucun plan n'avait été établi pour la mise à disposition des ressources financières nécessaires. En outre, les fonctionnalités et les projets des différentes institutions ont parfois fait doublon.
- Au 30 juin 2016, aucune norme nationale en matière d'information sur la santé ni aucune documentation médicale n'avaient été élaborées et approuvées aux fins du traitement et des échanges électroniques d'informations médicales et de santé.
- Aucun système d'information adéquat et intégré dans le domaine de la santé n'était encore en place.
- Les registres et les systèmes d'information sur les soins de santé n'étaient pas intégrés et les échanges de données en temps réel entre ces derniers n'étaient pas opérationnels.
- Près de 10 ans après la reconnaissance en tant que priorité stratégique de la nécessité de mettre en place l'orientation électronique des patients, les ordonnances électroniques et d'autres logiciels de partage de données en temps réel, aucun de ces éléments n'avait été développé.
- Au 30 juin 2016, aucun dossier de santé informatisé complet n'avait été créé en vue de fournir aux citoyens et aux professionnels de santé les informations nécessaires pour prendre les décisions adéquates dans le cadre du processus de diagnostic, de traitement et de réadaptation.
- À la fin de la période considérée, il n'existait pas de portail national de santé opérationnel qui puisse servir de point d'accès unique aux services de santé en ligne et qui fournisse des informations importantes, notamment sur la prévention en matière de santé et l'éducation à la santé.
- Les résultats de l'enquête menée auprès des représentants nationaux ont confirmé que les actions visant à mettre en œuvre la santé en ligne avaient été inefficaces.

#### Recommandations

**288** Vingt recommandations ont été adressées au ministre de la santé en vue d'améliorer:

- le cadre réglementaire et la fixation des responsabilités;
- l'organisation globale de la planification et de la mise en œuvre des mesures;
- le système de coordination, de suivi et de vérification de la mise en œuvre.

**289** Sept recommandations ont été adressées au directeur du NHIF en ce qui concerne l'échange de données automatisé en temps réel et l'amélioration des systèmes d'information.

#### Publication et suivi

**290** Le rapport a été présenté à la commission du budget et des finances ainsi qu'à la commission de la santé du Parlement bulgare. Accompagné d'un communiqué de presse, il a été publié par voie électronique sur le site internet de l'ISC le 28 juillet 2017.

**291** Le rapport d'audit a aussi été présenté au grand public dans les différents médias bulgares: presse écrite, chaînes de radio et de télévision nationales, agences de presse et médias électroniques.

**292** La procédure habituelle prévoit la réalisation d'un suivi du rapport après la date limite de mise en œuvre des recommandations.

#### Impact escompté

**293** Le déploiement de la santé en ligne est un processus complexe et coûteux. En gardant cette donnée à l'esprit, l'impact escompté de l'audit est le suivant:

- une amélioration de l'environnement réglementaire;
- l'élaboration, avec toutes les parties prenantes, d'un programme clair sous-tendant le déploiement de la santé en ligne;

- une meilleure coordination afin d'éliminer le risque d'utilisation inefficace des deniers publics;
- une réaction urgente des institutions concernées afin que soient mises en œuvre les principales mesures publiques, telles que les dossiers de santé informatisés, les ordonnances électroniques, l'orientation électronique des patients, le portail national de santé et le système national d'information dans le domaine de la santé.



#### Estonie *Riigikontroll*

Le rôle de l'État dans la mise en œuvre du système de santé en ligne

### Présentation générale

**294** L'audit de l'ISC d'Estonie a consisté à évaluer la mise en œuvre du système national d'information dans le domaine de la santé en ligne.

**295** En Estonie, les premiers projets en matière de santé en ligne ont été élaborés en 2004. Le gouvernement a approuvé en 2005 le plan de développement du système estonien d'information dans le domaine de la santé pour la période 2005-2008. La Fondation estonienne pour la santé en ligne a été créée en novembre 2005. Le système d'information dans le domaine de la santé aurait dû être pleinement opérationnel en 2013. Pourtant, à cette date, le dossier de santé informatisé (la base de données qui centralise les données de santé) n'avait été que partiellement mis en place, les prestataires de soins de santé (les principaux utilisateurs des services de santé en ligne) n'étaient pas satisfaits du système et le budget initialement prévu avait été dépassé.

**296** L'audit a porté sur l'ensemble des activités menées de 2005 à 2012, c'est-à-dire depuis la création de la Fondation estonienne pour la santé en ligne.

### Modalités de l'audit

**297** Les questions d'audit principales étaient les suivantes:

- 1) Le système d'information dans le domaine de la santé en ligne a-t-il atteint ses objectifs et a-t-il été mis en œuvre comme prévu? Si non, pourquoi?
- 2) Les conditions préalables sont-elles réunies pour permettre au système actuel de santé en ligne d'atteindre un jour ses objectifs?

**298** Les principales entités auditées ont été le ministère des affaires sociales, la Fondation estonienne pour la santé en ligne, la caisse estonienne d'assurance maladie et l'autorité des systèmes d'information (ISA) de la République d'Estonie.

**299** La méthodologie d'audit a reposé sur l'analyse de documents et de rapports, sur une enquête auprès d'environ 200 médecins, sur l'analyse de données, sur l'observation des systèmes d'information dans le domaine de la santé en ligne (par exemple, leur fonctionnalité et l'interface utilisateur pour les médecins) en coopération avec des prestataires de services de santé, ainsi que sur des entretiens avec les entités auditées et des prestataires de soins de santé.

#### Principales observations

**300** L'ISC d'Estonie a constaté que les objectifs en matière de santé en ligne n'avaient pas été atteints. En effet:

- contrairement à ce qui était prévu initialement, les données contenues dans le système de santé en ligne ne pouvaient pas être utilisées pour produire des statistiques nationales, tenir des registres ou assurer une surveillance, et elles n'étaient pas utilisées activement par les médecins dans le cadre de la prise en charge des patients;
- les ordonnances électroniques étaient la seule solution électronique créée par l'État à être activement utilisée;
- l'utilisation du dossier de santé informatisé et du système de référencement électronique de l'imagerie médicale a été modeste et le système de prise de rendez-vous en ligne, bien qu'opérationnel depuis cinq ans, n'avait pas été lancé;
- la santé en ligne n'avait pas été confiée à un gestionnaire stratégique qui aurait défendu les intérêts de l'État, ce qui a retardé la mise en œuvre;
- la création et la mise en œuvre de la santé en ligne avaient été bien plus onéreuses que prévu et les moyens financiers encore nécessaires restaient inconnus;
- la santé en ligne n'avait pas permis à la caisse d'assurance maladie de réaliser des économies, ni d'optimiser le temps de travail des médecins;



- les institutions publiques ne tiraient pas encore profit des données du système de santé en ligne, car celles-ci étaient trop peu nombreuses ou de mauvaise qualité. Les prestataires de services de santé étaient tenus d'enregistrer les dossiers médicaux dans le système de santé en ligne, mais cela n'était pas fait systématiquement, et de nombreuses données n'étaient pas enregistrées du tout.

**301** L'ISC a constaté que le démarrage timide de la santé en ligne était imputable aux actions mal ciblées et mal coordonnées du ministère des affaires sociales en sa qualité de gestionnaire stratégique chargé de l'élaboration et de la mise en œuvre de la santé en ligne. Elle en a conclu que la réussite de la santé en ligne était tributaire du renforcement du rôle de chef de file du ministère des affaires sociales.

#### Recommandations

**302** L'ISC d'Estonie a formulé un certain nombre de recommandations, dont les principales sont énumérées ci-après.

- Déterminer les intérêts de l'État dans la mise en œuvre de la santé en ligne, puis définir les tâches à confier au ministère des affaires sociales et à la Fondation estonienne pour la santé en ligne.
- Achever et concrétiser les projets de santé en ligne qui ont déjà commencé (surtout le système de prise de rendez-vous en ligne et le dossier de santé informatisé) avant de proposer de créer de nouveaux services.
- Avec effet immédiat, contraindre les prestataires de services de santé à commencer à utiliser le système d'information dans le domaine de la santé en ligne et, le cas échéant, à conditionner le paiement des services à l'utilisation du système.
- Améliorer la convivialité du système de santé en ligne en coopération avec la Fondation estonienne pour la santé en ligne.

#### Publication et suivi

**303** Le rapport a été présenté aux entités auditées ainsi qu'à la commission des affaires sociales et à la commission spéciale chargée du contrôle du budget de l'État du Parlement.

**304** Accompagné d'un communiqué de presse, le rapport a été publié sur le site internet de l'ISC. Un jour avant la publication, un point de presse a été organisé au siège de l'ISC.

**305** Le 10 février 2014, la commission spéciale chargée du contrôle du budget de l'État du Parlement a tenu une réunion ouverte à laquelle ont participé les principales parties prenantes du système de santé en ligne et l'ISC. La réunion a été retransmise en direct sur le site internet du Parlement et sur un grand site d'information. L'ISC a également rédigé un article sur les principales observations tirées de son audit, qui a été publié dans un grand quotidien national.

**306** Le rapport a fait l'objet d'un suivi réalisé d'avril à septembre 2019. Ce suivi a permis de constater que de grands progrès avaient été accomplis dans le déploiement du système de santé en ligne au cours des cinq dernières années. En plus des ordonnances électroniques, l'imagerie numérique et le portail patients ont été mis en place. En outre, le système national de prise de rendez-vous médicaux en ligne a été lancé en août 2019. Toutefois, plusieurs goulets d'étranglement importants subsistent. Par exemple, la convivialité du dossier de santé informatisé n'ayant pas été améliorée à ce jour, les professionnels de santé ne peuvent accéder rapidement à toutes les informations nécessaires pour fournir en temps opportun un service de grande qualité au patient. En outre, le système «e-ambulance» (géolocalisation de l'appel téléphonique aux services d'urgence et accès au dossier de santé informatisé du patient) doit être amélioré afin de garantir la circulation efficace des informations entre les ambulances et les hôpitaux pour que les patients puissent être pris en charge le plus rapidement possible. De plus, les statistiques et les capacités d'analyse du système de santé en ligne conçues pour permettre d'évaluer la qualité des services de soins de santé doivent être améliorées.

#### Impact escompté

**307** L'audit devrait, en principe, encourager le ministère des affaires sociales à remplir son rôle de chef de file stratégique pour le système de santé en ligne et à définir les intérêts de l'État dans la mise en œuvre de la santé en ligne. Il importe que le ministère veille à l'intégration de la planification stratégique et financière, car l'audit a montré qu'à l'époque, il n'existait aucune vue d'ensemble du coût d'achèvement et de mise en œuvre des projets de santé en ligne. Dans l'ensemble, le rapport d'audit devrait contribuer au développement du système de santé en ligne de manière à ce que son potentiel pour les prestataires de soins de santé, les patients et l'État soit pleinement exploité.



#### Lettonie *Valsts Kontrole*

Le projet «La santé en ligne en Lettonie»  
constitue-t-il un pas dans la bonne direction?

#### Présentation générale

**308** L'audit de l'ISC de Lettonie a consisté à évaluer si les activités du ministère de la santé et du service national de santé étaient efficaces, productives et axées sur la réalisation des objectifs de la mise en place de la santé en ligne, et si les investissements en la matière en Lettonie étaient utilisés de manière rentable et productive. L'audit a porté sur la période allant du 1<sup>er</sup> janvier 2007 au 1<sup>er</sup> avril 2015.

**309** La mise en place de la santé en ligne devait être achevée pour la fin 2015. Sur neuf ans, 14,5 millions d'euros avaient été investis sans qu'aucun service de santé en ligne n'ait été mis à disposition des utilisateurs. Entre-temps, au 1<sup>er</sup> janvier 2016, l'utilisation du système d'information dans le domaine de la santé en ligne a été rendue obligatoire pour tous les prestataires de soins de santé (soins ambulatoires et hospitaliers, prises de rendez-vous électroniques, orientation électronique des patients vers les différents examens ou soins, ordonnances électroniques et certificats médicaux électroniques pour les congés de maladie).

#### Modalités de l'audit

**310** La question d'audit principale était la suivante: La manière dont la santé en ligne a été mise en place lui permettra-t-elle d'atteindre son objectif consistant à promouvoir des soins de santé plus efficaces?

**311** Pour répondre à cette question, l'ISC a examiné:

- si le système de santé en ligne permettrait de résoudre les problèmes et d'atteindre les objectifs;

- si les activités menées par le service national de santé dans le cadre de la mise en place de la santé en ligne étaient propices à la réalisation des objectifs;
- si le nouveau système d'information dans le domaine de la santé en ligne garantissait la sécurité de l'information et la protection des données à caractère personnel;
- si une supervision et des contrôles efficaces du projet «La santé en ligne en Lettonie» avaient été mis en place.

**312** Les principales entités auditées ont été le ministère de la santé et son institution subordonnée, le service national de santé, qui était responsable du déploiement de la santé en ligne.

**313** La méthodologie d'audit a reposé sur une analyse de la législation et de la réglementation externes, sur une évaluation de la politique mise en œuvre par le ministère de la santé et sur une évaluation de la conformité du système de santé en ligne avec les exigences relatives à la sécurité des données et à la protection des données à caractère personnel (des patients), ainsi que sur des enquêtes, sur un examen documentaire et sur des entretiens avec des fonctionnaires du ministère de la santé et du service national de santé.

#### Principales observations

**314** Le projet mis en œuvre par le ministère de la santé constitue un pas dans la bonne direction pour améliorer l'efficacité de la prestation de services de soins de santé. Il permettra aux patients d'exercer un meilleur contrôle sur leur santé en les encourageant à cultiver un mode de vie sain; il fournira également une base plus solide pour étayer la prise de décision, accélérera les services dans le secteur des soins de santé et garantira la qualité et l'accessibilité des informations.

**315** Néanmoins, la mise en œuvre de la politique élaborée par le ministère de la santé dans le domaine de la santé en ligne n'a pas eu la portée prévue et n'a pas respecté le calendrier initial. Par conséquent, l'objectif d'amélioration de l'efficacité des services de soins de santé n'a donc été atteint que partiellement.

**316** Des défaillances (erreurs) importantes sont apparues dès le début de la mise en œuvre du projet de santé en ligne: aucun expert du secteur n'a été invité à participer au

projet, des changements multiples ont eu lieu au sein de l'institution mettant en œuvre le projet et une gestion inefficace de ce dernier a été constatée; enfin, le projet n'avait pas fait l'objet d'une supervision adéquate.

- Le ministère de la santé avait certes élaboré un document de planification pour la mise en place de la santé en ligne, mais il n'avait pas été mis à jour pendant neuf ans (à partir de 2007) et il ne reflétait pas la situation réelle.
- Neuf ans après le début du projet de santé en ligne (2007) et malgré l'investissement de 14,5 millions d'euros consenti par le ministère de la santé, au 1<sup>er</sup> avril 2015, le système d'information dans le domaine de la santé et les services en ligne prévus n'étaient pas accessibles aux utilisateurs.
- Le système de santé en ligne risquait de ne pas emporter suffisamment l'adhésion de la population et des prestataires de soins de santé, car il n'était pas convivial ni accessible à tous les utilisateurs potentiels.
- Au 1<sup>er</sup> avril 2015, le système d'information dans le domaine de la santé en ligne n'était pas opérationnel du point de vue de la sécurité des données et de la protection des données à caractère personnel.
- La supervision et les contrôles de la mise en œuvre du projet de santé en ligne, réalisés par le ministère de la santé, n'étaient pas suffisamment efficaces.

### Recommandations

**317** L'ISC de Lettonie a formulé un certain nombre de recommandations. Dans sa principale recommandation, elle a conseillé au ministère de la santé de modifier la date de début de l'utilisation obligatoire des systèmes d'information dans le domaine de la santé en ligne fixée dans le règlement afin de se donner une marge pour résoudre les défaillances constatées, et de définir un délai raisonnable – au moins six mois – pour permettre aux parties prenantes d'intégrer le système d'information sur la santé en ligne sur une base volontaire.

**318** Afin que le lancement du système d'information dans le domaine de la santé en ligne se déroule dans de bonnes conditions, l'ISC a recommandé au ministère de la santé:

- o de tester à plusieurs reprises toutes les solutions mises au point en matière de santé en ligne à l'aune des exigences fixées dans les spécifications techniques, afin d'obtenir l'assurance que le système fonctionne, qu'il est interopérable avec d'autres systèmes et que sa compatibilité sémantique est garantie;
- o de remédier à toutes les défaillances et imperfections liées à la sécurité des données et à la protection des données des personnes physiques;
- o d'élaborer un plan d'activités associant tous les prestataires de soins de santé utilisant le système d'information dans le domaine de la santé en ligne, afin d'améliorer l'efficacité des soins;
- o une fois le système d'information dans le domaine de la santé en ligne lancé et les prestataires de soins de santé en mesure de l'intégrer librement, d'organiser une campagne d'information ciblée pour le promouvoir.

#### Publication et suivi

**319** Le rapport a été présenté à la commission des dépenses publiques et de l'audit du Parlement. Il a été publié sur le site internet de l'ISC de Lettonie le 8 septembre 2015. Sa publication a été accompagnée d'une conférence et d'un communiqué de presse.

**320** Le ministère de la santé doit tenir l'ISC de Lettonie informée de la mise en œuvre des recommandations selon le calendrier convenu. Après réception de ces informations, l'ISC de Lettonie évalue les progrès accomplis par le ministère de la santé. En 2019, le ministère de la santé avait mis en œuvre 70 % de l'ensemble des recommandations.

#### Impact escompté

**321** Étant donné que l'audit a été réalisé à un moment où l'utilisation du système d'information dans le domaine de la santé en ligne n'était pas encore obligatoire et où la mise en place du système était encore en cours, toutes les recommandations d'audit étaient destinées à améliorer le processus de mise en œuvre et, à terme, à garantir la bonne

utilisation du système de santé en ligne par toutes les parties prenantes, et ce en vue d'améliorer l'efficacité de la prestation de services de soins de santé. Depuis 2016, le système d'information dans le domaine de la santé et les services en ligne ont été mis progressivement à la disposition des utilisateurs. Selon les statistiques, les services de santé en ligne les plus utilisés sont les certificats médicaux électroniques pour les congés de maladie et les ordonnances électroniques: en 2018, 1 million de certificats médicaux électroniques et 11,7 millions d'ordonnances électroniques ont ainsi été établis.

## TROISIÈME PARTIE – Les rapports des ISC en un coup d'œil

124

### Viabilité budgétaire et autres aspects financiers





#### Espagne

##### *Tribunal de Cuentas*

La gestion et le contrôle des prestations pharmaceutiques par la Mutuelle générale des fonctionnaires d'État espagnols (Muface)

### Présentation générale

**322** L'audit de l'ISC d'Espagne a consisté à évaluer la gestion et le contrôle des prestations pharmaceutiques par la Mutuelle générale des fonctionnaires d'État espagnols (Muface). Il a porté sur l'exercice 2015.

**323** La Muface compte de nombreux assurés ayant droit à des prestations pharmaceutiques et elle traite un grand nombre de paiements, pour des montants élevés. En outre, de nombreuses entités privées interviennent dans la procédure. Des défaillances et des paiements indus ont été détectés en rapport avec des prestations pharmaceutiques financées par d'autres organismes similaires, dont la gestion avait déjà été examinée.

### Modalités de l'audit

**324** Le principal objectif de l'audit était de vérifier si la facturation et le paiement des prestations pharmaceutiques aux pharmacies et aux hôpitaux étaient conformes à la réglementation en vigueur et aux principes de bonne gestion financière.

**325** Les objectifs spécifiques étaient: d'une part, d'analyser si les procédures mises en œuvre par la Muface pour vérifier la facturation et le paiement des prestations pharmaceutiques aux pharmacies et aux hôpitaux étaient conformes à la réglementation et aux principes susmentionnés; d'autre part, de déterminer si le financement des prescriptions médicales par la Muface était conforme à la réglementation applicable et à l'accord signé avec le conseil général espagnol des collèges des pharmaciens.

**326** La principale entité auditée a été la Muface, un organisme autonome placé sous la tutelle du ministère de la politique territoriale et de la fonction publique.

**327** L'analyse a reposé à la fois sur des examens documentaires, des entretiens, des échantillonnages et l'analyse de données dans le cadre de missions sur le terrain. Des bases de données et des dossiers de paiement établis au nom de bénéficiaires de prestations pharmaceutiques ont été analysés, et des vérifications et des contrôles ont été effectués sur l'application informatique utilisée pour la gestion des dossiers de prestations pharmaceutiques.

#### Principales observations

**328** L'ISC d'Espagne a formulé les observations ci-après.

- Les limites fixées par la Muface pour le contrôle de la consommation de psychotropes étaient les mêmes pour tous les principes actifs, quelles que soient les doses maximales recommandées pour chaque type de médicament par l'Agence espagnole des médicaments et des dispositifs médicaux.
- Le système d'alerte mis en place pour limiter la délivrance de formulaires de prescription aux assurés ayant une consommation excessive de médicaments présentait plusieurs défaillances (manque d'instructions, absence d'alertes concernant les mutualistes décédés, ceux qui n'avaient jamais payé de cotisations ou qui ne l'avaient pas fait depuis un certain temps, ou ceux ayant une consommation excessive de médicaments).
- La procédure de paiement pour les prestations pharmaceutiques décentralisées ne correspondait à aucun des trois types prévus par la loi budgétaire espagnole n° 47/2003 du 26 novembre 2003.
- Des doublons de factures ont été détectés, pour un montant de 55 998 euros.
- En raison du dépassement des plafonds de dépenses pour 2015 pour certains médicaments, le montant restant à déduire au 31 décembre 2016 s'élevait à 329 988 euros.
- Il ressortait des dossiers concernant les médicaments utilisés pour le traitement de l'hépatite C financés par la Muface que le prix correspondant avait été payé, mais que les hôpitaux n'avaient généralement pas appliqué la déduction de 7,5 % prévue par l'article 9 du décret-loi royal espagnol 8/2010.

#### Recommandations

**329** L'ISC d'Espagne a formulé les recommandations ci-après:

- renforcer les contrôles, en effectuant régulièrement des contrôles croisés entre les bases de données de la Muface et celles de l'administration fiscale espagnole (vérification du niveau de revenu) et de l'institut national de sécurité sociale espagnol (vérification de l'affiliation);
- encourager la mise en place du système d'ordonnances électroniques, afin de pouvoir exercer un meilleur contrôle des médecins qui prescrivent les médicaments ainsi que d'autres conditions de validité et de délivrance de ces médicaments;
- adopter des mesures appropriées pour la bonne gestion des formulaires de prescription, leur production et leur distribution, ainsi que pour les contrôles des stocks;
- adapter les instructions relatives au régime de prestations pharmaceutiques à la procédure réelle de traitement de ces prestations, remédier aux défaillances actuelles du système d'alerte sur la consommation de médicaments, améliorer et étendre les contrôles mis en place à cet effet et fixer des limites de consommation en fonction du principe actif de chaque médicament;
- mettre en place des mesures visant à recouvrer les montants indûment perçus par les hôpitaux pour le financement des médicaments administrés dans le cadre du traitement de l'hépatite C, et adopter des mesures appropriées pour contraindre les hôpitaux à appliquer la déduction de 7,5 % lors de la facturation des médicaments délivrés en milieu hospitalier;
- modifier, pour les médicaments délivrés en milieu hospitalier, la procédure de gestion des paiements réalisés à partir de comptes bancaires de la Muface.

#### Publication et suivi

**330** L'avant-projet de rapport a été envoyé à la Muface pour commentaires. Le rapport d'audit final a été présenté à la commission parlementaire le 16 novembre 2017.

**331** Il est disponible sur le site internet de l'ISC d'Espagne depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2017. Un communiqué de presse résumant les principales conclusions et recommandations a été publié le 16 octobre 2017. La résolution de la commission parlementaire du 23 novembre 2017 a été publiée au Journal officiel le 26 février 2018.

**332** Un suivi des recommandations formulées dans le rapport sera effectué soit dans le cadre d'un rapport de suivi spécifique, soit à l'occasion de nouvelles activités d'audit liées à cette entité. Aucune mesure de suivi n'a été prise jusqu'à présent, trop peu de temps s'étant écoulé depuis l'adoption du rapport.

#### Impact escompté

**333** Le directeur général de la Muface a informé l'ISC d'Espagne, le 27 mars 2018, de la mise en œuvre de plusieurs modifications organisationnelles, procédurales et réglementaires:

- la modification de l'accord sur les soins de santé;
- la modification de la résolution sur la délégation d'activités du 23 mai 2012;
- la modification des règles comptables spécifiques à la Muface en matière de dépenses, de paiements, de contrôle financier et de comptabilité;
- le renforcement des contrôles, la réalisation de contrôles croisés réguliers entre les bases de données d'assurés, notamment en ce qui concerne les bénéficiaires et les ayants droit;
- la mise en place prévue en 2018 d'une application informatique spécifique pour la gestion des paiements des médicaments;
- la prise de mesures visant à recouvrer les montants indûment perçus par les hôpitaux pour le financement des médicaments administrés dans le cadre du traitement de l'hépatite C;

la mise en place du système d'ordonnances électroniques, l'amélioration des contrôles visant à détecter et à prévenir la consommation excessive de médicaments, et l'adoption de mesures appropriées pour la bonne gestion des formulaires de prescription.



#### Finlande

#### *Valtiontalouden Tarkastusvirasto*

#### Les projections d'évolution des dépenses de sécurité sociale

### Présentation générale

**334** L'audit de l'ISC de Finlande a consisté à évaluer la fiabilité des projections d'évolution des dépenses de sécurité sociale. Ces projections servent de base aux décisions politiques et aux estimations de la viabilité économique.

**335** L'audit a principalement porté sur l'utilisation du modèle macroéconomique pour les projections des dépenses de sécurité sociale. Le modèle a été révisé au cours des années 2007-2009 et l'audit a essentiellement concerné la période postérieure à 2010. Il a porté sur les projections d'évolution à long terme des dépenses de sécurité sociale, qui guident la prise de décisions en matière de politique sociale et de santé. Certaines projections ont été élaborées au sein du ministère des affaires sociales et de la santé à l'aide du modèle d'analyse des dépenses de sécurité sociale (modèle SOME).

### Modalités de l'audit

**336** La question d'audit principale était la suivante: Quelle est la fiabilité des projections d'évolution des dépenses de sécurité sociale, qui guident la prise de décisions politiques et servent de base aux estimations de la viabilité économique?

**337** L'ISC a décomposé cette question principale en plusieurs sous-questions:

- 1) Quels sont les types de projections ou de prévisions concernant l'évolution des dépenses de sécurité sociale établies pour faciliter la prise de décision?
  - a) Qu'est-ce qui les différencie?
  - b) Comment sont-elles utilisées dans les processus décisionnels?

- c) Quel est le rôle des prévisions démographiques établies par *Statistics Finland* dans ces projections?
- d) Quelle est la nature de la coopération qui existe entre les autorités qui établissent les projections et celles qui les utilisent?
- 2) Le ministère des affaires sociales et de la santé a-t-il la capacité de faire évoluer le modèle en fonction de la demande?
  - a) Jusqu'à quel point le modèle peut-il évoluer?
  - b) Le ministère dispose-t-il des ressources et des compétences suffisantes pour faire évoluer le modèle?
- 3) L'élaboration de politiques repose-t-elle sur des méthodes ouvertes et transparentes en ce qui concerne les projections d'évolution des dépenses de sécurité sociale?
  - a) Comment les modèles et les hypothèses sous-jacentes sont-ils documentés?
  - b) Des analyses de sensibilité fondées sur des hypothèses sont-elles systématiquement réalisées et publiées?

**338** Les principales entités auditées ont été le ministère des affaires sociales et de la santé ainsi que le ministère des finances.

**339** Les éléments probants ont été obtenus grâce à une évaluation de la méthodologie utilisée par le ministère des affaires sociales et de la santé pour produire les projections et de la transparence du processus, à des entretiens avec des experts du ministère des affaires sociales et de la santé, du ministère des finances et d'autres institutions établissant des projections (l'institution finlandaise d'assurances sociales (Kela) et l'institut central d'assurance pensions de Finlande (ETK)), ainsi qu'à une comparaison et une analyse des méthodes du modèle SOME utilisées au sein du ministère des affaires sociales et de la santé avec celles utilisées pour l'établissement de projections par la Kela et l'ETK.

#### Principales observations

**340** L'ISC de Finlande a formulé les observations ci-après.

- Le modèle SOME s'est avéré être le plus complet pour l'établissement de projections d'évolution à long terme des dépenses de sécurité sociale. Le cadre comptable était clairement structuré et constituait une bonne base dans la perspective d'une future évolution.
- La description du modèle et le manuel technique étaient exhaustifs et détaillés. Toutefois, la description n'avait pas été mise à jour, alors qu'un certain nombre de modifications avaient été intégrées au modèle depuis son lancement.
- Des versions plus sophistiquées du modèle étaient nécessaires. Par exemple, la réforme du système social et de santé (réforme SOTE) a nécessité l'établissement de projections d'évolution des dépenses de sécurité sociale dans différentes régions.
- Le modèle SOME a joué un rôle central dans l'estimation de l'écart de viabilité par le ministère des finances, dans la mesure où il a servi de base aux estimations des dépenses liées au vieillissement de la population. Les projections d'évolution des dépenses liées au vieillissement de la population ont été élaborées conjointement par le ministère des affaires sociales et de la santé et le ministère des finances, de manière informelle. La répartition des responsabilités dans ce processus de coopération est restée floue, même si la responsabilité finale de l'estimation de l'écart de viabilité incombe au ministère des finances. La méthode appliquée pour estimer l'écart de viabilité pour les dépenses liées au vieillissement était décrite de manière générale et peu transparente.
- Les scénarios et les analyses de sensibilité produits avec le modèle SOME ne faisaient pas l'objet d'une publication régulière. La publication systématique des résultats pourrait donner lieu à un dialogue entre les experts, rendrait l'élaboration des politiques sociale et de santé ainsi que les estimations de l'écart de viabilité produites par le ministère des finances plus ouvertes et transparentes, et faciliterait l'évolution du modèle.
- Les ressources allouées au modèle SOME n'étaient pas nécessairement suffisantes pour le faire évoluer en fonction de la demande et d'une manière qui permettrait d'effectuer une analyse systématique des résultats.

#### Recommandations

**341** L'ISC de Finlande a formulé les recommandations ci-après.

- Le ministère des affaires sociales et de la santé devrait veiller à ce que le manuel technique du modèle SOME soit mis à jour. Les rapports sur les calculs des scénarios réalisés avec le modèle SOME et contenant des analyses de sensibilité devraient également être publiés régulièrement.
- Les évolutions du modèle SOME réalisées par le ministère des affaires sociales et de la santé devraient tenir compte des nouveaux besoins en matière d'information découlant de la réforme SOTE. Le ministère devrait allouer des ressources suffisantes pour que des travaux de développement et des analyses régulières puissent être effectués, et veiller à une coopération suffisante entre ses experts et ceux des autres organisations qui établissent des projections d'évolution des dépenses de sécurité sociale et qui lui fournissent des informations.
- La coopération entre le ministère des affaires sociales et de la santé et le ministère des finances dans le cadre de l'élaboration de l'estimation de l'écart de viabilité, qui vise à déterminer les dépenses liées au vieillissement de la population, devrait être décrite de manière transparente. Le ministère des finances devrait établir une description détaillée et transparente de la méthodologie utilisée pour estimer l'écart de viabilité et intégrer une analyse de sensibilité dans ses rapports réguliers sur l'estimation de l'écart de viabilité, par exemple en ce qui concerne l'évolution des dépenses de sécurité sociale.
- Des analyses utilisant ce modèle pourraient également être utilisées plus fréquemment dans le cadre de la planification des politiques à court terme.

#### Publication et suivi

**342** Le rapport a été présenté aux entités auditées et à la commission de contrôle budgétaire du Parlement. Il a été publié sur le site internet de l'ISC le 16 janvier 2017. Il était accompagné d'un communiqué de presse.



**343** La procédure de suivi s'est déroulée comme prévu à l'automne 2018. Ce suivi a pris la forme d'un questionnaire envoyé aux entités auditées. Le rapport de suivi a été publié sur le site internet de l'ISC.

#### Impact escompté

**344** Le ministère des affaires sociales et de la santé, responsable du modèle SOME, devrait s'efforcer de faire évoluer le modèle, de documenter la méthodologie et de publier systématiquement les résultats des projections. Le ministère des finances devrait pour sa part améliorer la transparence de la méthodologie utilisée pour estimer la viabilité économique et de l'utilisation qui est faite du modèle SOME dans ce contexte.



#### Grèce

#### Ελεγκτικό Συνέδριο

Audit thématique horizontal sur les arriérés de l'État en ce qui concerne les hôpitaux, l'organisation nationale des services de santé (EOPYY) et une direction régionale de la santé

#### Présentation générale

**345** L'ISC de Grèce s'est penchée sur l'accumulation des arriérés de l'État.

**346** L'audit a porté sur la période allant du 31 décembre 2016 au 30 septembre 2017.

#### Modalités de l'audit

**347** Les questions d'audit principales étaient les suivantes:

- Les fonds du mécanisme européen de stabilité destinés à l'apurement des arriérés ont-ils été utilisés aux fins prévues?
- Pourquoi les arriérés continuent-ils à s'accumuler?

**348** Les principales entités auditées ont été six hôpitaux, l'organisation nationale des services de santé (EOPYY) et la direction régionale de la santé du premier district de l'Attique.

**349** Les éléments probants ont été principalement tirés d'entretiens, de lettres de validation à des tiers (fournisseurs), de contrôles sur place inopinés des livraisons de biens et de services, d'examens documentaires et d'une vérification de la légalité et de la régularité des documents et des procédures.

#### Principales observations

##### Passifs impayés – Arriérés

#### 350 L'audit a fait apparaître:

- des irrégularités dans la balance âgée des crédits en retard, ainsi que des pièces justificatives ou des documents de paiement incomplets en ce qui concerne les fournitures et les services;
- l'absence de mécanismes de contrôle du paiement des intérêts dus et des sanctions financières, ainsi que de registres concernant la situation des affaires portées devant les tribunaux;
- qu'un nombre important d'éléments de passif n'avaient pas été enregistrés ou l'avaient été de manière incorrecte dans le registre des engagements, ou qu'ils n'étaient pas comptabilisés dans les systèmes informatiques;
- que les systèmes informatiques n'avaient pas permis d'exporter des données agrégées et des rapports analytiques spécifiques sur la compensation.

##### Programme d'apurement des arriérés

#### 351 L'ISC de Grèce a relevé:

- des cas de non-respect de la règle du «premier entré - premier sorti» (PEPS) et des délais fixés pour l'apurement des éléments de passif, des divergences entre les documents examinés et des défaillances dans la procédure de paiement. Les constatations relatives à la fiabilité des données et aux systèmes de communication d'informations concernaient principalement les systèmes d'enregistrement des éléments de passif;
- des divergences entre les systèmes de communication d'informations.

#### 352 L'audit visait également à repérer les sources de nouveaux arriérés. L'ISC a formulé les constatations ci-après.

- Elle constate un manque de liquidités imputable à des budgets irréalistes, l'application de plafonds de dépenses par le mécanisme européen de stabilité, des retards dans l'application des mécanismes de remises et de recouvrement, des retards dans la

perception des recettes et une réduction des créances concernées dans le cadre de régimes spécifiques.

- En raison de la complexité (et, dans certains cas, de l'imprécision) du cadre législatif régissant les procédures de marchés, les procédures d'appel d'offres n'ont pas toujours été menées à bien (du fait de l'excès de formalités administratives et du caractère restrictif du cadre législatif, qui ont entraîné d'innombrables adjudications et des retards de remboursement liés à des questions de droit), et un nombre important de pièces justificatives étaient requises pour l'apurement des arriérés.
- L'évaluation des résultats du programme d'apurement des arriérés a révélé que ce dernier n'avait pas atteint un degré de maturité suffisant et que, dans certains cas, la règle d'autofinancement, à savoir le paiement par les entités de leur propre passif au moyen de leurs propres ressources, n'avait pas été respectée.

### Recommandations

#### 353 L'ISC de Grèce recommande:

- de mettre à niveau les systèmes informatiques et leur prise en charge des budgets réguliers;
- d'utiliser ces systèmes pour extraire automatiquement tous les rapports nécessaires;
- de mettre à jour automatiquement le registre des engagements; d'y apporter des modifications et des améliorations spécifiques afin d'assurer la légalité et la régularité de l'enregistrement et du paiement des éléments de passif et des arriérés;
- d'appliquer la méthode du «premier entré - premier sorti» lors de l'apurement des éléments de passif; d'effectuer des rapprochements automatiques entre les paiements et les factures anciennes;
- de rendre pleinement opérationnelle la centrale d'achat nationale pour le secteur de la santé publique;
- de mettre en place des protocoles pour les différents actes médicaux, des contrôles internes des procédures administratives et de paiement liées à la passation de marchés, une codification et une classification unifiées, des spécifications techniques uniformes,

ainsi que des codes à barres et des registres communs pour les consommables, le matériel et l'équipement médical;

- d'améliorer la gestion des stocks;
- d'accélérer l'évaluation des offres dans les procédures d'attribution de marchés;
- de consolider et d'adopter un système informatique commun à tous les hôpitaux;
- d'utiliser des indicateurs, des indicateurs de performance clés (IPC), des référentiels, une comptabilité analytique et un système de comptabilité d'exercice;
- d'appliquer, en temps utile, le mécanisme de recouvrement aux prestataires de soins;
- d'élaborer des budgets réalistes;
- d'établir des règles internes de procédure, des contrôles internes par procédure et un manuel d'audit interne;
- d'améliorer le processus d'analyse des risques dans les hôpitaux; d'améliorer les compétences et l'affectation du personnel;
- d'accélérer les procédures d'apurement et de paiement;
- d'effectuer le versement des subventions publiques sur une base mensuelle.

#### Publication et suivi

**354** Les huit rapports ont tous été présentés au Parlement lors d'une réunion conjointe des commissions permanentes des affaires économiques et sociales en octobre 2018. Ils ont été publiés sur le site internet de l'ISC de Grèce. La présentation susmentionnée a été retransmise sur la chaîne de télévision du Parlement.

**355** Le suivi devait être effectué dans un délai d'un an.

#### Impact escompté

**356** Conformément à ses objectifs, cet audit horizontal devrait permettre de déterminer les causes des arriérés des administrations publiques et d'aider le gouvernement à élaborer

des stratégies pour remédier à ce problème ainsi qu'à institutionnaliser les réformes nécessaires pour éviter que d'autres arriérés n'apparaissent.



#### Hongrie

#### *Állami Számvevőszék*

Synthèse de l'expérience acquise  
dans le cadre d'audits des hôpitaux

### Présentation générale

**357** L'analyse de l'ISC de Hongrie résume l'expérience acquise dans le cadre d'audits des hôpitaux.

**358** Elle a porté sur la période allant de 2008 à 2016.

### Modalités de l'audit

**359** L'analyse était axée sur:

- l'exécution de leurs tâches par les organes directeurs;
- le système de contrôle interne des hôpitaux;
- la gestion financière des hôpitaux;
- la gestion des actifs des hôpitaux;
- l'application de l'approche en matière d'intégrité.

**360** Parmi les principales entités auditées figuraient 21 hôpitaux, le ministère des ressources humaines et le centre national des services de soins de santé.

**361** La méthodologie a reposé sur des examens documentaires, des évaluations comparatives et l'analyse de données (statistiques).

#### Principales observations

**362** L'ISC de Hongrie a formulé les observations ci-après.

- Les exigences de base pour la gestion des hôpitaux étaient fixées par les organes directeurs. Certaines des activités réalisées par l'organe directeur intermédiaire dans le cadre de procédures de marchés et de procédures d'approbation présentaient des irrégularités. Toutefois, les activités de contrôle des organes directeurs n'avaient pas conduit à une bonne gestion des hôpitaux.
- Les directeurs des hôpitaux ne s'étaient pas correctement attelés à la mise en place et à l'exploitation d'un système de contrôle interne approprié.
- Les irrégularités constatées dans la gestion financière des hôpitaux (liées à la planification, à la gestion des crédits et aux marchés publics) mettent en péril la transparence des dépenses publiques et l'obligation d'en rendre compte.
- Les exigences relatives à la gestion légale et transparente des actifs de l'État n'étaient satisfaites à aucune des étapes d'achat, d'installation, d'enregistrement et d'amortissement des actifs, ni lors du bilan des actifs et des passifs.
- L'approche en matière d'intégrité a été renforcée dans les hôpitaux, mais les contrôles à cet égard n'étaient pas pleinement efficaces, ce qui a entraîné des irrégularités dans la gestion financière.

#### Recommandations

**363** L'ISC a formulé, au total, 441 recommandations: 16 adressées au ministre, 21 à l'organe directeur intermédiaire et 404 aux directeurs des hôpitaux.

**364** Elles portaient sur plusieurs aspects:

- le système de contrôle interne;
- la gestion financière;
- la gestion des actifs;
- l'activité des organes directeurs.



#### Publication et suivi

**365** L'analyse a été présentée lors d'une conférence de presse en avril 2019 et publiée sur le site internet de l'ISC de Hongrie.

#### Impact escompté

**366** L'analyse devrait avoir un impact car elle met en évidence des domaines à risque. Elle pourrait amener les institutions à prendre davantage en compte le respect de la législation en matière de gestion et à aider d'autres institutions du secteur à garantir une bonne gestion et une exploitation régulière.



#### Italie

#### *Corte dei conti*

La mise en œuvre du programme spécial de rénovation et de modernisation technologique des biens immobiliers des institutions de santé publique

#### Présentation générale

**367** L'audit de l'ISC d'Italie a consisté à évaluer le programme spécial de rénovation et de modernisation technologique des biens immobiliers des institutions de santé publique.

**368** Il a porté sur la période 2012-2016.

**369** Le programme de rénovation et de modernisation technologique des bâtiments a été adopté dans le cadre de la loi n° 67/88 et la première phase a été achevée en 1996. L'ISC d'Italie avait déjà réalisé un audit et présenté le rapport correspondant en mai 2011.

#### Modalités de l'audit

**370** La question d'audit principale était la suivante:

- o Est-il possible de trouver un juste équilibre entre l'intérêt national à stabiliser les comptes et les priorités et besoins en matière de santé et de sécurité des structures?

**371** La principale entité auditée a été le ministère de la santé.

**372** L'examen a été réalisé sur la base d'éléments probants obtenus à la suite de demandes d'informations et de documents au ministère de la santé (direction générale de la planification de la santé), qui est responsable de la mise en œuvre du programme d'investissement dans les infrastructures.

#### Principales observations

**373** L'ISC d'Italie a formulé les observations ci-après.

- Le ministère de la santé n'avait pas encore établi le **document de planification pluriannuelle** prévu par le décret législatif n° 228/2011.
- La méthodologie dite «MexA» ne permettait pas de réaliser une véritable évaluation de l'efficacité des interventions.
- Le rapport annuel sur l'état d'avancement des travaux présenté par les régions au ministère de la santé ne permettait pas d'assurer le suivi de la mise en œuvre des projets. Le document concernant l'état d'avancement des travaux transmis chaque année par les régions ne suffit pas, car il ne donne pas une image fidèle de l'évolution réelle.
- Le partenariat public-privé n'a pas été exploité de manière efficiente, et les ressources privées étaient rares.

#### Recommandations

**374** L'ISC d'Italie a formulé les recommandations ci-après.

- Le ministère de la santé devrait adopter le document de planification pluriannuelle prévu par le décret législatif n° 228/2011.
- La méthodologie «MexA» devrait s'appliquer à la fois aux contrôles stratégiques et aux audits de la performance. L'évaluation des investissements publics devrait s'intégrer dans un système de contrôle de la gestion comprenant à la fois la fixation d'objectifs et l'évaluation des résultats obtenus.

**375** En outre, un partenariat public-privé devrait être mis en place afin de:

- permettre les interactions et relations entre le secteur public et le secteur privé;
- donner au projet une meilleure visibilité pour associer pleinement le partenaire privé au processus décisionnel;
- mieux gérer les risques liés aux projets.

**376** Par ailleurs, le ministère devrait privilégier les entreprises privées avec un horizon d'investissement à long terme et capables de financer des projets dès la phase initiale.

**377** Il est crucial de réorganiser et d'améliorer la collecte d'informations administratives et comptables sur les processus de gestion qui sous-tendent la mise en œuvre du programme.

**378** Le ministère de la santé devrait avoir connaissance de toute initiative prise par des entités locales relative à des infrastructures de santé financées par des ressources nationales ou européennes. En outre, il devrait mettre en place une base de données qui rassemblerait les informations nécessaires à l'amélioration des activités de planification et à l'optimisation des investissements.

#### Publication et suivi

##### Présentation du rapport:

**379** Le rapport a été présenté au Parlement, au ministère de l'économie et des finances, au ministère de la santé et aux régions de Vénétie, d'Émilie-Romagne et de Calabre.

**380** Il a été publié sur le site internet de l'ISC d'Italie le 9 avril 2018.

#### Impact escompté

**381** L'ISC d'Italie estime que l'audit devrait avoir l'impact suivant:

- o des modifications législatives visant à faciliter la rénovation et la modernisation technologique des biens immobiliers du secteur de la santé publique;
- o une meilleure évaluation des points critiques mis en évidence par les entités auditées en vue de l'élaboration de nouvelles solutions;
- o une attention accrue portée à la sécurité des bâtiments, notamment en ce qui concerne les matériaux parasismiques et ignifuges.



#### Luxembourg

#### Cour des comptes

#### Le financement public des investissements hospitaliers

### Présentation générale

**382** L'ISC du Luxembourg a examiné le financement public des investissements hospitaliers sur la période de 2011 à 2017.

### Modalités de l'audit

**383** L'audit avait pour objectif de vérifier si les obligations découlant du règlement grand-ducal fixant les modalités de la participation de l'État dans les investissements hospitaliers avaient été respectées. L'ISC a également analysé l'efficacité et la cohérence des mécanismes de contrôle mis en place par le ministère de la santé pour valider les demandes de remboursement introduites par les établissements hospitaliers.

**384** Les principales entités auditées ont été le ministère de la santé et un échantillon de bénéficiaires des participations de l'État.

**385** La méthodologie d'audit a notamment reposé sur des entretiens avec les entités auditées ainsi que sur une analyse des documents mis à disposition.

### Principales observations

#### Participation de l'État au financement de la modernisation, de l'aménagement ou de la construction d'établissements hospitaliers

**386** Aucun bilan financier reprenant une comparaison entre les coûts des projets autorisés par la loi et les coûts effectifs des investissements, y compris des justifications sur

les éventuels dépassements financiers excédant les hausses légales, n'a été présenté par le ministère de la santé.

#### **Dispositions légales et réglementaires**

**387** Selon la loi, les aides sont accordées aux établissements hospitaliers sur base de conventions. Cependant, aucune convention n'a été conclue pour certains projets hospitaliers, tels que l'extension d'un établissement hospitalier et les travaux concernant le service de stérilisation centrale d'un autre établissement. En outre, pour un projet, des travaux ont été réalisés sans autorisation préalable et formelle du ministre de la santé.

**388** De plus, la loi dispose qu'un règlement grand-ducal détermine les modalités détaillées de la procédure de demande d'une aide financière adressée au ministre de la santé, en ce qui concerne notamment les délais et modalités d'instruction du dossier, les pièces justificatives à joindre et les cas dans lesquels une étude des besoins et de l'impact sur le système de santé est requise, ainsi que l'étendue et les modalités de cette étude. Toutefois, ce règlement grand-ducal n'avait pas été adopté au moment de l'audit.

#### **Suivi des projets de construction et/ou de modernisation**

**389** Pour les quatre projets de l'échantillon de contrôle, les gestionnaires de projet ont établi régulièrement des rapports sur l'avancement des travaux sans que ceux-ci ne soient systématiquement adressés au ministère, contrairement à ce que prévoyait le règlement.

**390** L'ISC a également relevé diverses incohérences entre la programmation pluriannuelle du Fonds pour le financement des infrastructures hospitalières, établie dans le cadre du budget des recettes et des dépenses de l'État et les tableaux de suivi des projets subventionnés établis pour chaque établissement hospitalier par le ministère de la santé.

**391** En ce qui concerne l'adaptation du budget des projets d'investissement hospitaliers en fonction de l'évolution de l'indice des prix à la construction, les auditeurs ont noté que le ministère de la santé n'avait pas les moyens de déterminer avec précision le budget disponible d'un projet en cours de réalisation ou bien de contrôler les calculs avancés par les établissements hospitaliers.

#### Demandes de remboursement

**392** Les auditeurs ont constaté 1) que l'autorisation et le subventionnement des projets étaient effectués par des entités distinctes, 2) que les contacts entre ces entités sont lacunaires et 3) que le contrôle des demandes de remboursement est réalisé par un seul fonctionnaire.

**393** Selon la loi, il incombe au commissaire de Gouvernement aux hôpitaux de contrôler l'affectation des subventions publiques et les demandes de remboursement. Malgré le renforcement des pouvoirs du commissaire, les auditeurs ont estimé que celui-ci n'était pas en mesure d'honorer entièrement ses missions faute de ressources humaines suffisantes.

**394** De plus, selon la loi, l'État participe à raison de 80 % aux frais des investissements mobiliers et immobiliers des établissements hospitaliers autorisés par le ministre de la santé. Cependant, les auditeurs ont constaté que le ministre de la santé avait dérogé à plusieurs reprises à cette règle.

**395** Au sujet des éléments non subventionnables par le ministère de la santé, le règlement grand-ducal précise que pour les parties du projet pour lesquels une séparation n'est pas possible, les coûts des parties non subventionnables seront calculés à la fin des travaux concernés. Cependant, pour un projet de l'échantillon, seuls les frais liés au parking sous-terrain ont été réévalués à la fin du projet. Pour un autre projet, les coûts des parties non subventionnables ont été réévalués, mais l'ISC n'a pas pu se prononcer sur la pertinence de cette répartition, étant donné que diverses précisions n'ont pas été communiquées.

**396** Bien que le règlement grand-ducal dispose que des règles d'éligibilité uniformes pour tous les hôpitaux peuvent être arrêtées par le ministre de la santé, ce dernier n'y a pas pourvu.

#### Recommandations

##### **Participation de l'État au financement de la modernisation, de l'aménagement et de la construction d'établissements hospitaliers**

**397** Le ministère de la santé devrait:

- informer périodiquement la Chambre des députés de l'avancement des grands projets d'investissements hospitaliers financés par l'État;
- mettre en place des procédures analogues à celles en vigueur au niveau de la Chambre des députés en ce qui concerne les projets d'infrastructure réalisés par l'État, à savoir que tout changement important de programme doit faire l'objet d'un nouvel examen par la Chambre des députés, qu'un nouveau projet de loi doit être déposé chaque fois que les dépenses pour un projet dépassent 5 % du montant autorisé et que pour chaque projet individuel autorisé par une loi de financement, un décompte final devra être présenté à la Chambre des députés.

##### **Suivi des projets de construction et/ou de modernisation**

**398** Le ministère de la santé devrait:

- préciser les informations à mettre à sa disposition et exiger la transmission régulière de ces rapports;
- revoir en détail les données financières des projets et se baser sur un seul instrument de suivi;
- mettre en place son propre outil de calcul du budget adapté et communiquer régulièrement le budget restant aux établissements hospitaliers.

##### **Demandes de remboursement**

**399** Les missions d'autorisation et de financement des projets de modernisation et/ou de construction devraient être regroupées au sein d'un centre de compétences à créer, auquel seraient intégrés également les experts de l'Administration des bâtiments publics. Le ministère devrait établir une liste des frais d'investissement non éligibles au subventionnement, fixer des limites financières pour certains types de dépenses et intégrer cette énumération dans les futures conventions de financement. Toutes les parties devraient



être réévaluées à la fin du chantier et un décompte se basant sur les frais réellement encourus devrait être présenté.

#### Publication et suivi

**400** Dans le cadre de la phase contradictoire, les constatations et recommandations de l'ISC ont été adressées à l'entité auditée le 15 novembre 2018. Le rapport spécial a été présenté à la Chambre de députés le 29 avril 2019, puis publié sur le site internet de l'ISC, accompagné d'un communiqué de presse.

**401** Le suivi des rapports spéciaux de l'ISC est assuré par la commission de l'exécution budgétaire de la Chambre des députés, qui établit un rapport sur les suites réservées par les autorités concernées aux recommandations de l'ISC.

#### Impact escompté

**402** Les impacts escomptés sont l'optimisation du déroulement procédural relatif au subventionnement des investissements hospitaliers et l'information régulière de la Chambre des députés de la progression des grands projets d'investissements hospitaliers financés par l'État.



**Slovaquie**  
***Najvyšší kontrolný úrad***  
***Slovenskej republiky***  
Finances publiques et propriété  
des établissements de santé

#### Présentation générale

**403** L'audit de l'ISC de Slovaquie a consisté à évaluer si les finances publiques et la propriété des établissements de santé étaient conformes à la législation.

**404** Il a porté sur la période 2011-2015. Afin que certains des éléments contrôlés puissent faire l'objet d'une évaluation objective, d'autres années ont également été prises en considération.

#### Modalités de l'audit

**405** Les questions d'audit principales étaient les suivantes:

- Le budget des entités auditées était-il réaliste?
- Le principe d'équilibre budgétaire avait-il été respecté?
- Quelle était la santé financière des différents établissements de santé?
- Les éléments de passif des entités auditées ont-ils été apurés?
- Les entités auditées avaient-elles investi dans l'achat de nouveaux équipements médicaux et des plans d'investissement avaient-ils été établis?
- Les marchés publics étaient-ils transparents et non discriminatoires, et les principes d'économie et d'efficience étaient-ils respectés?
- Existait-il des différences entre les types d'établissements de santé (du point de vue du statut juridique de propriété) pour chacun des aspects contrôlés?

**406** Les principales entités auditées ont été des hôpitaux et des établissements de santé, dont 22 établissements publics (14 sous la tutelle de l'État et 8 autonomes), 10 établissements dont le statut a été transformé (sociétés anonymes, sociétés à responsabilité limitée et organisations à but non lucratif) et 6 établissements privés.

**407** La méthodologie a reposé sur des examens documentaires, des entretiens, des évaluations comparatives et l'analyse de données statistiques.

#### Principales observations

**408** De nombreuses constatations valaient pour tous les types d'établissements de santé (établissements sous la tutelle de l'État, établissements autonomes, établissements dont le statut a été transformé et établissements privés), mais, pour certains aspects, les approches en matière de gestion étaient sensiblement différentes.

- Le processus d'établissement et d'approbation des budgets dans les établissements sous la tutelle de l'État et les établissements autonomes n'était pas réaliste, le résultat économique ayant été négatif au cours des années précédentes. Les administrateurs, qui approuvent et contrôlent les budgets, sont également responsables dans une certaine mesure de leur qualité insuffisante. Ce sont les établissements privés et, dans une moindre mesure, ceux dont le statut a été transformé qui disposaient du meilleur accès à la gestion budgétaire et à la gestion des actifs.
- Il existait un lien direct entre le niveau de gestion, le contrôle des ressources budgétaires et les résultats économiques obtenus. La gestion de la plupart des établissements de santé dont le statut a été transformé et des établissements hospitaliers privés avait permis de dégager des bénéfices (à l'exception d'un établissement de chaque type).
- Les coûts des soins de santé avaient augmenté, mais les recettes n'avaient pas suffi à couvrir cette hausse. Les entités auditées ont fait état de montants importants de soins de santé restés impayés. L'ISC de Slovaquie estime que le non-paiement des soins de santé reconnus par les compagnies d'assurance maladie est l'une des principales causes de l'endettement des hôpitaux.
- Une hausse continue des engagements a été enregistrée pendant une durée pouvant aller jusqu'à un tiers de la période auditée (2011-2015).

- Les investissements dans le domaine des technologies médicales ont été faibles dans les établissements de santé publics, ce qui a entraîné une augmentation des coûts de réparation et d'entretien. En outre, aucun plan d'investissement n'avait été établi.
- En ce qui concerne les marchés publics, des défaillances ont été constatées: discrimination à l'encontre de soumissionnaires, avantage informationnel de certains soumissionnaires, association d'un achat de matériel médical avec la réalisation de travaux de construction, ou encore soupçons d'entente et de surfacturation. Le prix des équipements médicaux achetés par les établissements privés était nettement inférieur à celui payé par les établissements relevant d'une autre forme de propriété.
- Plusieurs contrats de service désavantageux ont été conclus par des établissements de santé sous la tutelle de l'État et des établissements de santé autonomes.
- Les objectifs des groupes consacrés à la santé en ligne et au diagnostic n'ont pas été pleinement atteints.

### Recommandations

**409** Les recommandations formulées par l'ISC de Slovaquie pour remédier aux manquements constatés et améliorer la gestion des finances publiques et des actifs des établissements de santé concernaient principalement la gestion et l'audit des dépenses, l'uniformisation des modalités d'établissement des rapports et d'enregistrement afin d'optimiser les paramètres, ainsi que la possibilité de centraliser les achats d'équipements médicaux.

### Publication et suivi

**410** Le rapport a été transmis au président de la République slovaque, au président du Conseil national de la République slovaque, à deux commissions parlementaires et au Premier ministre de la République slovaque. Les résultats ont également été transmis à l'office antimonopole slovaque, à l'office de surveillance des soins de santé, à l'autorité des marchés publics, au ministère de la santé de la République slovaque, au parquet général slovaque et à l'agence nationale de lutte contre la criminalité. Les résultats de l'audit ont été présentés à la presse, à la radio et à la télévision.

**411** En application de la loi relative à l'ISC de Slovaquie, les hôpitaux et les établissements de santé audités étaient tenus de prendre des mesures pour remédier aux défaillances constatées et de les soumettre à l'ISC dans le délai fixé. Les entités auditées ont adopté 168 mesures au total: 122 provenaient d'établissements publics, 41 d'établissements transformés et 5 d'établissements privés.

**412** En application de cette loi, les entités auditées ont présenté à l'ISC de Slovaquie des rapports écrits sur l'état d'avancement de la mise en œuvre des mesures visant à remédier aux défaillances constatées. Sur la base des rapports présentés, l'ISC a contrôlé la mise en œuvre des mesures adoptées et proposé d'autres procédures (par exemple un suivi de la mise en œuvre des mesures ou encore un audit de la mise en œuvre des mesures dans une entité auditée spécifique).

#### Impact escompté

**413** Les résultats de l'audit pourraient donner lieu:

- o à des changements organisationnels/procéduraux au sein du ministère de la santé de la République slovaque en ce qui concerne la gestion des organisations qui relèvent de son autorité, l'établissement et l'approbation des budgets des établissements de santé sous la tutelle de l'État, ainsi que leurs relations avec les compagnies d'assurance maladie;
- o à un examen de la décision d'investir dans de nouveaux dispositifs médicaux;
- o à des procédures visant à centraliser l'approvisionnement en équipements médicaux;
- o à d'autres changements systémiques dans la mise en œuvre de la politique de santé.



#### Tchéquie

#### *Nejvyšší kontrolní úřad*

Les fonds utilisés par certains centres hospitaliers universitaires pour couvrir les coûts de leurs activités

### Présentation générale

**414** L'audit de l'ISC de Tchéquie a consisté à évaluer le respect de la législation, par les centres hospitaliers universitaires (CHU), lors de l'acquisition de matériel, de biens et de services, et à examiner si les ministères respectaient leurs obligations légales d'administrateurs de ces hôpitaux. Il a porté sur la période 2014-2016.

**415** L'ISC a contrôlé les achats de volumes importants de médicaments et de dispositifs médicaux. En outre, les auditeurs ont examiné l'obligation faite aux CHU de sélectionner leurs fournisseurs au moyen de marchés publics et ont évalué si les ministères respectaient les obligations que la loi leur impose en leur qualité d'administrateurs.

### Modalités de l'audit

**416** Les principales questions examinées dans le cadre de l'audit ont été les suivantes:

- Les achats de matériel, de biens et de services (notamment les médicaments et les dispositifs médicaux) effectués par les CHU sont-ils conformes à la législation, efficaces et d'un bon rapport coût-efficacité?
- Existe-t-il des écarts importants dans les prix d'achat unitaires entre les différents CHU?
- Le ministère de la santé et le ministère de la défense remplissent-ils leur rôle d'administrateurs des CHU?

**417** Les principales entités auditées ont été les administrateurs des CHU, à savoir le ministère de la santé et le ministère de la défense, ainsi que les CHU de Brno et de Motol et l'hôpital militaire central (centre hospitalier universitaire et militaire de Prague).

**418** L'examen a été réalisé sur la base de l'analyse des éléments probants collectés, d'un examen documentaire, d'entretiens et de comparaisons.

#### Principales observations

**419** L'ISC de Tchéquie a formulé les observations ci-après.

- L'acquisition de matériel et de biens était efficace, mais pas toujours économique ni conforme à la législation. Les achats de services n'étaient pas toujours économiques ni conformes à la législation. Dans certains cas, les ministères n'avaient pas respecté les obligations que leur impose la loi en leur qualité d'administrateurs.
- Les CHU achetaient des produits pharmaceutiques soit par l'intermédiaire de procédures de marchés, soit directement auprès de fournisseurs. Il n'a pas toujours été possible pour les CHU de sélectionner un fournisseur sur la base du résultat d'une procédure d'appel d'offres, et ce pour différentes raisons: vaste éventail de produits pharmaceutiques et de dispositifs médicaux utilisés, cas d'urgence vitale, existence d'un monopole ou échec d'une procédure d'appel d'offres. Même si tous les CHU (à l'exception de celui de Brno) avaient exposé les raisons qui ont motivé l'acquisition de produits pharmaceutiques et de fournitures médicales en dehors des procédures d'appel d'offres, la fréquence d'un tel contournement de la procédure n'en était pas moins considérable.
- Les différents CHU n'appliquaient pas les mêmes critères pour l'évaluation des offres.
- La comparaison des prix d'achat unitaires entre les différents CHU sur la base d'un échantillon d'audit composé des mêmes produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux a révélé d'importants écarts aussi bien en valeur absolue qu'en valeur relative.
- D'un CHU à l'autre, les prix d'achat unitaires d'un échantillon sélectionné de produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux variaient considérablement, souvent même pour des achats effectués auprès des mêmes fournisseurs. Ces écarts de prix étaient principalement dus aux remises accordées par les fournisseurs, à l'existence d'un monopole, à des pénuries chez les fournisseurs, à l'acquisition sans procédure d'appel d'offres, à la distribution directe par un seul fournisseur, à la modification des

remboursements ou à l'entrée d'un générique sur le marché. Pour l'ISC, ces écarts de prix considérables indiquent que les coûts pourraient être réduits.

- Le système de primes à l'achat de produits pharmaceutiques et de dispositifs médicaux n'était pas clairement réglementé. La loi ne définissait pas la notion de prime, qui reposait uniquement sur les clauses de la relation contractuelle spécifique unissant le CHU et le fournisseur. Les CHU ne négociaient pas les primes et n'utilisaient pas les revenus qu'ils en tiraient de la même manière. Ils concluaient généralement les contrats fixant les primes en parallèle du contrat principal. Les CHU, invoquant le secret des affaires, ne faisaient figurer ni les contrats fixant les primes, ni la valeur des primes qui en découlent dans le registre des contrats.
- Le CHU de Brno n'avait pas respecté la discipline budgétaire car il avait utilisé, de manière injustifiée, des fonds pour l'acquisition de dispositifs médicaux et de services d'élimination des déchets.
- Le centre hospitalier universitaire et militaire de Prague n'avait présenté aucun élément probant à l'appui de 15 factures correspondant à des consultations juridiques et avait donc, de ce fait, utilisé ses actifs de manière inefficace.

### Recommandations

#### **420** L'ISC de Tchéquie recommande:

- aux CHU, d'acquérir les produits pharmaceutiques et les dispositifs médicaux dans le cadre de procédures de marchés, car il s'agit d'une obligation légale et d'une condition essentielle à la gestion économique des fonds et à la transparence de la sélection des fournisseurs;
- aux ministères de la santé et de la défense, d'établir des règles claires en ce qui concerne l'obtention et l'utilisation des primes versées par les fournisseurs du secteur de la santé, ainsi que la communication d'informations à cet égard;
- aux CHU, de fixer comme critères dans le cadre des procédures de marchés non seulement le prix, mais aussi, compte tenu de la nature et de la complexité de l'objet du marché public, la prime, le cas échéant;



- o au ministère de la santé, de se pencher sur les stratégies de développement et d'élaborer sa propre conception du développement des organisations en gestion directe;
- o au ministère de la santé et au CHU de Brno, d'examiner l'utilité et le bien-fondé du fonds de dotation du CHU et d'examiner les raisons de son maintien;
- o au ministère de la défense, de se pencher sur le risque détecté dans la mise à disposition de fonds au centre hospitalier universitaire et militaire de Prague.

#### Publication et suivi

**421** Le rapport a été présenté au gouvernement le 8 avril 2019.

**422** Il a été publié sur le site internet de l'ISC le 3 septembre 2018. L'ISC a publié ses conclusions d'audit dans le numéro 4/2018 de son journal interne. La publication du rapport était accompagnée d'un communiqué de presse.

**423** Le rapport n'a pas encore donné lieu à un suivi.

#### Impact escompté

**424** Il y a lieu d'attendre des modifications des procédures suivies par les CHU, ainsi que des améliorations au niveau de l'exercice de leurs fonctions par les ministères, notamment en ce qui concerne l'adoption de règles encadrant les primes, les procédures de marchés et le contrôle de l'exploitation des CHU, tant sur le plan pratique qu'économique, afin de tendre vers un meilleur rapport coût-efficacité.

## Liste des travaux d'audit relatifs à la santé publique effectués par les ISC de l'UE participantes depuis 2014

**425** La présente liste donne une vue d'ensemble des travaux d'audit effectués par les ISC de l'UE qui ont porté, en tout ou en partie, sur la santé publique. Pour en savoir plus sur un audit en particulier, veuillez contacter l'ISC concernée.

### Allemagne

- Prüfung der Krankenhausabrechnungen durch die Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung – Bericht an den Rechnungsprüfungsausschuss des Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO [*Audit des factures d'hospitalisation par les caisses de maladie du régime légal d'assurance maladie – Rapport présenté à la commission de vérification des comptes de la commission du budget du Parlement fédéral allemand en application de l'article 88, paragraphe 2, du règlement financier fédéral (Bundeshaushaltsordnung)*] (6 mai 2019)
- Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und der Telematikinfrastruktur – Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO [*L'introduction de la carte électronique de santé et de l'infrastructure télématique – Rapport présenté à la commission du budget du Parlement fédéral allemand en application de l'article 88, paragraphe 2, du règlement financier fédéral (Bundeshaushaltsordnung)*] (18 janvier 2019)
- Finanzierung der Versorgung mit Rettungsfahrten und Flugrettungstransporten – Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO [*Le financement des transports sanitaires d'urgence par voie terrestre et aérienne – Rapport présenté à la commission du budget du Parlement fédéral allemand en application de l'article 88, paragraphe 2, du règlement financier fédéral (Bundeshaushaltsordnung)*] (20 août 2018)
- Krankenkassen und Krankenhäuser vereinbaren unzulässige pauschale Rechnungskürzungen in Millionenhöhe und umgehen Abrechnungsprüfungen – Bemerkungen 2018 [*Les caisses d'assurance maladie et les hôpitaux s'accordent sur des réductions forfaitaires illicites à hauteur de plusieurs millions d'euros et se soustraient aux contrôles de régularité des décomptes – Observations de 2018*]

# Liste des travaux d'audit relatifs à la santé publique effectués par les ISC de l'UE participantes depuis 2014

159

- Steuervorteile für Tabakindustrie abschaffen – Bemerkungen 2017 [*La suppression d'avantages fiscaux pour l'industrie du tabac – Observations de 2017*]
- Nutzen kieferorthopädischer Behandlung muss endlich erforscht werden – Bemerkungen 2017 [*Les bénéfices des traitements d'orthodontie doivent enfin faire l'objet de recherches – Observations de 2017*]
- Haftpflichtversicherung für kassenärztliche Behandlungsfehler gesetzlich sicherstellen – Bemerkungen 2017 [*Rendre légalement obligatoire la souscription d'une assurance de responsabilité civile couvrant les fautes professionnelles des médecins conventionnés par une caisse d'assurance maladie – Observations de 2017*]
- Hilfsmittelversorgung durch die Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung – Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO [*La fourniture de dispositifs médicaux par les caisses de maladie du régime légal d'assurance maladie – Rapport présenté à la commission du budget du Parlement fédéral allemand en application de l'article 88, paragraphe 2, du règlement financier fédéral (Bundeshaushaltsordnung)*] (20 juin 2016)
- Erstattung von Reiseschutzimpfungen: Rechtsgrundlage noch zeitgemäß? – Bemerkungen 2015 [*Le remboursement de la vaccination pour cause de voyage: le cadre juridique doit-il être mis à jour? – Observations de 2015*]

## Autriche

- Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte [*L'assurance de la qualité pour les médecins libéraux – Bund 2018/37*] (2018)

## Belgique

- Vlaams preventief gezondheidsbeleid – Evaluatie van het uitvoeringslandschap [*Évaluation de la performance de la politique flamande en matière de santé préventive*]

## Bulgarie

- Ефективност на системата на психиатричното обслужване (одитът да бъде завършен и публикуван през 2020) [*L'efficacité du système de soins psychiatriques, achèvement et publication prévus en 2020*]
- Електронно здравеопазване [*La santé en ligne*] (2017)

## Liste des travaux d'audit relatifs à la santé publique effectués par les ISC de l'UE participantes depuis 2014

160

- Дейност на Центъра за асистирана репродукция [*Les activités du centre d'aide médicale à la procréation*] (2017)
- Одит за съответствие при финансовото управление на Изпълнителна агенция по лекарствата за периода от 1.1.2014 г. до 31.12.2014 г. [*Audit de conformité de la gestion financière de l'Agence exécutive des médicaments pour la période allant du 1.1.2014 au 31.12.2014*] (2016)
- Одит за съответствие при финансовото управление на Министерството на здравеопазването [*Audit de conformité de la gestion financière du ministère de la santé*] (2016)
- Ефективност на контрола върху дейностите по профилактика и диспансеризация на задължително здравноосигурените лица в РБ на възраст до 18 [*L'efficacité du contrôle de la prévention sanitaire et du suivi médical dans le cadre du régime légal d'assurance maladie pour les mineurs en Bulgarie*] (2016)
- Дейност по оказване на спешна медицинска помощ [*Les activités des services d'urgence*] (2015)
- Механизъм за договаряне на изпълнението на болнична помощ [*Le mécanisme de négociation pour la prestation de soins hospitaliers*] (2014)
- Одит на изпълнението на проекти, реализирани от Министерството на здравеопазването по Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси” [*Audit de la performance des projets du ministère de la santé menés dans le cadre du programme opérationnel «Développement des ressources humaines»*] (2014)

### Danemark

- Beretning om lægemiddelanbefalinger [*Rapport sur les recommandations en matière de médicaments*] (2019)
- Beretning om forskelle i behandlingskvaliteten på sygehusene [*Rapport sur les différences dans la qualité des soins entre les hôpitaux danois*] (2019)
- Beretning om rettidigheden i indsatsen over for kræftpatienter (2018) [*Rapport sur l'accès des patients atteints de cancer aux services de cancérologie*] (2018)

## Liste des travaux d'audit relatifs à la santé publique effectués par les ISC de l'UE participantes depuis 2014

161

- Beretning om forløbet for flygtninge med traumer [*Rapport sur les parcours de soins des réfugiés ayant subi un traumatisme*] (2018)
- Beretning om udredningsretten [*Rapport sur le droit des patients à bénéficier d'une prise en charge rapide*] (2018)
- Beretning om Sundhedsplatformen [*Rapport sur les plateformes de santé*] (2018)
- Beretning om salget af Statens Serum Instituts vaccineproduktion [*Rapport sur la vente des vaccins produits par le Statens Serum Institut*] (2018)
- Beretning om forebyggelse af hospitalsinfektioner [*Rapport sur la prévention des infections nosocomiales*] (2017)
- Beretning om 3 regioners beskyttelse af adgangen til it-systemer og sundhedsdata [*Rapport sur la protection des systèmes informatiques et des données de santé dans trois régions danoises*] (2017)
- Beretning om Region Hovedstadens akuttefon 1813 [*Rapport sur la ligne d'assistance médicale «1813» mise en place par la région-capitale du Danemark*] (2017)
- Beretning om Beskæftigelsesministeriets data om ressourceforløb [*Rapport sur les données du ministère de l'emploi relatives aux programmes de réadaptation*] (2017)
- Beretning om indsatsen over for patienter med hjerneskade [*Rapport sur les efforts déployés à l'égard des patients souffrant de lésions cérébrales*] (2016)
- Beretning om hospitalslægers bibeskæftigelse [*Rapport sur les praticiens hospitaliers exerçant une activité extérieure*] (2016)
- Beretning om regionernes styring af ambulant behandling af voksne patienter med psykiske lidelser [*Rapport sur la gestion, par les régions danoises, de la prise en charge ambulatoire des patients adultes atteints de troubles mentaux*] (2016)
- Beretning om Patientombuddets arbejde med utilsigtede hændelser [*Rapport sur les travaux du médiateur en santé en cas d'incidents pouvant porter atteinte à la sécurité des patients*] (2015)
- Beretning om Fødevareministeriets indsats mod husdyr-MRSA [*Rapport sur les efforts déployés par le ministère de l'alimentation pour lutter contre le SARM associé au bétail*] (2015)

## Liste des travaux d'audit relatifs à la santé publique effectués par les ISC de l'UE participantes depuis 2014

162

- Beretning om hospitalernes brug af personaleresurser [*Rapport sur l'utilisation des ressources humaines dans les hôpitaux danois*] (2015)
- Beretning om forskningsmidler på hospitalerne [*Rapport sur les fonds alloués à la recherche dans les hôpitaux danois*] (2015)
- Beretning om second opinion-ordningen [*Rapport sur le programme relatif au deuxième avis médical*] (2014)
- Beretning om problemerne med at udvikle og implementere Fælles Medicinkort [*Rapport sur les difficultés liées à l'élaboration et à la mise en œuvre de la base de données des traitements médicamenteux Fælles Medicinkort*] (2014)
- Beretning om indsatsen for at få sygemeldte tilbage i arbejde [*Rapport sur les efforts déployés pour accompagner les personnes en congé de maladie vers le retour à l'emploi*] (2014)
- Beretning om kvindekrisecentre [*Rapport sur les centres d'accueil pour femmes*] (2014)
- Beretning om regionernes præhospital indsats (2014) [*Rapport sur les soins de préhospitalisation fournis par les régions*]

### Espagne

- 1231.- Fiscalización sobre la gestión y control de las prestaciones farmacéuticas a cargo de la Mutuality General de Funcionarios Civiles del Estado, ejercicio 2015 [*Audit de la gestion et du contrôle des prestations pharmaceutiques par la Mutuelle générale des fonctionnaires d'État espagnols (Muface), exercice 2015*] (28 septembre 2017)
- 1213.- Fiscalización sobre la gestión del buque sanitario y de apoyo logístico “Esperanza del Mar”, ejercicio 2015 [*Audit de la gestion du navire d'assistance médicale et logistique «Esperanza del Mar», exercice 2015*] (29 mars 2017)
- 1205.- Fiscalización sobre la gestión y control de las prestaciones farmacéuticas a cargo del Instituto Social de las Fuerzas Armadas, ejercicio 2015 [*Audit de la gestion et du contrôle des produits pharmaceutiques par l'Institut social des forces armées, exercice 2015*] (23 février 2017)

## Liste des travaux d'audit relatifs à la santé publique effectués par les ISC de l'UE participantes depuis 2014

163

- 1200.- Fiscalización de la Fundación Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares Carlos III, ejercicio 2014 [*Audit du centre national espagnol de recherche cardiovasculaire Carlos III, exercice 2014*] (26 janvier 2017)
- 1199.- Fiscalización sobre la gestión del buque sanitario y de apoyo logístico “Juan de la Cosa”, ejercicio 2015 [*Audit de la gestion du navire d'assistance médicale et logistique «Juan de la Cosa», exercice 2015*] (26 janvier 2017)
- 1185.- Fiscalización de la actividad económica desarrollada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en relación con el área farmacéutica, ejercicios 2014 y 2015 [*Audit des activités économiques du ministère de la santé, des services sociaux et de l'égalité dans le domaine pharmaceutique, exercices 2014 et 2015*] (19 décembre 2016)
- 1167.- Fiscalización sobre la gestión y control de las prestaciones farmacéuticas a cargo de la Mutualidad General Judicial [*Audit de la gestion et du contrôle des produits pharmaceutiques par la mutuelle générale de la magistrature espagnole*] (22 juillet 2016)
- 1119.- Fiscalización sobre la gestión y el control efectuados por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social en materia de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos [*Audit des activités de gestion et de contrôle des mutuelles nationales des accidents du travail et des maladies professionnelles de la sécurité sociale dans le domaine de l'assistance médicale organisée avec des ressources extérieures*] (26 novembre 2015)

### Estonie

- E-tervise ülevaade [*Examen de la santé en ligne*] (2019)
- Erakorraline meditsiin [*La médecine d'urgence*] (2018)
- Riigi tegevus laste tervise hoidmisel ja ravimisel [*L'action de l'État dans le domaine de la santé et de la prise en charge médicale des enfants*] (2016)
- Riigi tegevus tervishoiu järelevalve korraldamisel ja kvaliteedi hindamisel (lõppes määrgukirjaga) [*Les activités de l'État dans l'organisation de la surveillance et de l'évaluation de la qualité dans le domaine de la santé (clôturé par une lettre de mise en demeure)*] (2015)

## Liste des travaux d'audit relatifs à la santé publique effectués par les ISC de l'UE participantes depuis 2014

164

- Riigi tegevus iseseisva õendusabi korraldamisel [*L'action de l'État dans l'organisation des soins infirmiers libéraux*] (2015)
- Riigi tegevus e-tervise rakendamisel [*Le rôle de l'État dans la mise en œuvre du système de santé en ligne*] (2014)

### Finlande

- Ohjauksen vaikutus ensihoitopalvelun toimivuuteen [*L'impact des consignes sur le fonctionnement des services des urgences*], audit de la performance réalisé en 2019
- Asiakkaan lasten huomioiminen aikuisten mielenterveyspalveluissa [*La prise en compte des enfants des patients dans les services de psychiatrie pour adultes*], audit de la performance réalisé en 2018
- Sosiaalimenojen kehitysarviot [*Les projections d'évolution des dépenses de sécurité sociale*], analyse réalisée en 2017
- Lasten mielenterveysongelmien ehkäisy ja hyvinvoinnin tukeminen kouluterveydenhuollossa [*La prévention des problèmes de santé mentale chez l'enfant et la promotion du bien-être des enfants grâce aux services de santé scolaire*], analyse réalisée en 2017
- Paljon palveluja tarvitsevat ja käyttävät asiakkaat perusterveydenhuollossa [*Les utilisateurs fréquents des services de soins de santé de base*], audit de la performance réalisé en 2017
- Työnjaon kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa [*Le développement de la division du travail dans le domaine social et des soins de santé*], audit de la performance réalisé en 2016
- Teknisten apuvälineiden hyödyntäminen kotiin annettavissa vanhuspalveluissa [*L'utilisation de dispositifs d'assistance technique dans les services dispensés au domicile des personnes âgées*], audit de la performance réalisé en 2015
- Pienhiukkasten terveys- ja kustannusvaikutusten huomioonottaminen strategioiden valmistelussa [*La prise en compte de l'impact sanitaire et économique des particules fines dans l'élaboration de stratégies*], audit de la performance réalisé en 2015



### France

- Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (2019)
- La politique de prévention des infections associées aux soins: une nouvelle étape à franchir (2019)
- La politique de prévention et de prise en charge du VIH en France depuis 2010 (2019)
- Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2018, chapitre VI – La lutte contre les maladies cardio-neurovasculaires: une priorité à donner à la prévention et à la qualité des soins (2018)
- Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2018, chapitre VII – Les soins visuels: une prise en charge à réorganiser (2018)
- Le rôle des centres hospitaliers universitaires (CHU) dans le système de santé (2018)
- L'avenir de l'assurance maladie (2017)
- Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool (2016)

### Grèce

- Οριζόντιος θεματικός έλεγχος στις ληξιπρόθεσμες υποχρεώσεις του Κράτους και ειδικότερα, μεταξύ άλλων, έξι νοσοκομείων, του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ) και μίας περιφερειακής διοίκησης υγείας (1η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής). [*Audit thématique horizontal sur les arriérés de l'État en ce qui concerne les hôpitaux, l'organisation nationale des services de santé (EOPYY) et une direction régionale de la santé*] (2018)

### Hongrie

- A kórházak ellenőrzési tapasztalatait összegző elemzés [*Synthèse de l'expérience acquise dans le cadre d'audits des hôpitaux*] (2019)

### Irlande

- Managing elective day surgery [*La gestion de la chirurgie ambulatoire programmée*] (2014)

### Italie

- L'attuazione del programma straordinario di ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico [*La mise en œuvre du programme spécial de rénovation et de modernisation technologique des biens immobiliers des institutions de santé publique*] (2018)

### Lettonie

- Cilvēkresursi veselības aprūpē [*Les ressources humaines dans le secteur de la santé*] (2019)
- Vai rehabilitācija ir pilnvērtīga veselības aprūpes pakalpojumu sastāvdaļa? [*La réadaptation fait-elle partie intégrante des services de soins de santé?*] (2019)
- Vai ambulatorā veselības aprūpes sistēma Latvijā ir pilnveidojama? [*Le système de soins ambulatoires peut-il être amélioré en Lettonie?*] (2017)
- Vai ievēroti rezidentūras finansēšanas noteikumi? [*Les règles relatives au financement de l'assistanat dans les hôpitaux sont-elles respectées?*] (2016)
- Vai projekts “E-veselība Latvijā” ir solis pareizajā virzienā? [*Le projet «La santé en ligne en Lettonie» constitue-t-il un pas dans la bonne direction?*] (2015)

### Lituanie

- Kaip vykdoma onkologinė sveikatos priežiūra [*Les soins en oncologie*] (2014)
- Visuomenės sveikatos stiprinimo organizavimas savivaldybėse [*L'organisation du renforcement de la politique de santé publique dans les municipalités*] (2015)
- Ar užtikrinamas kompensuojamųjų generinių vaistų prieinamumas [*Garantir la disponibilité des médicaments génériques de substitution*] (2016)
- Viešosios sveikatos priežiūros įstaigoms perduoto valstybės turto valdymas [*La gestion des biens publics dont la propriété a été transférée aux établissements de santé publics*] (2017)
- Elektroninės sveikatos sistemos kūrimas [*Le développement d'un système de santé électronique*] (2017)

## Liste des travaux d'audit relatifs à la santé publique effectués par les ISC de l'UE participantes depuis 2014

167

- Savižudybių prevencija ir postvencija [*La prévention du suicide et le soutien aux personnes endeuillées par le suicide d'un proche*] (2017)
- Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: saugumas ir veiksmingumas [*La qualité des soins de santé individuels: sécurité et efficacité*] (2018)
- Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą [*L'accessibilité des services de soins de santé et l'orientation des patients*] (2018)
- Sveikatos priežiūros sistemos vertinimas (2019) [*Évaluation du système de soins de santé (analyse panoramique)*] (2019)

### Luxembourg

- Rapport spécial sur le financement public des investissements hospitaliers (2019)

### Malte

- Follow-up Audit: Follow-up Reports by the National Audit Office, 2018 [*Audit de suivi: rapports de suivi établis par le National Audit Office en 2018*] (octobre 2018)
  - General Practitioner Function – The Core of Primary Health Care [*Le médecin généraliste joue un rôle essentiel dans les soins de santé primaires*] (pages 46 à 52 du rapport)
  - An Analysis of the Pharmacy of Your Choice Scheme [*Analyse du programme «Pharmacy of Your Choice»*] (pages 71 à 81 du rapport)
- Performance Audit: A Strategic Overview of Mount Carmel Hospital [*Audit de la performance: aperçu stratégique du Mount Carmel Hospital*] (juillet 2018)
- An Investigation of the Mater Dei Hospital Project [*Audit de la performance: examen du projet du Mater Dei Hospital*] (mai 2018)
- Performance Audit: Outpatient Waiting at Mater Dei Hospital [*Audit de la performance: délais d'attente en ambulatoire au Mater Dei Hospital*] (novembre 2017)

# Liste des travaux d'audit relatifs à la santé publique effectués par les ISC de l'UE participantes depuis 2014

168

- Follow-up Audit: Follow-up Reports by the National Audit Office, 2017 [*Audit de suivi: rapports de suivi établis par le National Audit Office en 2017*]
  - The Management of Elective Surgery Waiting Lists [*La gestion des listes d'attente en chirurgie programmée*] (pages 69 à 77 du rapport)
  - The Provision of Residential Long-Term Care for the Elderly through Contractual Arrangements with the Private Sector [*La prestation de soins de longue durée avec hébergement pour les personnes âgées dans le cadre d'accords contractuels avec le secteur privé*] (pages 78 à 87 du rapport)
- Performance Audit: Service Agreements between Government and Richmond Foundation Malta [*Audit de la performance: les accords de services conclus entre les pouvoirs publics et la fondation Richmond de Malte*] (septembre 2016)
- Performance Audit: The General Practitioner Function – The core of primary health care [*Audit de la performance: le médecin généraliste joue un rôle essentiel dans les soins de santé primaires*] (juin 2016)
- Information Technology Audit: Mater Dei Hospital [*Audit des technologies de l'information: Mater Dei Hospital*] (mai 2016)
- Performance Audit: Service Agreements between Government and INSPIRE Foundation [*Audit de la performance: les accords de services conclus entre les pouvoirs publics et la fondation INSPIRE*] (février 2016)
- Performance Audit: Provision of residential long-term care for the elderly through contractual arrangements with the private sector [*Audit de la performance: la prestation de soins de longue durée avec hébergement pour les personnes âgées dans le cadre d'accords contractuels avec le secteur privé*] (avril 2015)

## Pologne

- System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian (megainformacja) [*Le système de santé en Pologne – état des lieux et changements nécessaires (rapport de synthèse)*] (2019)
- Dostępność refundowanych wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie i bezpieczeństwo ich stosowania [*L'accessibilité et la sécurité des dispositifs médicaux remboursables en location*] (2019)

## Liste des travaux d'audit relatifs à la santé publique effectués par les ISC de l'UE participantes depuis 2014

169

- o Funkcjonowanie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej [*Le fonctionnement du système de soins primaires dans les hôpitaux*] (2019)
- o Bezpieczeństwo pacjentów przy stosowaniu antybiotykoterapii w szpitalach [*Garantir la sécurité des patients lors d'une antibiothérapie en milieu hospitalier*] (2019)
- o Wsparcie osób z autyzmem i zespołem Aspergera w przygotowaniu do samodzielnego funkcjonowania [*L'aide aux personnes autistes ou atteintes du syndrome d'Asperger dans leur préparation à la vie en autonomie*] (2019)
- o Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej [*Les soins palliatifs*] (2019)
- o Pomoc państwa realizowana w formie środowiskowych domów samopomocy udzielana osobom z zaburzeniami psychicznymi [*Les centres locaux d'entraide financés par l'État pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques*] (2019)
- o Wdrożenie przez podmioty lecznicze regulacji dotyczących ochrony danych osobowych [*La mise en œuvre de la réglementation en matière de protection des données par les établissements médicaux*] (2019)
- o Profilaktyka uzależnień od alkoholu i narkotyków [*La prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie*] (2019)
- o Dostępność leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży [*L'accès aux soins psychiatriques pour les enfants et les adolescents*] (2019)
- o Działania podejmowane przez wojewodę wobec placówek udzielających całodobowej opieki bez wymaganego zezwolenia [*Les actions menées par le voïvode à l'encontre des établissements de soins ouverts 24 h/24 sans l'autorisation nécessaire*] (2019)
- o Podlaski System Informacyjny e-Zdrowie [*Le système d'information de la voïvodie de Podlachie dans le domaine de la santé*] (2018)
- o Profilaktyka i leczenie cukrzycy typu 2 [*La prévention et le traitement du diabète de type 2*] (2018)
- o Tworzenie map potrzeb zdrowotnych [*La cartographie des besoins en matière de santé*] (2018)
- o Żywienie pacjentów w szpitalach [*La nutrition des patients dans les hôpitaux*] (2018)

## Liste des travaux d'audit relatifs à la santé publique effectués par les ISC de l'UE participantes depuis 2014

170

- Funkcjonowanie aptek szpitalnych i działów farmacji szpitalnej [*Le fonctionnement des pharmacies hospitalières et des services de pharmacie des hôpitaux*] (2018)
- Dostępność świadczeń ginekologiczno-położniczych finansowanych ze środków publicznych na terenach wiejskich [*L'accessibilité des services publics de soins gynécologiques et obstétricaux dans les zones rurales*] (2018)
- Zapobieganie i leczenie depresji [*La prévention et le traitement de la dépression*] (2018)
- Opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym [*Les services de soins de santé pour les enfants en âge d'être scolarisés et les adolescents*] (2018)
- Zakażenia w podmiotach leczniczych [*Les infections dans les établissements médicaux*] (2018)
- Ochrona intymności i godności pacjentów w szpitalach [*La protection de l'intimité et de la dignité des patients dans les hôpitaux*] (2018)
- Bezpieczeństwo badań genetycznych [*La sécurité des tests génétiques*] (2018)
- Działalność organów państwa na rzecz zapewnienia dostępności produktów leczniczych [*Les mesures prises par les autorités nationales pour garantir la disponibilité des médicaments*] (2018)
- Realizacja strategicznego programu badań naukowych „Profilaktyka i leczenie chorób cywilizacyjnych” – STRATEGMED [*La mise en œuvre du programme de recherche stratégique «Prévention et traitement des «maladies de civilisation» – STRATEGMED*] (2018)
- Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2017 roku [*La mise en œuvre des missions du Fonds national de santé en 2017*] (2018)
- Pozasądowe dochodzenie roszczeń przez pacjentów [*Les recours extrajudiciaires introduits par des patients*] (2018)
- Finansowanie i realizacja „Programu inwestycji rozwojowych i modernizacyjnych w szpitalach wojewódzkich na lata 2009-2016” w województwie kujawsko-pomorskim [*Le financement et la mise en œuvre du programme d'investissement pour le développement et la modernisation des hôpitaux dans la voïvodie de Cujavie-Poméranie pour la période 2009-2016*] (2018)

## Liste des travaux d'audit relatifs à la santé publique effectués par les ISC de l'UE participantes depuis 2014

171

- Nadzór nad obrotem i stosowaniem produktów zawierających substancje anaboliczne, hormonalne, odurzające i psychotropowe w leczeniu zwierząt, w tym towarzyszących [*La surveillance de la mise sur le marché et de l'utilisation de produits contenant des substances anabolisantes, hormonales, narcotiques et psychotropes, et des produits associés, en médecine vétérinaire*] (2018)
- Wykorzystywanie naturalnych surowców leczniczych w lecznictwie uzdrowiskowym [*L'utilisation de matières premières naturelles à usage pharmaceutique dans les cures thermales*] (2018)
- Dostępność i efekty leczenia nowotworów [*L'accessibilité et les effets des traitements contre le cancer*] (2017)
- Przeciwdziałanie sprzedaży dopalaczy [*Les actions de lutte contre la vente d'euphorisants légaux*] (2017)
- Realizacja programów wczesnego wykrywania raka piersi oraz raka szyjki macicy w województwie lubelskim [*La mise en œuvre de programmes de dépistage précoce du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus dans la voïvodie de Lublin*] (2017)
- Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia [*Les traitements prophylactiques dans le système de soins de santé*] (2017)
- Realizacja zadań Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego [*La mise en œuvre du programme national de protection de la santé mentale*] (2017)
- Dostępność i finansowanie diagnostyki laboratoryjnej [*L'accessibilité des diagnostics de laboratoire et leur financement*] (2017)
- Przygotowanie i wdrażanie pakietu onkologicznego [*L'élaboration et la mise en œuvre de nouvelles dispositions concernant l'organisation des soins apportés aux patients atteints de cancers*] (2017)
- Opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcie dla ich rodzin [*La prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et le soutien apporté aux familles*] (2017)
- Profilaktyka stomatologiczna dzieci i młodzieży w województwie lubelskim [*La prophylaxie dentaire chez l'enfant et l'adolescent dans la voïvodie de Lublin*] (2017)

## Liste des travaux d'audit relatifs à la santé publique effectués par les ISC de l'UE participantes depuis 2014

172

- Respektowanie praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej [*Le respect des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers*] (2017)
- Dostępność terapii przeciwbólowej [*L'accessibilité des traitements de prise en charge de la douleur*] (2017)
- Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 roku [*La mise en œuvre des missions du Fonds national de santé en 2016*] (2017)
- Realizacja zadań związanych z zapewnieniem pracownikom badań profilaktycznych [*Les activités liées à la réalisation de visites médicales préventives pour les salariés*] (2017)
- Realizacja świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii przez publiczne i niepubliczne podmioty lecznicze [*Les prestations de soins en cardiologie par les établissements médicaux publics et privés*] (2016)
- Kształcenie i przygotowanie zawodowe kadr medycznych [*La formation et le perfectionnement professionnel des personnels de santé*] (2016)
- Tworzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej [*La création et le partage des dossiers médicaux*] (2016)
- Dostępność profilaktyki i leczenia chorób układu oddechowego [*L'accès à la prévention et au traitement des maladies respiratoires*] (2016)
- Realizacja programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego [*La mise en œuvre des programmes de santé par les autorités locales*] (2016)
- Opieka okołoporodowa na oddziałach położniczych [*Les soins périnataux dans les maternités*] (2016)
- Korzystanie z usług zewnętrznych przez szpitale publiczne [*L'utilisation de services externes par les hôpitaux publics*] (2016)
- Przygotowanie szpitali do leczenia pacjentów z udarem mózgu [*L'état de préparation des hôpitaux à la prise en charge des victimes d'accidents vasculaires cérébraux*] (2016)
- Badania prenatalne w Polsce [*Les examens prénataux en Pologne*] (2016)
- System szczepień ochronnych dzieci [*Le système de vaccination infantile*] (2016)



## Liste des travaux d'audit relatifs à la santé publique effectués par les ISC de l'UE participantes depuis 2014

173

- Restrukturyzacja wybranych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej korzystających z pomocy ze środków publicznych [*La restructuration de certaines unités autonomes publiques de gestion des soins de santé bénéficiant d'un financement public*] (2016)
- Wykonywanie przez Państwową Inspekcję Farmaceutyczną zadań określonych w ustawie Prawo farmaceutyczne [*L'exercice, par l'Inspection nationale des pharmaciens, du rôle statutaire dont elle est investie en vertu de la loi sur les produits pharmaceutiques*] (2016)
- Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r [*La mise en œuvre des missions du Fonds national de santé en 2015*] (2016)

### Portugal

- Auditoria orientada às dívidas ao Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P. [*Audit des créances de l'Institut portugais du sang et de la transplantation*] (2018)
- Auditoria às práticas de gestão no Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, e no Centro Hospitalar de São João, EPE [*Audit des pratiques de gestion du Centre hospitalier de Lisbonne Nord, EPE, et du Centre hospitalier de São João, EPE*] (2018)
- Auditoria à Conta Consolidada do Ministério da Saúde – Exercícios de 2015 e 2016 [*Audit des comptes consolidés du ministère de la santé relatifs aux exercices 2015 et 2016*] (2017)
- Auditoria orientada à situação financeira da SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE [*Audit de la situation financière des services partagés du ministère de la santé (SPSM), EPE*] (2017)
- Auditoria ao Acesso a Cuidados de Saúde no Serviço Nacional de Saúde [*Audit relatif à l'accès aux soins de santé dans le cadre du service national de santé*] (2017)
- Auditoria aos acordos celebrados entre a Administração Regional de Saúde do Norte, IP, e a Santa Casa da Misericórdia do Porto [*Audit des accords conclus entre l'administration régionale de santé du Nord, IP, et la Santa Casa da Misericórdia de Porto*] (2017)
- Auditoria à prestação de contas por entidades do Ministério da Saúde [*Audit de l'obligation de rendre compte d'entités relevant du ministère de la santé*] (2017)

## Liste des travaux d'audit relatifs à la santé publique effectués par les ISC de l'UE participantes depuis 2014

174

- Auditoria Financeira ao Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE – Exercício de 2014 [*Audit financier du Centre hospitalier de Lisbonne Nord, EPE relatif à l'exercice 2014*] (2017)
- Auditoria à execução do Contrato de Gestão do Hospital de Braga em Parceria Público-Privada (PPP). [*Audit de l'exécution du contrat de gestion de l'Hôpital de Braga en partenariat public-privé*] (2016)
- Auditoria orientada a procedimentos de contratação pública das unidades de saúde do setor empresarial do Estado. [*Audit des procédures de marchés publics appliquées par les unités de soins du secteur des entreprises publiques*] (2016)
- Auditoria de Seguimento de Recomendações Formuladas no Relatório de Auditoria ao Desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários [*Audit de suivi des recommandations formulées dans le rapport d'audit sur la performance des unités fonctionnelles de soins de santé primaires*] (2016)
- Auditoria de resultados ao Serviço de Urgência do Centro Hospitalar do Algarve, EPE [*Audit de la performance du service d'urgence du Centre hospitalier de l'Algarve, EPE*] (2016)
- Auditoria de Seguimento das Recomendações formuladas no Relatório de Auditoria ao Sistema de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas (Relatório n.º 12/2015 – 2ª Secção) [*Audit de suivi des recommandations formulées dans le rapport d'audit sur le système de protection sociale des agents publics (rapport n° 12/2015 — Section 2)*] (2016)

### Roumanie

- Dezvoltarea infrastructurii de sănătate la nivel național, regional și local în vederea creșterii accesibilității la serviciile de sănătate [*Le développement des infrastructures de santé aux niveaux national, régional et local en vue d'améliorer l'accès aux services de santé*] (2017)

### Slovaquie

- Verejné financie a majetok zdravotníckych zariadení [*Finances publiques et propriété des établissements de santé*] (2017)

## Slovénie

- Obvladovanje debelosti otrok [*La lutte contre l'obésité infantile*] (2018)

## Tchéquie

- No 18/14 – Prostředky vybírané na základě zákona ve prospěch Vojenské zdravotní pojišťovny České republiky [*Les fonds perçus au titre de la loi en faveur de la caisse d'assurance maladie militaire de la République tchèque*]
- No 18/13 – Závěrečný účet kapitoly státního rozpočtu Ministerstvo zdravotnictví za rok 2017, účetní závěrka Ministerstva zdravotnictví za rok 2017 a údaje předkládané Ministerstvem zdravotnictví pro hodnocení plnění státního rozpočtu za rok 2017 [*Comptes de clôture des chapitres du budget de l'État concernant le ministère de la santé pour l'exercice 2017, états financiers du ministère de la santé pour l'exercice 2017 et données communiquées par le ministère de la santé pour l'évaluation de l'exécution du budget de l'État pour l'exercice 2017*]
- No 18/11 – Peněžní prostředky státu určené na podporu rozvoje a obnovy materiálně technické základny regionálního zdravotnictví [*Les fonds publics destinés à soutenir le développement et le renouvellement des bases techniques et matérielles du système de soins régional*]
- No 17/19 – Peněžní prostředky vynakládané vybranými fakultními nemocnicemi na úhradu nákladů z činnosti [*Les fonds utilisés par certains centres hospitaliers universitaires pour couvrir les coûts de leurs activités*]
- No 17/14 – Majetek a peněžní prostředky státu, se kterými je příslušná hospodařit příspěvková organizace Národní ústav duševního zdraví [*Les actifs et fonds publics gérés par l'Institut national de la santé mentale*]
- No 17/13 – Majetek a peněžní prostředky státu, se kterými je příslušná hospodařit příspěvková organizace Státní zdravotní ústav [*Les actifs et fonds publics gérés par l'Institut national de la santé*]
- No 17/03 – Zdravotnické informační systémy ve správě organizačních složek resortu zdravotnictví [*Les systèmes d'information dans le domaine de la santé dans l'administration des unités organisationnelles du ministère de la santé*]

## Liste des travaux d'audit relatifs à la santé publique effectués par les ISC de l'UE participantes depuis 2014

176

- No 16/28 – Peněžní prostředky vynakládané vybranými nemocnicemi na úhradu nákladů z činnosti [*Les fonds utilisés par certains hôpitaux pour couvrir les coûts de leurs activités*]
- No 16/18 – Majetek a peněžní prostředky státu, se kterými je příslušný hospodařit Státní ústav pro kontrolu léčiv [*Les actifs et fonds publics gérés par l'Institut national de contrôle des médicaments*]

### Cour des comptes européenne

- Rapport spécial n° 7/2019 – Actions de l'UE dans le domaine des soins de santé transfrontaliers: de grandes ambitions, mais une meilleure gestion s'impose (2019)
- Rapport spécial n° 28/2016 – Menaces transfrontières graves pour la santé dans l'UE: des mesures importantes ont été prises mais il faut aller plus loin (2016)

## Abréviations, sigles et acronymes

**BPCO:** bronchopneumopathie chronique obstructive

**DG SANTE:** direction générale de la santé et de la sécurité alimentaire

**EFSI:** Fonds européen pour les investissements stratégiques

**EOPYY:** organisation nationale grecque des services de santé

**ERN:** réseau européen de référence

**ETK:** institut central d'assurance pensions de Finlande (*Eläketurvakeskus*)

**FSE+:** Fonds social européen plus

**GPUE:** Groupement pharmaceutique de l'Union européenne

**HSE:** administration des services de santé en Irlande (*Health Service Executive*)

**IPC:** indicateur de performance clé

**IRM:** imagerie par résonance magnétique

**ISA:** autorité des systèmes d'information en Estonie (*Information System Authority*)

**ISC:** institution supérieure de contrôle

**ISEB:** indicateurs de santé européens de base

**Modèle SOME:** modèle d'analyse finlandais des dépenses de sécurité sociale

**Muface:** Mutuelle générale des fonctionnaires d'État espagnols (*Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado*)

**NCPHA:** centre national de santé publique et d'analyse de Bulgarie (*National Center of Public Health and Analysis*)

**NHIF:** caisse nationale d'assurance maladie de Bulgarie (*National Health Insurance Fund*)

**OCDE:** Organisation de coopération et de développement économiques

**OMS:** Organisation mondiale de la santé

**ONU:** Organisation des Nations unies

**ÖQMed:** société autrichienne pour l'assurance de la qualité et la gestion de la qualité en médecine (*Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin*)

**PIB:** produit intérieur brut

**PPP:** partenariat public-privé

**Réforme SOTE:** réforme du système social et de santé finlandais

**RKKP:** programme danois de suivi de l'évolution de la qualité clinique (*Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram*)

**TFUE:** traité sur le fonctionnement de l'Union européenne

**TIC:** technologies de l'information et de la communication

**TVA:** taxe sur la valeur ajoutée

## Glossaire

**Accès universel aux soins de santé:** disponibilité de services de santé au moment et à l'endroit opportuns ainsi qu'à un prix adéquat

**Développement durable:** selon le «rapport Bruntland» de 1987 élaboré pour l'Assemblée générale des Nations unies, le développement durable est un développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la possibilité pour les générations futures de satisfaire les leurs.

**Directive de l'UE sur les soins de santé transfrontaliers:** directive visant à garantir aux patients un accès à des soins médicaux transfrontaliers sûrs et de qualité élevée au sein de l'Union, ainsi que leur remboursement aux mêmes conditions que celles prévalant dans leur pays d'affiliation

**Évaluation des technologies de la santé (ETS):** approche scientifique permettant d'évaluer l'efficacité des technologies de la santé

**Fonds européen pour les investissements stratégiques (EFSI):** initiative lancée conjointement par le groupe BEI – la Banque européenne d'investissement et le Fonds européen d'investissement – et par la Commission européenne, afin d'aider à combler le déficit d'investissements que connaît actuellement l'UE. L'EFSI est l'un des trois piliers du plan d'investissement pour l'Europe, qui vise à relancer l'investissement dans des projets stratégiques dans toute l'Europe, de manière à s'assurer que l'argent parvienne effectivement à l'économie réelle.

**Fonds social européen plus (FSE+) / Fonds structurels:** Fonds de l'UE constitués du Fonds européen de développement régional (FEDER) et du Fonds social européen (FSE). Avec le Fonds de cohésion, leurs activités pour la période de programmation 2007-2013, qui visent à soutenir la croissance régionale et à favoriser la création d'emplois, correspondent à 308 milliards d'euros (aux prix de 2004).

**Horizon 2020:** instrument financier qui met en œuvre l'Union pour l'innovation, initiative phare de la stratégie Europe 2020 visant à garantir la compétitivité de l'Europe à l'échelle mondiale

**Indicateurs de santé européens de base (ISEB):** ensemble d'indicateurs permettant de suivre l'état de santé des citoyens de l'UE et la performance de ses systèmes de santé

**Infection associée aux soins:** infection survenant à l'occasion du traitement d'un patient par un professionnel de santé, que ce soit à l'occasion de soins ambulatoires en ville, dans un établissement médico-social ou encore dans un établissement de santé

**Marché unique numérique:** espace dans lequel la libre circulation des biens, des personnes, des services et des capitaux est garantie. C'est un espace où les particuliers et les entreprises peuvent, quels que soient leur nationalité et leur lieu de résidence, accéder et se livrer à des activités en ligne dans un cadre garantissant une concurrence loyale et un niveau élevé de protection des consommateurs et des données à caractère personnel.

**Modèle beveridgien:** système d'assurance-maladie public financé par les impôts, qui fournit généralement une couverture universelle et qui est fondé sur la résidence ou la citoyenneté

**Modèle mixte d'assurance-maladie:** système d'assurance-maladie reposant sur des fonds privés provenant de régimes d'assurance volontaires ou de paiements directs

**Mortalité évitable grâce à la prévention:** décès susceptibles d'être évités grâce à la santé publique et à la prévention

**Mortalité évitable grâce au système de soins:** décès qui auraient pu être évités grâce à des soins de santé efficaces dispensés au moment opportun

**Politique de cohésion de l'UE:** politique dont l'objectif est de renforcer la cohésion économique et sociale au sein de l'Union européenne en réduisant l'écart du niveau de développement entre les régions de l'UE

**Prescription en ligne:** établissement, transmission et classement électroniques des ordonnances médicales

**Réseaux européens de référence (ERN):** réseaux virtuels réunissant des prestataires de soins de santé de toute l'Europe. Ils ont pour objectif de faciliter le dialogue sur des maladies rares ou complexes et des pathologies qui nécessitent un traitement hautement spécialisé et une concentration des connaissances et des ressources.

**Santé en ligne:** ensemble des outils et services qui utilisent les technologies de l'information et de la communication pour améliorer la prévention, le diagnostic, le traitement, la surveillance ou la gestion de la santé

**Santé publique:** science qui vise à prévenir les maladies, à prolonger la vie et à promouvoir la santé grâce aux efforts organisés de la société



**Semestre européen:** cadre de coordination des politiques économiques dans l'ensemble de l'Union européenne. Il permet aux pays de l'UE d'examiner leurs plans économiques et budgétaires et de suivre les progrès accomplis à certains moments précis de l'année.

**Système d'assurance sociale (ou modèle bismarckien):** système d'assurance-maladie dans lequel les soins de santé sont financés par des cotisations sociales obligatoires

## Comment prendre contact avec l'Union européenne?

### En personne

Dans toute l'Union européenne, des centaines de centres d'information Europe Direct sont à votre disposition. Pour connaître l'adresse du centre le plus proche, visitez la page suivante: [https://europa.eu/european-union/contact\\_fr](https://europa.eu/european-union/contact_fr)

### Par téléphone ou courrier électronique

Europe Direct est un service qui répond à vos questions sur l'Union européenne. Vous pouvez prendre contact avec ce service:

- par téléphone:
  - o via un numéro gratuit: 00 800 6 7 8 9 10 11 (certains opérateurs facturent cependant ces appels),
  - o au numéro de standard suivant: +32 22999696
- par courrier électronique via la page [https://europa.eu/european-union/contact\\_fr](https://europa.eu/european-union/contact_fr)

## Comment trouver des informations sur l'Union européenne?

### En ligne

Des informations sur l'Union européenne sont disponibles, dans toutes les langues officielles de l'UE, sur le site internet Europa à l'adresse [https://europa.eu/european-union/index\\_fr](https://europa.eu/european-union/index_fr)

### Publications de l'Union européenne

Vous pouvez télécharger ou commander des publications gratuites et payantes à l'adresse <https://publications.europa.eu/fr/publications>. Vous pouvez obtenir plusieurs exemplaires de publications gratuites en contactant Europe Direct ou votre centre d'information local [https://europa.eu/european-union/contact\\_fr](https://europa.eu/european-union/contact_fr)

### Droit de l'Union européenne et documents connexes

Pour accéder aux informations juridiques de l'Union, y compris à l'ensemble du droit de l'UE depuis 1952 dans toutes les versions linguistiques officielles, consultez EUR-Lex à l'adresse suivante: <https://eur-lex.europa.eu>

### Données ouvertes de l'Union européenne

Le portail des données ouvertes de l'Union européenne (<http://data.europa.eu/euodp/fr>) donne accès à des ensembles de données provenant de l'UE. Les données peuvent être téléchargées et réutilisées gratuitement, à des fins commerciales ou non commerciales.

