

SYSTEME DE COMPTES DE LA SANTE 2011

Version abrégée

version juin 2012

AVANT-PROPOS

Les systèmes de santé continuent d'évoluer dans tous les pays, suite aux changements démographiques et pathologiques, aux progrès technologiques rapides et aux mécanismes de financement et de fournitures de soins de plus en plus complexes, pour ne citer que quelques facteurs. Dans les efforts consentis pour l'atteinte de certains des objectifs communs du système de santé à savoir l'équité, l'efficacité et l'efficacités des soins, une des questions essentielles qui se posent aux décideurs politiques est la suivante : « *combien dépensons-nous en santé et est-ce que cela se mesure de façon comparable ?* »

Pour répondre aux besoins croissants des analystes et des décideurs politiques en informations sur les dépenses de santé, *Le Système de Comptes de la Santé* (SCS) a proposé un cadre pour une description systématique des flux financiers relatifs aux soins de santé. Le SCS a pour but de décrire le système de soins de santé du point de vue de dépenses pour les besoins internationaux et nationaux.

Depuis la première publication du *Système de Comptes de la Santé* (SCS) par l'OCDE en 2000, et la publication ultérieure du Guide pour l'Elaboration des Comptes Nationaux de la Santé avec des applications spécifiques pour les pays à revenus faibles et moyens en 2003, presque dix ans d'expérience en matière de comptabilité de la santé a pu être rassemblée par les différents pays. Cela a créé le besoin d'une mise à jour afin de corriger certaines insuffisances apparentes dans le manuel initial, mais c'était également l'occasion de prendre en compte certaines évolutions dans les systèmes de soins de santé. En 2006, l'OCDE, Eurostat et l'OMS ont convenu formellement de conjuguer leurs efforts pour superviser la révision du Manuel sur le SCS, en vue de produire une référence mondiale en matière de comptabilité de la santé.

Le Système de Comptes de la Santé 2011 est le résultat d'un processus d'une vaste et profonde concertation de quatre ans, qui a permis de collecter la contribution et les commentaires d'une multitude d'experts nationaux et autres organisations internationales dans le monde entier. Qu'ils en soient tous remerciés. Le Manuel s'évertue à réaliser un consensus tout en reflétant les différentes perspectives et priorités dans le domaine des comptes de la santé en expansion.

Cette publication a été préparée par l'Equipe Internationale des Comptes de la Santé (EICS), composée des experts suivants venant des trois organisations : Roberto Astolfi, Rebecca Bennetts, Hartmut Buchow, William Cave, Didier Dupré, Patricia Hernández, Sandra Hopkins, Dorota Kawiorska, Luca Lorenzoni, Nathalie Van de Maele, David Morgan, Cornelis van Mosseveld, Eva Orosz, Markus Schneider, Tessa Tan Torres et Jens Wilkens. Elle a également bénéficié des commentaires sur les différentes versions intermédiaires par d'autres collègues. Les remerciements vont également à la haute direction des trois organisations coordinatrices, notamment à Anne Clemenceau, Marleen De Smedt, David Evans, Mark Pearson, et Peter Scherer pour l'assistance qu'ils ont apporté lors du pilotage du processus de révision du SCS. Ce Manuel est une coédition de l'OCDE, de l'Union Européenne et de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Cette publication résume le Manuel du Système de Comptes de la Santé 2011 (SCS 2011) créé en collaboration avec l'OCDE, la Commission Européenne et l'OMS. Elle répond aux besoins des experts et des utilisateurs de comptabilité de la santé d'accéder facilement à une référence mondiale qui conserve les concepts, les classifications et les explications essentiels dans un format allégé. La structure de cette version abrégée se modèle sur la structure du Manuel. Si le lecteur veut de plus amples renseignements sur ce qui est contenu dans cette publication, il lui est fortement conseillé de consulter en premier lieu le chapitre ou l'annexe correspondante dans le SCS 2011 qui est disponible en ligne [ajouter le [lien au site-web OMS - SCS 2011 version française](#)].

Cette version abrégée consiste en textes sélectionnés extraits du Manuel SCS 2011, qui peut être consulté en matière de référence. La responsabilité de la sélection des textes et de la rédaction de cette version revient à l'OMS, en particulier W. Cave qui l'a préparé en collaboration avec l'équipe NHA de l'OMS (P. Hernández, N. Van de Maele et C. van Mosseveld).

Table des Matières

AVANT-PROPOS	2
PARTIE 1 FONDEMENTS DU SYSTEME DE COMPTES DE LA SANTE.....	8
CHAPITRE 1. INTRODUCTION	8
CHAPITRE 2. OBJECTIFS ET PRINCIPES DES COMPTES DE LA SANTE.....	9
CHAPITRE 3. CONCEPTS DE COMPTABILITE ET AGREGATS DU SCS	11
CHAPITRE 4. DELIMITATIONS GLOBALES DES SOINS DE SANTE	13
CHAPITRE 5. CLASSIFICATION DES FONCTIONS DE SOINS DE SANTE (ICHA-HC). 16	
CHAPITRE 6. CLASSIFICATION DES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTE (ICHA-HP) 44	
CHAPITRE 7. CLASSIFICATION DES REGIMES DE FINANCEMENT (ICHA-HF).....	62
PARTIE 2 AUTRES CLASSIFICATIONS, APPLICATIONS ET METHODOLOGIE CONCERNANT LES COMPTES DE LA SANTE.....	83
CHAPITRE 8. CLASSIFICATION DES REVENUS DES REGIMES DE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTE (ICHA-FS).....	83
CHAPITRE 9. CLASSIFICATION DES FACTEURS DE PRESTATION DES SOINS DE SANTE (ICHA-FP)	91
CHAPITRE 10. CLASSIFICATION DES DÉPENSES DE SANTÉ PAR CARACTÉRISTIQUES DES BÉNÉFICIAIRES	97
CHAPITRE 11. FORMATION DE CAPITAL DANS LES SYSTEMES DE SANTE.....	102
CHAPITRE 12. LE COMMERCE DANS LES SOINS DE SANTE	107
CHAPITRE 13. MESURES DES PRIX ET VOLUME	109
CHAPITRE 14. COMPTABILITE DE BASE ET DIRECTIVES DE COMPILATION	110
CHAPITRE 15. PRESENTATION DES RESULTATS, TABLEAUX ET INDICATEURS DE BASE	121
ANNEXES.....	131
ANNEXE A. RELATION ENTRE LA NOMENCLATURE ICHA ET LES AUTRES CLASSIFICATIONS	131
ANNEXE B. RELATION ENTRE LE SCS ET LE SCN	134
ANNEXE C. LES RESSOURCES HUMAINES DANS LA CITP-08.....	137
ANNEXE D. FINANCEMENT DES SYSTEMES DE SANTE: QUELQUES OUTILS COMPLEMENTAIRES	139
ANNEX E. CLASSIFICATION DES PRODUITS DE SANTE.....	144
.....	149
ANNEXE F. CLASSIFICATIONS MEDICALES	149
ANNEXE G. CLASSIFICATION INTERNATIONALE ET TYPE POUR LE COMMERCE ET LE TOURISME.....	153

ACRONYMES

AMS	Assurance Maladie Sociale
ATC	Anatomic Therapeutic Chemical Classification (Système de classification anatomique, thérapeutique et chimique)
AVQ	Activités de la vie quotidienne
BM	Banque Mondiale
CCF	Consommation de Capital Fixe
CESM	Comptes d'Épargne pour Soins Médicaux
CFAP	Classification des Fonctions des Administrations Publiques (COFOG)
DCS	Dépenses courantes de santé
CIM	Classification Internationale des Maladies
CITI	Classification Internationale par Type d'Industrie
CITP	Classification Internationale type des professions
CNS	Comptabilité Nationale de la Santé
COI	Cost of Illness (Coût de la maladie)
CPA	Classification des Produits par Activité
CPC	Classification Centrale des Produits
DTS	Dépense Totale de Santé
EICS	Equipe Internationale des Comptes de la Santé
EVBS	Espérance de Vie en Bonne Santé
FBC	Formation Brute de Capital
FBCF	Formation Brute de Capital Fixe
FMI	Fonds Monétaire International
FS	Classification des Revenues des Systèmes de Financement des Soins de Santé
GBD	Global Burden of Disease (Charge Mondiale de Morbidité)
GHM	Groupe Homogène de Malades
HC	Nomenclature des fonctions des soins de santé
HETUS	Harmonised European Time Use Survey (Harmonisation des enquêtes européennes sur l'utilisation du temps)
HF	Classification of Health Care Financing Schemes (Nomenclature des Sources de Financement)
HMO	Health Maintenance Organisation (Organisme d'assurance maladie)
HP	Classification of Health Care Providers (Nomenclature des Prestataires de Soins)
HS	Harmonised Commodity Description and Coding System (Système harmonisé de désignation et de codification des marchandises)
IADL	Instrumental Activities of Daily Living Restrictions (Restrictions dans les activités instrumentales de la vie quotidienne)
ICHA	International Classification for Health Accounts (Classification Internationale pour les Comptes de la Santé)
IEC	Information, Education et Communication sur les Questions de Santé
IFP	Initiative de Financement Privé
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique

ISBLSM	Institutions sans but lucratif au service des ménages
ISHMT	International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation (Liste Restreinte Internationale de Classification de Morbidité dans les Hôpitaux)
JHAQ	Joint Health Accounts Questionnaire (OECD-Eurostat-WHO) (Questionnaire commun OCDE-Eurostat-OMS sur les Comptes de la Santé)
LMIC	Lower- and Middle-Income Countries (Pays à revenu faible et intermédiaire)
MBP6	6 ^e édition du Manuel de la balance des paiements du FMI
MdF	Mode de fourniture
MDS	Ministère de la Santé
MGEN	Mutuelle générale de l'Éducation nationale
MSFP	Manuel de statistiques de finances publiques
MTCA	Médecine Traditionnelle Complémentaire et Alternative
NACE	Nomenclature des activités économiques dans la Communauté européenne
NAICS	North American Industry Classification System (Système de Classification de l'Industrie Nord Américaine)
NHI	National Health Insurance (Régime Nationale d'Assurance Maladie)
NRCMS	New Rural Co-operative Medical Scheme (China)
NU	Nations Unies
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non-gouvernementale
OPS	Organisation Panaméricaine de la Santé
OTC	Over-the-Counter Medicines (Médicaments sans ordonnances)
PBR	Psychological and behavioural rehabilitation (Réadaptation psychologique et comportementale)
PG	Guide pour l'Elaboration des Comptes Nationaux de la Santé de l'OMS
POM	Médicaments Délivrés Uniquement Sur Ordonnance
PPA	Parité du Pouvoir d'Achat
PVH	Papillomavirus Humain
RHS	Ressources Humaines Consacrées à la Santé
RdM	Reste du Monde
SCN	Système de Comptabilité Nationale
SCS	Système de Comptes de la Santé
SEAGNU	Session Extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies
SEC	Système Européen de Comptes
SESPROS	Système Européen de statistiques intégrées de la protection sociale
SFP	Manuel de statistiques de finances publiques 2001
TPE	Dépenses Totales en Produits Pharmaceutiques
USAID	United States Agency for International Development (Agence de Coopération pour le Développement International des Etats Unis)
VIH/SIDA	Virus de l'Immunodéficience Humaine / Syndrome de l'Immunodéficience Acquis
VPHI	Assurance Maladie Volontaire

REMERCIEMENTS

Cette publication a elle-même bénéficié des nombreux commentaires et contributions d'un grand nombre d'experts et d'organisations tout au long du processus de consultation, notamment de : Sawsan AbdulKarim, Aw Abou, Hedi Achouri, Nicoleta Adamescu, Baktygul Akkazieva, Faisal Al Gohaly, Fatina Al Halwani, Eyob Asbu, Maria Angelica Borges dos Santos, Daniel Arán, Luis Armando Ruiz Morales, Leticia Avila, Osmat Azzam, Vinod B. Annigeri, Ernesto Báscolo, D. Bayarsaikhan, John Beard, Tahmina Begum, Pedro Bivona, Marc Bura, Alexandra Carvalho, Leonor Cedillo, Kwok Cho Tang, Andrea Collado, Cathy Cowan, Jonathan Cylus, the Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión, Le Ministère de la Santé et de la Consommation (Espagne), Finka Denkova, Tesfaye Dereje, Michel Duée, Varatharajan Durairaj, Zine Eddine Elidrissi, Irina Falkovich, the Centers for Medicare and Medicaid Services (Etats Unis), Ministère de la Santé et de la Prévention (Danemark), Milena Gajic, Gauden Galea, Charu Garg, Ketevan Goginashvili, Rozita Halina Tun Hussein, Hilda Harb, John Henderson, Jakub Hrkal, Jacques Huguenin, Mie Inoue, l'Institut Canadien d'Informations sur la Santé, Georgeta Istrate, Natalja Jedomskihh-Eigo, Hyoung-Sun Jeong, Ben Jesse, Solomon Kagulula, Moussa Keita, Maryam Khoshakhlagh, Geoffrey Kimani, Felicia Knaul, Michal Kozinski, Joe Kutzin, Jennifer Ligoton, Christina Liwendahl, Joses M. Kirigia, Redencion M. Ignacio, Ricardo M. de Moraes, Sigita Maciukiene, Richard Madden, Ajay Mahal, Vittorio Mapelli, Nora Markova, Awad Mataria, Colin D. Mathers, Thomas Mbeeli, Diana Miguez, Gloria Miriam Rubio, Dirk Moens, Alejandro Moliné, Michael Müller, Laurent Musango, Stephen N. Muchiri, Juliet Nabyonga, Le Conseil National de la Santé et de la Protection Sociale (Suède), Manuela Nöthen, Le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales (Suède), Wadji Ndack, Alana Officer, Marie-Jeanne Offossé, Alireza Olyae Manesh, Alain Palacios, Lassina Pare, Ramón Perez Minaya, Margarita Petrer, Vincent van Polanen Petel, Augusto Portocarrero Grados, Jean-Pierre Poullier, Isabel Quintela, Rachel H. Racelis, Azizur Rahman, Ravindra Rannan-Eliya, Magdalena Rathe, Saadiya Razzaq, Cynthia Regalado, Jorge Relano, José Luis Reséndiz Jacinto, Carmen Reyes, Mary Reyes, Cruz Rivero Carlos, Molly Robinson, Rosa Maria Rodríguez Skewes, Raymond Rossel, Tomas Roubal, Sarit Rout, Racquel Dolores Sabeñano, Belgacem Sabri, Rocío Sáenz, Auguste Sagbohan, Hossein Salehi, Farba Sall, Luis Salvador-Corulla, Shekhar Saxena, Arthur Sensenig, Aparnaa Somanathan, Alice Soumaré, Sidikou Soumaré, Romaric Somé, Samrit Srithamrongsawat, Kristina Stig, Bernd Struck, Ruben Suarez, Statistics Sweden, l'Association Suédoise des Autorités Locales et Régionales, Páll Szilárd, Viroj Tangcharoensathien, Jeffrey Tshabalala, Alexander Turdziladze, Ricardo Valladares, Jan van Tongeren, Chitpranee Vasavid, Piet Verbiest, John Verrinder, Ana Vicente, Nilhda Villacres, Raymond Wagener, Quan Wan, Xiaoping Xie, Catherine Zaidman, Jameela Zainuddin, Tiemin Zhai, Xiaorui Zhang, Yuhui Zhang, Yuxin Zhao et André Zida.

Les différentes versions intermédiaires des chapitres ont également bénéficiés des commentaires des délégués aux réunions annuelles des Experts en Comptes de la Santé de l'OCDE, du Groupe Technique d'Eurostat sur les Soins, et des Réunions de Concertation Régionale de l'OMS organisées à Ouagadougou, à Shanghai, au Caire, à Mexico, à Genève, à Seoul, à Cuernavaca, Nairobi, Punta Cana, Manila et Beijing.

Le processus de révision a également reçu l'appui financier de la Fondation Bill et Melinda Gates et de la Commission Européenne.

PARTIE 1

Fondements du Système de Comptes de la Santé

CHAPITRE 1. INTRODUCTION

Les comptes de la santé font une description systématique des flux financiers liés à la consommation de biens et services de santé. Ils visent principalement à décrire le système de santé du point de vue des dépenses. Une des priorités premières est de développer des données fiables en temps voulu qui sont comparables entre pays et dans le temps. Cela est indispensable pour le suivi des tendances en matière de dépenses de santé et les facteurs qui les sous-tendent, qui peuvent à leur tour être utilisées pour la comparaison entre pays et pour les projections dans l'avenir sur la manière dont elles vont se développer. Les comptes de la santé sont donc exploités de deux manières: au plan international, en mettant l'accent sur la sélection des données de dépenses comparables internationalement, et au plan national, avec plus d'analyses détaillées sur les dépenses en soins de santé et plus d'emphase sur la comparaison dans le temps. Les comptes de la santé sont d'une grande importance pour ces deux utilisations.

Le Manuel lui-même s'inspire et se fonde sur un certain nombre de manuels et de guides internationaux sur la comptabilité des dépenses de santé, et notamment davantage sur : *Le Système des Comptes de la Santé* (« SCS 1.0 ») (OCDE, 2000) ; le *Guide pour l'élaboration des comptes de la santé* (« Le Guide des producteurs des comptes nationaux de la santé »(PG)) (OMS, Banque Mondiale, USAID, 2003) ; et le *SHA Guidelines* (Eurostat/UK ONS, 2003). La richesse des expériences acquises dans la mise en œuvre des différents guides dans le monde, les résultats de projets spécifiques de comptabilité de la santé, et les efforts entrepris dans la collecte de données internationales¹ ont été d'un grand apport dans l'élaboration de ce Manuel.

Différences et améliorations entre le SCS 1.0 et le SCS 2011

Le SCS 2011 introduit un certain nombre de changements et d'améliorations par rapport au SCS 1.0. Tout d'abord, il renforce la relation *triaxiale* qui est au cœur du Système de Comptes de la Santé et de sa description des soins de santé et des dépenses de santé à long terme – à savoir, que ce qui est consommé a été fourni et financé. Cette triangulation maintient les principes directeurs du SCS 1.0 et du PG. Le SCS 2011 offre une couverture plus complète dans la classification fonctionnelle dans des domaines tels que la prévention et les soins à long terme; une situation plus concise de l'univers des prestataires de soins de santé, avec des liens plus étroits avec les classifications types des industries; et une approche précise pour le suivi des financements du secteur de la santé par l'utilisation de nouveaux systèmes de classification des financements.

Dans l'ensemble, l'accent a toutefois été davantage mis sur la nécessité de préserver les investissements et les efforts consentis par les pays à ce jour pour institutionnaliser les comptes de la santé. Sous réserve d'une collecte de données pilote réussie et d'une vérification de la méthodologie, tout changement proposé aux méthodes de classification et de comptabilité devrait être introduit graduellement et par étape, de sorte à garantir une transition harmonieuse entre le SCS 1.0 et le SCS 2011.

CHAPITRE 2. OBJECTIFS ET PRINCIPES DES COMPTES DE LA SANTE

Introduction

Ce chapitre donne une vue générale des objectifs du Système de Comptes de la Santé, et décrit les principes sur lesquels il est bâti.

Buts et objectifs du *Système de Comptes de la Santé 2011*

Le SCS 2011 décline la norme de classification des dépenses de santé selon les trois axes qui sont la consommation, la fourniture et le financement. Il sert d'orientation et d'appui méthodologique à la compilation des comptes de la santé. Plus spécialement, les objectifs du *Système des Comptes de la Santé 2011* sont les suivants :

- proposer un cadre pour les principaux agrégats pertinents à la comparaison internationale des dépenses de santé, et à l'analyse du système de santé
- proposer un outil, extensible par les pays individuellement, qui permette de produire des données utiles au suivi et à l'analyse du système de santé.
- définir des délimitations des soins de santé harmonisées au plan international pour le suivi des dépenses et de la consommation

En vue d'atteindre ces objectifs, le SCS 2011 offre une base de collecte, de classement et d'estimations de tous les flux monétaires liés aux dépenses de santé.

Principes du *Système de Comptes de la Santé 2011*

Le principe directeur qui a guidé la définition des dimensions et classification du SHA 2011 a été la pertinence et l'utilité aux besoins analytiques de la santé, la continuité avec les normes existantes, et l'amélioration des liens vers les Systèmes des Comptes Nationaux (SCN). Le point de départ du SCS 2011 se situe au niveau de la consommation des services et des biens par la population résidente d'un pays ou d'une région. Cela influence la structure des classifications en ce que la consommation finale par les résidents vient en priorité avant la production.

Ce Manuel a été élaboré en appliquant une approche fonctionnelle à ce qui est fourni et consommé en soins de santé. Cela signifie que les dépenses de santé sont prises en compte, quelque soit la manière et par qui le service ou le bien est financé, ou comment et par qui il a été fourni.

Les systèmes de santé et le *Système de Comptes de la Santé*

Les systèmes de santé ont des cadres complexes, déterminés au plan national, qui sont fortement influencés par des facteurs culturels, politiques et économiques avec des liens dans tous les secteurs d'activités économiques, de l'administration publique et diverses activités liées à la participation sociale. En raison du caractère multifactoriel de la santé, et de la contribution multisectorielle à l'état de santé, le cadre des systèmes de santé est bien plus large que l'approche SCS, notamment au regard des délimitations des dépenses de santé. Bien que les systèmes de santé varient énormément d'un pays à l'autre, le SCS vise à consolider les données internationales sur les dépenses de santé, en délimitant les frontières des soins de santé selon la classification fonctionnelle.

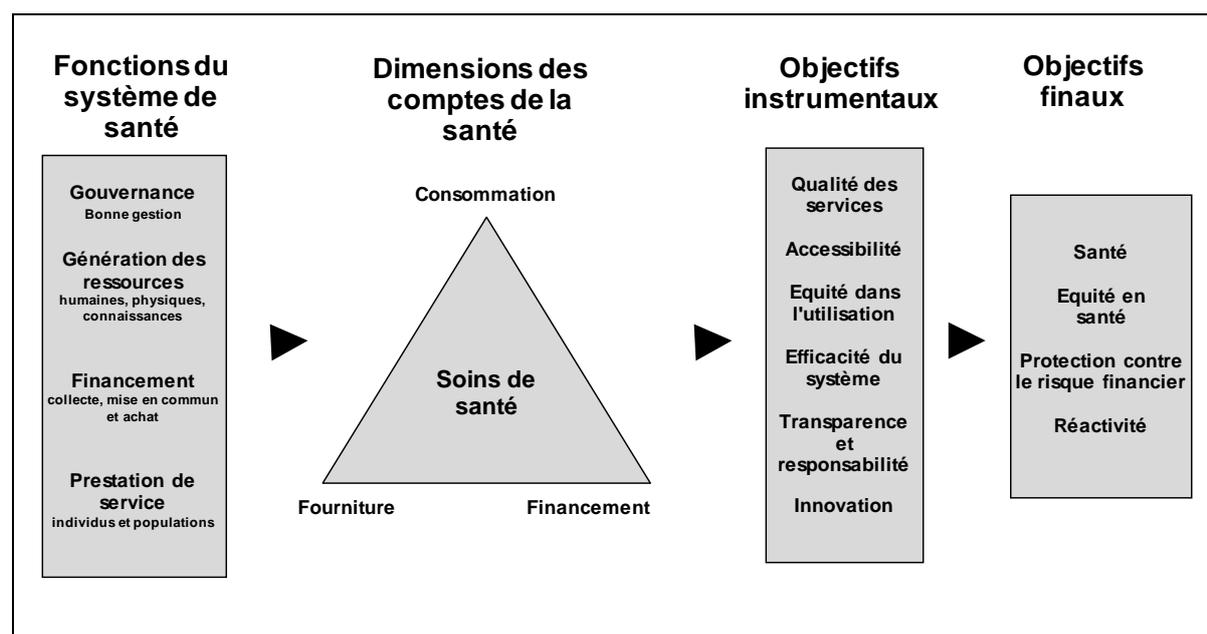
Le cadre du système de santé décrit par l'Organisation Mondiale de la Santé se définit comme consistant en toutes les organisations, institutions, ressources et personnes dont le but primaire est d'améliorer la santé (OMS, 2000). Quatre composantes ou *fonctions* dans ce cadre sont indispensables

pour atteindre les objectifs ultimes, qui constituent également les normes par lesquelles l'on mesure sa performance ultime. Il s'agit de :

- *La gouvernance* – supervision du système, en termes de formulation de politique, de réglementation appropriée et de suivi ;
- *La création de ressources* – investissements dans les ressources humaines, de même que dans les intrants et technologies essentiels (produits et technologies médicaux et biens d'équipement) ;
- *Financement* – mobilisation de ressources pour la santé, mise en commun des ressources et achat de services ;
- *La fourniture de services* (fourniture) – « combinaison d'apports entrant dans le processus de production de services qui résultent en interventions de santé au profit d'individus ou de la communauté (...) ; vise à produire un mélange de services personnels et non personnels les meilleurs et les plus efficaces, et à les rendre accessibles » (OMS, 2005a).

La figure 2.1 présente à quels niveaux les différentes dimensions du SCS s'intègrent aux différentes fonctions du système de santé et aux objectifs du cadre du système de santé, reflétant la pertinence en termes de politique de ces dimensions.

Figure 2.1. Liens entre les cadres des systèmes de santé et les comptes de la santé



Source: Adaptation de l'OMS (2000).

Le Chapitre 2 du Manuel SCS 2011 complet fournit une discussion plus élaborée de ces concepts et conclut par une discussion sur la façon dont l'information sur les dépenses de santé a été utilisée dans le passé et sur quelques usages analytiques anticipés de l'information générée de l'adoption de SCS 2011.

CHAPITRE 3. CONCEPTS DE COMPTABILITE ET AGREGATS DU SCS

Introduction

Ce chapitre donne une vue générale des concepts et des agrégats principaux utilisés dans le Manuel. Tandis que chaque agrégat est détaillé dans les chapitres suivants, ce chapitre se concentre sur la relation entre la consommation des biens et services de santé et toutes les utilisations possibles des biens et services de santé dans l'économie. La gamme des utilisations possibles comprend la consommation intermédiaire, la formation de capital et les exportations.

La comptabilité et la comptabilité nationale comme fondation pour le système de comptes de la santé

Le Système des Comptes de la Santé exploite et repose à la fois sur les comptes liées aux soins de santé des organisations et des ménages, de même que des agrégats compilés dans les comptes nationaux. Plus le SCS peut établir un lien étroit avec les normes de la comptabilité d'entreprise et de la comptabilité publique, aux normes internationales et nationales d'enregistrement des données de santé, et aux définitions de la comptabilité nationale, plus il permettra de produire des comptes de la santé et plus ces comptes seront utiles aux analyses.

Consommation, disponibilité et utilisation des biens et services de santé

Cette section examine le concept central du SCS qui est la *consommation* des biens et services de santé en lien avec la perspective SCN de l'*utilisation* des biens et services de santé. Tous les biens et services de santé qui sont disponibles dans un pays sont soit fournis par des prestataires nationaux soit importés du reste du monde. Ils peuvent alors être utilisés pour différents besoins, soit pour satisfaire les besoins en santé de la population, ou en tant qu'apports dans la production d'autres biens et services de santé. Par exemple, un radiologue peut offrir des consultations à des patients résidents dans le pays, aux touristes étrangers ou à un autre prestataire de santé (un collègue ou un hôpital par exemple). Ces biens ou services de santé produits et importés dans le territoire économique et utilisés par un résident pour satisfaire un besoin individuel ou collectif sont classifiés comme consommation finale et sont inclus dans le cadre principal de comptabilité de la santé. Toutefois, les cas suivants sont considérés comme étant situés hors des frontières des comptes du SCS qui comprennent les fonctions, les prestataires, et les systèmes de financements.

- Si l'utilisateur est non résident, les produits sont des exportations ;
- Si les biens et services de santé sont utilisés par d'autres prestataires de soins médicaux, ils sont considérés comme facteurs de fourniture (consommation intermédiaire) ;
- Si les biens de santé sont gardés pour utilisation future, ils sont comptabilisés comme changements dans les inventaires, ou stocks de biens.

Les principaux agrégats des dépenses de santé

Dépenses courantes en santé

<p><i>Dépenses courantes en santé</i> = dépenses de consommation finale d'unités résidentes en biens et services de santé</p>

En d'autres termes, les dépenses courantes en santé (DCS) quantifient les ressources économiques dépensées pour les fonctions de santé tels qu'identifiés par les délimitations de la consommation dans le Chapitre 4. En outre, le SCS se préoccupe principalement des biens et services de santé consommés par les unités résidentes *uniquement*, quel que soit le lieu où la consommation a lieu (c'est-à-dire, dans le territoire économique ou dans le reste du monde), ou la personne qui paye. Par conséquent, les exportations de biens et services de santé (fournis aux unités non résidentes), sont *exclus*, alors que les importations de biens et services de santé pour usage final sont *inclus*.

Dépenses de formation brute de capital formation dans le système de soins de santé

La distinction entre dépenses courantes en biens et services de santé et dépenses en capital dans les industries de la santé est importante. Les biens d'équipement constituent une composante essentielle de la demande des prestataires de services de santé et jouent un rôle crucial dans la fourniture des services et biens de santé afin de maintenir ou agrandir leur production.

La formation brute de capital dans le système de santé se mesure par la valeur totale des *actifs* que les prestataires ont *acquis* pendant l'exercice fiscal (moins la valeur des ventes d'actifs de même nature) et qui sont utilisés fréquemment ou pendant plus d'une année dans la fourniture des services de santéⁱⁱ

Dépenses totales de santé (SCS 1.0)

L'approche prise dans le SCS 1.0 consistait à additionner les deux agrégats des « dépenses courantes en santé » et « la formation brute de capital » pour arriver aux « dépenses totales de santé ». Toutefois, l'utilisation de l'agrégat « dépenses totales de santé » avait tendance à être mal comprise.

Il est recommandé de garder les deux agrégats « dépenses courantes en santé » et « formation brute de capital » distincts dans le SCS 2011, et de décourager l'utilisation de l'agrégat « dépenses totales de santé (DTS) », tout au moins pour ce qui est de l'utilisation qui en avait été faite dans le SCS 1.0.

Période d'enregistrement

La période d'enregistrement de la consommation finale des dépenses au niveau du SCS comporte deux éléments :

- i. Année calendaire contre exercice fiscal;
- ii. Comptes de régularisation contre la comptabilité des liquidités

D'abord, il faut choisir une période particulière au cours de laquelle les activités ont eu lieu. Le plus souvent, il s'agit de l'exercice fiscal ou l'année calendaire. Pour les besoins de la comparabilité internationale, la préférence est accordée à l'année calendaire. Dans un tel cas, le comptable de santé doit ajuster les chiffres dans son rapport de sorte à ce qu'une seule période est utilisée.

Le deuxième élément de la contrainte temps consiste en la distinction entre le moment où l'activité a eu lieu et le moment où la transaction qui a permis de régler l'activité a eu lieu. Dans la pratique, cela implique un choix entre une comptabilité de régularisation et une comptabilité de liquidité. SCS 2011 donne la préférence à la méthode de régularisation, dans laquelle les dépenses sont attribuées à la période pendant laquelle la valeur économique a été créée.

Le Chapitre 3 du Manuel SCS 2011 complet examine le concept central de consommation, considérant la distinction entre les dépenses de consommation finale et *la consommation finale réelle*, et examine le rôle des transferts de capital. Il explore aussi diverses questions concernant la valeur des transactions marchandes et non marchandes. Il traite les principales similarités et différences entre SCS et SCN.

CHAPITRE 4. DELIMITATIONS GLOBALES DES SOINS DE SANTE

Introduction

Ce chapitre met l'accent sur la délimitation des activités de soins de santé qui sous-tend le cadre principal de comptabilité du SCS 2011. En outre, il introduit les interfaces du cadre principal, ce qui permet la compilation des comptes supplémentaires pour des besoins analytiques et les relations avec les autres systèmes statistiques.

Les délimitations des soins de santé: focalisation sur les fonctions

La classification fonctionnelle des soins de santé (ICHA-HC) délimite les frontières entre les activités de soins de santé à partir d'une perspective internationale. Suite au concept qui sous-tend la conception de la classification fonctionnelle des soins de santé (ICHA-HC), les frontières contiennent *toutes les activités dont l'objectif primaire est l'amélioration, le maintien et la prévention de la détérioration de l'état de santé des personnes et en réduisant les conséquences de la mauvaise santé à travers l'application de connaissances qualifiées en santé [connaissances médicales, paramédicales et infirmières, y compris la technologie et la médecine traditionnelle, complémentaire et alternative (MTCA)]*. L'objectif primaire mentionné ci-dessus est poursuivi à travers les groupes d'activités en soins de santé suivant :

- La promotion et la prévention en santé
- Le diagnostic, le traitement, la guérison et la réhabilitation de la maladie
- Les soins aux personnes affectées par les maladies chroniques
- Les soins aux personnes souffrant de dégradation de leur état de santé, d'infirmité et de handicap
- Les soins palliatifs
- Mise en œuvre de programmes de santé communautaire
- Gouvernance et administration du système de santé.

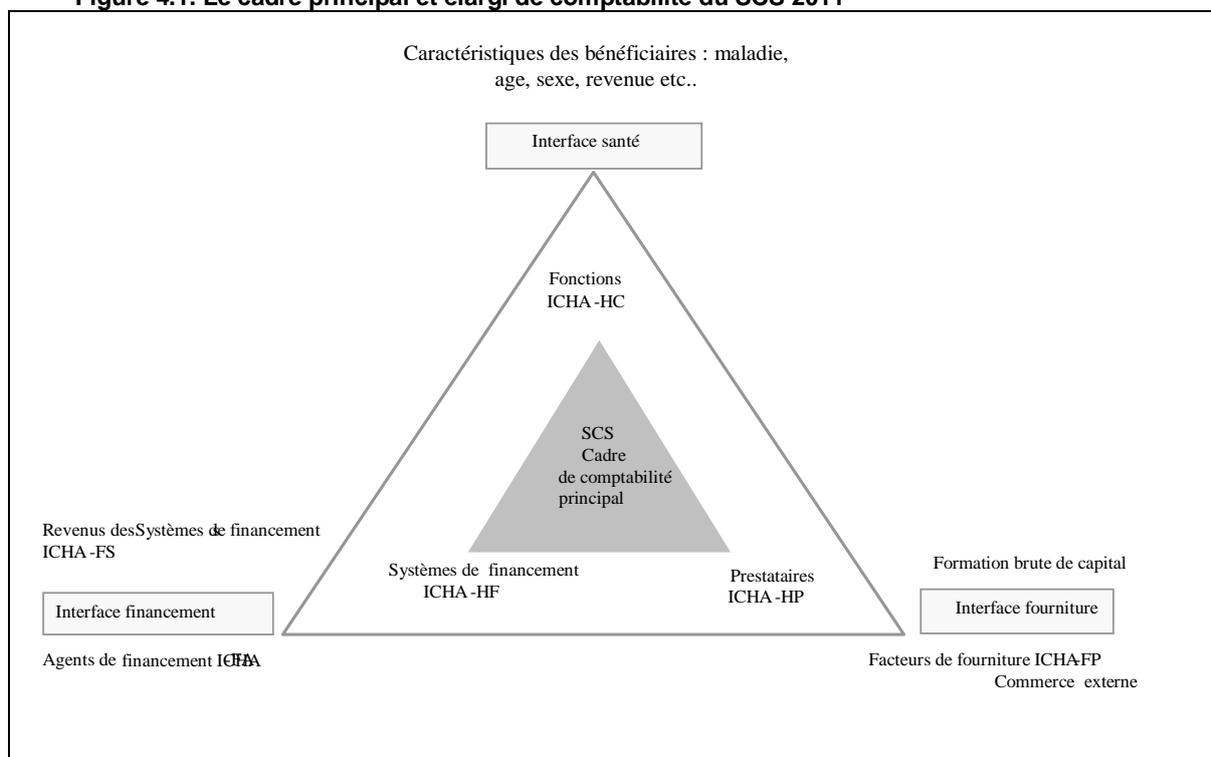
Le cadre principal et élargi des comptes du SCS

Le cadre principal de la comptabilité est articulé autour d'un système tri-axial pour l'enregistrement des dépenses de santé, notamment les classifications des fonctions de soins de santé (ICHA-HC), les prestataires de soins de santé (ICHA-HP), et les régimes de financement de la santé (ICHA-HF) tels que présentés dans la Figure 4.1. Ces trois principales classifications répondent à trois questions fondamentales :

- quels types de biens et services de santé sont consommés ? (Chapitre 5)
- quels prestataires de soins de santé fournissent ces biens et services ? (Chapitre 6)
- Quel régime de financement prend en charge ces biens et services ? (Chapitre 7)

Autour du cadre de comptabilité principal du SCS, l'on peut rajouter un certain nombre de classifications complémentaires, qui sont étroitement liées à l'un des trois axes.

Figure 4.1. Le cadre principal et élargi de comptabilité du SCS 2011



n.b régimes de finance ment et ajouter les textes en haut

Source: EICS pour le SCS 2011.

Critères de la délimitation des frontières

Les pays diffèrent dans le financement et l'organisation de leur système de santé, et dans la gamme de biens et services consommés. Dans une perspective internationale, la définition d'une délimitation commune de systèmes de santé définis fonctionnellement signifie fixer les limites des champs d'activité de soins de santé à prendre en compte en vue d'améliorer la comparabilité des données entre pays. Quatre principaux critères sont fixés pour déterminer si une activité devrait être incluse dans le cadre principal de la comptabilité des dépenses du SCS ; ils sont présentés ci-dessous par ordre d'importance :

- l'intention première de l'activité consiste à l'amélioration, au maintien ou à la prévention de la détérioration de l'état de santé des personnes, des groupes de population ou de la population dans son ensemble, de même qu'à réduire les conséquences de la mauvaise santé ;
- des connaissances médicales, ou des connaissances en santé sont nécessaires dans l'exécution de la fonction, ou elle est exécutée sous la supervision de ceux ayant de telles connaissances, ou la fonction consiste en la gouvernance et l'administration des programmes de santé et du financement des soins de santé ;
- la consommation est pour usage final des biens et services de santé des résidents ;
- et il existe une transaction de services et biens de santé.

Concernant le *niveau de connaissances et de compétences médicales* qui sont nécessaires à l'exécution des activités de soins de santé, le SCS 2011 se réfère à la Classification Internationale par Type de Profession (CITP). Il est recommandé que la CITP serve d'information de base pour

l'ensemble des professions médicales caractérisées par l'application de *connaissances et compétences médicales qualifiées*. En termes opérationnels, la référence aux catégories 2200 et 3200 de la CITP, à l'exclusion des professions de vétérinaires – voir l'Annexe C.

Le Chapitre 4 du Manuel SCS 2011 détaille le cadre de consommation des biens et services de soins de santé, les critères de la délimitation des frontières du système en termes opérationnels à l'aide des cas limites et leurs délimitations ; les extensions du cadre de consommations et les comptes de dépenses additionnels.

CHAPITRE 5. CLASSIFICATION DES FONCTIONS DE SOINS DE SANTE (ICHA-HC)

Introduction

Dans le cadre comptable de la santé, le principe sous-jacent peut être formulé comme suit : « ce qui est consommé a été fourni et financé ». Il n'existe pas de relations directes entre les fonctions de soins de santé et les catégories de fourniture et de financement. Les mêmes types de biens et services de santé peuvent être consommés par différents types de prestataires et en même temps, achetés à partir de divers types de régimes de financement. Mais pour réaliser cette perspective triaxiale (consommation-fourniture-financement), il faut commencer par la mesure de la consommation. Les délimitations des soins de santé sont basées sur le but de cette consommation. Il est par conséquent important d'avoir une compréhension claire de ce que signifie consommation avec objectif de santé, et quelles sont les catégories nécessaires à identifier.

La classification fonctionnelle dans le cadre de comptabilité de la santé se focalise sur les estimations des dépenses courantes et implique le contact de la population avec le système de santé dans le but de satisfaire les besoins en santé. Par conséquent, l'investissement n'est pas inclus ici, mais traité de façon séparée au Chapitre 11 « Formation de capital dans les systèmes de santé ».

L'exercice conceptuel et taxonomique visant à générer la classification fonctionnelle, tout comme les autres classifications, doit prendre en compte les contraintes de faisabilité. L'exercice a démontré que la compilation peut être limitée par la nature des systèmes nationaux de statistiques de la santé, qui correspond rarement à la classification basée sur l'objectif de santé. Ainsi, ce qui doit être classifié peut différer selon les données disponibles et la capacité à mettre en œuvre le cadre de comptabilité.

La classification complète des fonctions des soins de santé est présentée dans le tableau 5.1 et dans les notes explicatives.

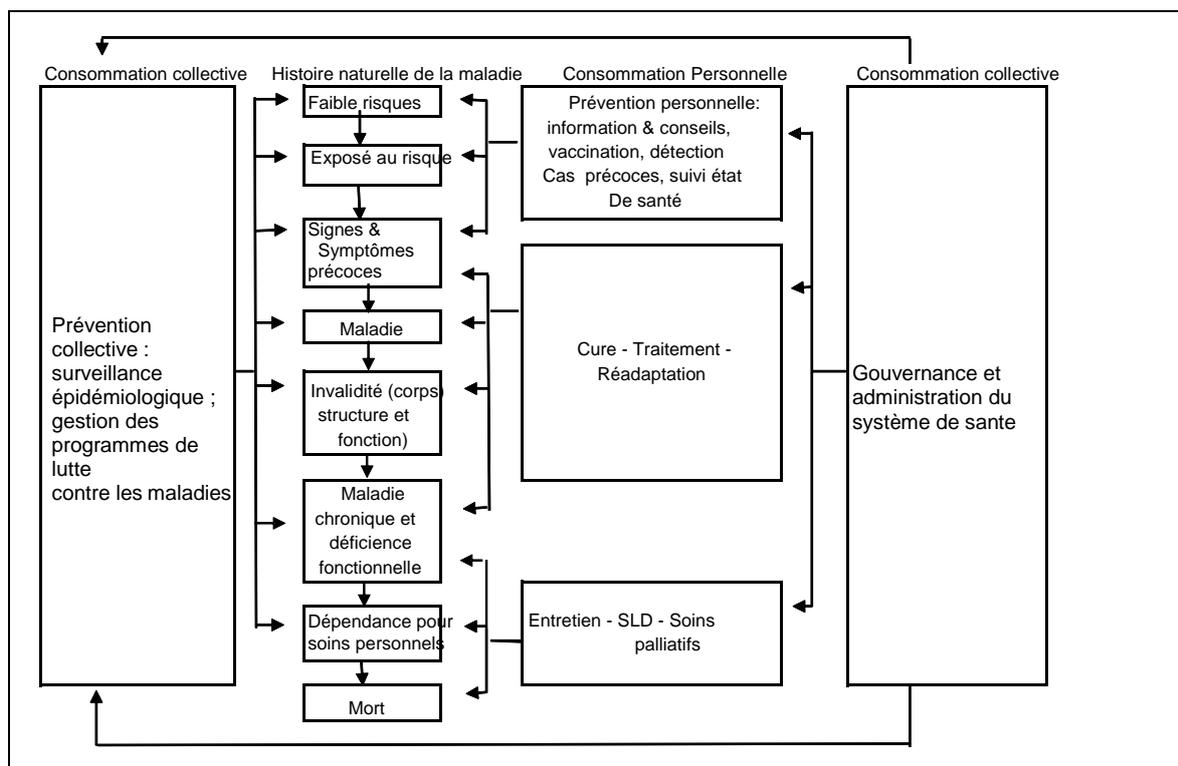
Consommation de soins de santé par fonction

Au sens comptable, la « fonction » a trait « au type de besoin qu'une transaction ou un groupe de transactions visent à satisfaire ou la nature de l'objectif poursuivi ». La classification des fonctions renvoie aux groupes de biens et services de santé consommés par les utilisateurs finaux (c'est-à-dire les ménages) avec une fonction spécifique de santé.

Les soins de santé sont généralement consommés comme un service complet intégré. En fait, un contact avec le système de santé inclut normalement un ensemble de services personnalisés, par exemple, de soins préventifs, curatifs et de réadaptation. Ces services peuvent ou non être fournis dans le cadre d'un programme organisé. Ainsi, il peut s'avérer impossible de distinguer chacune des composantes de l'ensemble distinctement en consommation pour la prévention, la cure ou la réadaptation lorsqu'elles ne font pas partie d'un programme ayant des dossiers spécifiques sur les dépenses.

L'histoire naturelle d'une maladie caractérise les diverses composantes du contact avec le système de santé et permet une répartition par type de service (voir Figure 5.1).

Figure 5.1. L'histoire naturelle d'une maladie et la fonction des biens et services de santé



Source: Adapté de Norman (2003).

Notes explicatives de la classification ICHA HC des fonctions des soins de santé

HC.1 Services de soins curatifs

Les soins curatifs comprennent les contacts de soins de santé au cours desquels l'objectif premier est de soulager les symptômes d'une maladie ou d'une blessure, de réduire la gravité d'une maladie ou d'une blessure, ou de protéger contre l'exacerbation et/ou les complications d'une maladie ou d'une blessure qui pourraient mettre la vie en danger ou compromettre le fonctionnement normal.

Un contact pour des soins curatifs comprend un contact individuel avec le système de santé et peut être subdivisé en séries de composantes permettant d'établir un diagnostic, de formuler une prescription et un plan thérapeutique, de suivre et d'évaluer l'évolution clinique ou de compléter le processus à l'aide de tests d'imagerie, de laboratoire et de tests fonctionnels en vue d'établir le diagnostic et d'évaluer l'évolution. Le contact peut inclure différents moyens thérapeutiques tels que les produits pharmaceutiques et autres biens médicaux (ex : orthèses, tels que les lunettes et les appareils prothétiques, les dents ou membres artificiels), de même que des procédures thérapeutiques tels que les procédures chirurgicales, qui requièrent un suivi supplémentaire. Les procédures administratives de routine telles que le remplissage et la mise à jour des dossiers des patients font également partie intégrale du service.

- *Sont inclus* : toutes les composantes des soins curatifs ou du traitement d'une blessure ; interventions chirurgicales ; actes diagnostiques ou thérapeutiques ; et les services d'obstétrique
- *Cas de clarification* : les contacts de traitement et de gestion des maladies chroniques pour lesquelles une guérison n'est pas possible doivent être enregistrés comme soins curatifs lorsque

l'on attend une guérison partielle, quelle que soit la condition clinique initiale du patient (y compris les patients dépendants). Lorsque l'on s'attend à un déclin de l'état de santé dans les cas de patients dépendants, en plus des besoins croissants de l'état de dépendance, ces contacts doivent être classés comme soins (de santé) de longue durée : HC.3.

Soins curatifs par mode de fourniture

Le deuxième niveau se réfère aux catégories des modes de fourniture (MdF) de soins curatifs. Dans tous les cas, le but principal des soins curatifs reste le même mais la technologie et le lieu de fourniture changent.

Les catégories de MdF identifiées sont les suivantes: *patient hospitalisé, soins de jour, patient ambulatoire et soins à domicile*. Les principaux critères pour faire la différence entre les MdF sont :

- Les soins hospitaliers et les soins en hospitalisation de jour impliquent une admission formelle dans une structure sanitaire, alors que ce n'est pas le cas pour les soins ambulatoires et les soins à domicile.
- Les soins hospitaliers impliquent une nuitée après l'admission, alors que les soins en hospitalisation de jour nécessitent que le patient soit libéré le même jour.
- Les soins ambulatoires et les soins à domicile peuvent se distinguer sur la base du lieu où les services sont rendus ; les soins à domicile sont fournis au lieu de résidence du patient, alors que les services de soins ambulatoires sont fournis dans les locaux des prestataires de service.

Soins généraux et spécialisés

Etant donné que les catégories des soins curatifs peuvent couvrir plus d'un tiers des dépenses de santé, il est peut-être indiqué de les subdiviser davantage. Les soins curatifs peuvent être décomposés jusqu'au niveau d'un troisième chiffre en soins généraux et spécialisés dans chaque mode de fourniture. Les principes sous-jacents sont :

- a) Plus de besoins communs en soins de santé peuvent être satisfaits à travers des services moins complexes (soins de base ou soins généraux) tandis qu'un groupe plus restreint de besoins nécessitent un niveau de complexité technologique de plus en plus croissant (soins spécialisés) ;
- b) Le système de santé fonctionne généralement sur la base de la sélectivité des besoins, avec une disponibilité plus large des services de base ou services généraux, généralement à un coût plus faible, avec des moyens d'utilisation divers (dans les zones fortement ou faiblement peuplées). Une réduction progressive de la disponibilité des services est prévisible pour les besoins en soins de santé plus complexes, avec des traitements nécessitant une plus haute technologie. Il est également probable que ces soins soient plus coûteux et ne soient souvent accessibles qu'à travers un système de références ;
- c) Il peut y avoir un écart entre les besoins en santé et la disponibilité des services et ressources requises, *ex* : certains pays manquent d'équipement technologique de haut niveau pour traiter les cas de cancer et de déficience rénale, par conséquent, seuls les soins de base sont consommés en dépit des besoins en soins.
- d) La désagrégation est relative à la technologie et les ressources disponibles dans l'ensemble du pays. Les niveaux de technologie peuvent différer dans divers pays, mais les soins spécialisés renvoient toujours à un niveau de complexité plus élevé que celui des services classés comme services de base ou services généraux.

Tableau 5.1. Classification des fonctions des soins de santé

Code	Description	Codes du SCS 1.0
HC.1	Soins curatifs	HC.1
HC.1.1	Soins curatifs en milieu hospitalier	HC.1.1
HC.1.1.1	Soins curatifs généraux en milieu hospitalier	
HC.1.1.2	Soins curatifs spécialisés en milieu hospitalier	
HC.1.2	Soins curatifs en hospitalisation de jour	HC.1.2
HC.1.2.1	Soins curatifs généraux en hospitalisation de jour	
HC.1.2.2	Soins curatifs spécialisés en hospitalisation de jour	
HC.1.3	Soins curatifs ambulatoires	HC.1.3
HC.1.3.1	Soins curatifs généraux ambulatoires	HC.1.3.1
HC.1.3.2	Soins curatifs dentaires ambulatoires	HC.1.3.2
HC.1.3.3	Soins curatifs spécialisés ambulatoires	HC.1.3.3
HC.1.4	Soins curatifs à domicile	HC.1.4
HC.2	Soins de réadaptation	HC.2
HC.2.1	Soins de réadaptation en milieu hospitalier	HC.2.1
HC.2.2	Soins de réadaptation en hospitalisation de jour	HC.2.2
HC.2.3	Soins de réadaptation en mode ambulatoire	HC.2.3
HC.2.4	Soins de réadaptation à domicile	HC.2.4
HC.3	Soins (de santé) de longue durée	HC.3
HC.3.1	Soins (de santé) de longue durée en milieu hospitalier	HC.3.1
HC.3.2	Soins (de santé) de longue durée en hospitalisation de jour	HC.3.2
HC.3.3	Soins (de santé) de longue durée en mode ambulatoire	part of HC.3
HC.3.4	Soins (de santé) de longue durée à domicile	HC.3.3
HC.4	Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)	HC.4
HC.4.1	Services de laboratoire d'analyses médicales	HC.4.1
HC.4.2	Services d'imagerie	HC.4.2
HC.4.3	Transport de patient	HC.4.3
HC.5	Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	HC.5
HC.5.1	Produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables	HC.5.1
HC.5.1.1	Médicaments délivrés sur ordonnance	HC.5.1.1
HC.5.1.2	Médicaments en vente libre	HC.5.1.2
HC.5.1.3	Autres biens médicaux non durables	HC.5.1.3
HC.5.2	Appareils thérapeutiques et autres biens médicaux	HC.5.2
HC.5.2.1	Lunettes et autres produits optiques	HC.5.2.1
HC.5.2.2	Appareils auditifs	HC.5.2.3
HC.5.2.3	Autres appareils orthopédiques et prothèses (sauf les lunettes et les appareils auditifs)	HC.5.2.2
HC.5.2.9	Tous autres biens médicaux durables, y compris les appareils médicotecniques (non-spécifié par fonction)	HC.5.2.4- HC.5.2.9
HC.6	Soins préventifs	HC.6, part of HC.R.4, HC.R.5
HC.6.1	Programmes d'information, d'éducation et de counseling	Part of HC.6.9, part of HCR 4, HC.R.5
HC.6.2	Programmes de vaccination	Part of HC.6.3
HC.6.3	Programmes de détection précoce de maladie	Part of HC.6.3, HC.6.4
HC.6.4	Programme de suivi de l'état de santé	Part of HC.6.1, HC.6.2, HC.6.5
HC.6.5	Surveillance épidémiologique programmes de lutte contre le risque et la maladie	HC.6, part of HC. 4, HC. 5
HC.6.6	Programmes de préparation contre les catastrophes et réponse d'urgence	Part of HC.6
HC.7	Gouvernance, administration du système de santé et des financements	HC.7
HC.7.1	Gouvernance et administration du système de santé	HC.7.1
HC.7.2	Administration et financement de la santé	HC.7.2
HC.9	Autres services de soins de santé non classés ailleurs (n.c.a.)	
	Postes pour mémoire	SHA 1.0 codes
	Postes comptables supplémentaires	
HC.RI.1	Dépenses totales en produits pharmaceutiques (TPE) <i>dont la consommation des produits pharmaceutiques en milieu hospitalier</i>	
HC.RI.2	Médicaments Traditionnels, Complémentaire et Alternatifs (MTCA)	HC.1-HC.6.1
HC.RI.2.1	MTCA en milieu hospitalier	HC.1.1
HC.RI.2.2	MTCA en mode ambulatoire et à domicile	
HC.RI.2.3	Biens MTCA	
HC.RI.3	Prévention et services de santé publique (selon le SCS 1.0)	HC.6
HC.RI.3.1	Santé maternelle et infantile; planning familial et consultations	HC.6.1
HC.RI.3.2	Services de médecine scolaire	HC.6.2
HC.RI.3.3	Prévention des maladies transmissibles	HC.6.3
HC.RI.3.4	Prévention des maladies non transmissibles	HC.6.4

Code	Description	Codes du SCS 1.0
HC.RI.3.5	Médecine du travail	HC.6.5
HC.RI.3.9	Tous autres services de soins préventifs divers	HC.6.9
Soins sanitaires connexes		
HCR.1	Soins de longue durée (sociaux)	
HCR.1.1	Prestation en nature de soins sociaux de longue durée	Part of HCR.6
HCR.1.2	Prestation en espèces de soins sociaux de longue durée	Part of HC.R.7
HCR.2	Promotion de la santé par une approche plurisectorielle	HC.6, HC.R.4, HC.R.5

Source: EICS pour le SCS 2011.

Soins généraux

Les soins généraux constituent souvent le point d'entrée du système de santé, avant le renvoi à un spécialiste, lorsque l'on détecte un état de santé plus complexe. Les soins généraux couvrent toutes les composantes d'un contact dans le cadre de soins de santé tels que les examens de routine, les évaluations médicales, la prescription de produits pharmaceutiques, le counseling de routine des patients, le régime alimentaire, les injections et la vaccination (à moins qu'elle ne soit assurée dans le cadre de programmes de prévention) de tous les patients. Ces soins couvrent par exemple, le diagnostic de base et de routine en maternité et le suivi de la santé reproductive pour les cas non compliqués et peuvent entrer dans le cadre des premières consultations médicales initiales ou des contrôles médicaux, ou faire partie du suivi du contact d'un patient en milieu hospitalier ou en mode ambulatoire.

En réalité, un contact initial peut se faire avec un prestataire de soins spécialisés comme point d'entrée. Ces services du contact initial, dont le diagnostic de base et l'évaluation, sont de nature générale. L'idéal serait d'avoir des dossiers appropriés pour classer ces services de base en tant que tel, quel que soit le niveau de spécialisation du prestataire. Les services généraux excluent les services de soins curatifs ayant un niveau de spécialisation plus élevé.

Services spécialisés

Ces services portent sur des soins curatifs impliquant un niveau de technologie plus élevé, qui doivent être consommés par des cas sélectionnés de besoins en soins de santé moins fréquents et plus complexes. Ces services sont liés à un ensemble de conditions plus approfondies mais plus restreintes, qui nécessitent un service de haute technologie, impliquant des procédures de diagnostics et de traitement plus complexes. Ces services sont fréquemment assurés par des prestataires voués à une condition, une maladie ou une catégorie de patients spécifiques. Il s'agit de quatre champs médicaux de base, à savoir la médecine interne, la gynécologie et l'obstétrique, la chirurgie et la pédiatrie. Les services spécialisés impliquent souvent une subdivision de ces champs, telle que la neurochirurgie (chirurgie), l'allergologie (médecine interne), l'allergologie pédiatrique (pédiatrie) ou la médecine reproductive ou génétique (gynécologie et obstétrique), etc.

Les soins généraux en milieu hospitalier (HC. 1.1.1) couvrent quatre types de services : la chirurgie générale, la médecine interne générale, la pédiatrie générale et la gynécologie et obstétrique générales. Les admissions mettent l'accent sur les traitements de routine, tels que les cas de maternité sans complications, l'appendicite, la hernie, la diarrhée et la déshydratation des enfants, les diabètes non compliqués, etc...

Les soins curatifs généraux ambulatoires (HC.1.3.1.) doivent également couvrir les cas les plus fréquents et non compliqués de tous les champs médicaux, tel que le suivi des cas non compliqués de maladies pédiatriques communes transmissibles et non transmissibles et le suivi des cas non compliqués de maladies aiguës et chroniques chez les adultes.

Pour ce qui est des soins dentaires, les services de soins curatifs se focalisent sur la santé orale, y compris les dents, les gencives et autres troubles annexes. Ils couvrent toute la gamme de services généralement fournis en mode ambulatoire, comme l'extraction de dents, et la pose de prothèses dentaires et d'implants, et l'orthodontique. La grande majorité des soins dentaires sont pris en compte

dans le mode de fourniture ambulatoire et y sont donc décomposés jusqu'au niveau d'un troisième chiffre (HC.1.3.2). La chirurgie dentaire réalisée en milieu hospitalier est classée comme service hospitalier spécialisé (HC.1.1.2).

HC 2 Soins de réadaptation

La réadaptation est une stratégie intégrative qui vise à habilitier les individus souffrant de pathologies, qui ont ou courent un risque de souffrir d'une invalidité à avoir et à maintenir des capacités fonctionnelles optimales, une qualité de vie décente et une intégration dans la communauté et dans la société.

Tandis que les soins curatifs s'intéressent principalement à l'état de santé, les services de réadaptation mettent l'accent sur les capacités fonctionnelles liées à l'état de santé. Les services de réadaptation stabilisent, améliorent ou réhabilitent les fonctions altérées de l'organisme, compensent l'absence ou la perte des fonctions et structures de l'organisme, accroissent les activités et la participation et préviennent les déficiences, les complications et risques médicaux. Le fonctionnement et l'invalidité sont considérés comme une séquence qui touche chacun à un moment donné de la vie. La réadaptation est nécessaire tout au long de la durée de l'état pathologique, en même temps qu'un continuum de soins depuis l'hôpital jusqu'aux centres de réadaptation et à la communauté et dans tous les secteurs depuis le secteur de la santé, de l'éducation, du travail et des affaires sociales. Comme indiqué au Chapitre 4, les critères de frontière sont également applicables aux soins de réadaptation ; ainsi, seules les composantes réadaptations ayant une fonction principale relative au fonctionnement de la santé doivent être prises en compte. Pour les besoins de la comparaison, les fonctions emploi et social doivent être identifiés et exclus des soins de santé.

Les services de réadaptation sont consommés par des individus ayant des difficultés fonctionnelles liées à une large gamme de pathologies (maladie, trouble et blessure) qui peuvent être aiguës ou chroniques, congénitales ou acquises, et touchent des personnes de tout âge ayant des handicaps indépendamment des services de soins de santé d'un spécialiste ou corrélativement à ces derniers (par exemple remplacement de hanche, greffe du cœur, traitement de l'œil par un spécialiste, ou traitement de dépression aiguë). Les services de soins de réadaptation se basent (dans la mesure du possible) sur l'évaluation des capacités fonctionnelles et sur le diagnostic afin de définir les objectifs et envisager la réadaptation. Suivent alors les interventions convenues (y compris les approches biomédicales et technologiques et le soutien par les pairs) afin d'optimiser les capacités d'un individu. Les plans de réadaptation font l'objet d'un suivi et d'une adaptation en fonction des besoins de l'individu et des ressources. Le suivi minutieux des résultats des interventions spécifiques peuvent aider à déterminer les améliorations à apporter aux interventions en vue d'optimiser les capacités fonctionnelles et minimiser l'invalidité.

Le champ d'application de la réadaptation est vaste et couvre entre autres : la réadaptation psychologique, l'aide technologique, environnementale, cardio-pulmonaire, gériatrique, neurologique, orthopédique et pédiatrique.

- *La réadaptation inclut* : La consommation de services visant à atteindre, restaurer, et/ou maintenir un niveau optimal de fonctionnement physique (*ex* : compléter la structure du corps avec une prothèse), sensoriel (*ex* : compléter le recouvrement de l'ouïe par une prothèse), intellectuel (*ex* : recouvrer les capacités de la mémoire après une attaque cérébrale), psychologique (*ex* : réduire la dépression et le stress à travers l'aide à l'apprentissage de l'utilisation d'une prothèse), et social (*ex* : par le rétablissement le contrôle des fonctions de base telles que la déglutination et l'usage de la parole après une attaque cérébrale), toutes ces situations étant des conséquences médicales de la maladie, des troubles ou blessures.
- *La réadaptation exclut* : les services de réadaptation dont le but principal est d'ordre social, récréatif ou relatif au travail. Au nombre des exemples d'objectif social figurent ceux dont le but principal a trait à des routines interactives créatives, culturelles, et

éducatives de même qu'à la formation et le recyclage professionnels, à l'éducation et au placement.

- *Cas de clarification* : Il peut exister un chevauchement de soins curatifs, *ex* : en cas d'accident vasculaire cérébral, lorsque le traitement est complété par un traitement précoce de réadaptation tel par exemple l'orthophonie et la physiothérapie. Les deux fonctions peuvent être exécutées de façon parallèle. Il existe la possibilité d'un chevauchement entre les services de réadaptation et les services de soins longue durée : si les services de soins de réadaptation sont consommés de façon continue ou récurrente avec pour objectif la guérison tandis que les SLD ont une fonction d'entretien.

Réadaptation par mode de fourniture

Les services de réadaptation peuvent être subdivisés dans les quatre mêmes modes de fourniture : HC.2.1 Soins de réadaptation en milieu hospitalier ; HC.2.2 Soins de réadaptation en hospitalisation de jour ; HC.2.3 Soins de réadaptation en mode ambulatoire ; et HC.2.4 Soins de réadaptation à domicile.

Il est à noter que bien que les services de soins préventifs, curatifs, et de réadaptation soient très différents dans leurs fonctions et caractéristiques, en termes de systèmes de statistiques de la santé (ex : dossiers d'hôpital), il peut s'avérer difficile de les distinguer en trois composantes. Dans de tels cas, un agrégat unique de soins curatifs-de réadaptation a été servi à la collecte de données et l'élaboration de rapports. Une méthode alternative de mise en place de dossier ou de procédures au prorata peuvent également être utilisées, et doivent être clairement indiquées dans les informations sur la méthodologie.

HC.3 Soins de longue durée (SLD) (santé)

Les soins (de santé) de longue durée consistent en un éventail de services de soins médicaux et personnels consommés dans l'objectif principal de soulager la douleur et les souffrances et de réduire ou de prendre en charge la détérioration de l'état de santé des patients ayant un niveau de dépendance à long terme. Dans une perspective d'utilisation finale, les SLD comprennent typiquement un ensemble intégré de services et d'assistance aux patients ayant un degré de dépendance élevé (également considéré comme une incapacité, une limitation d'activités et/ou une restriction de la participation) de façon continue ou récurrente, et sur une longue période. Plus le degré de dépendance est élevé, plus le paquet des services inclus est complet. Un continuum des soins peut faire l'objet d'un suivi, partant des services de soins intensifs médicaux ou infirmiers, en passant par les services de soins individuels jusqu'à un niveau plus bas de services du genre assistance sociale et autres soins sociaux. Ce genre de soins est destiné aux personnes dépendantes souffrant de troubles psychiatriques chroniques ou récurrents, tels que les handicapés physiques, les malades mentaux et les toxicomanes.

Le continuum de soins peut ne pas nécessiter nécessairement tout l'éventail des services offerts ou le même mode de fourniture. Par exemple, les soins peuvent consister en des interventions médicales régulières, de courte durée sur une longue période ou de consommations récurrentes et chroniques sur des périodes prolongées. Dans certains cas, les soins de longue durée impliquent des soins de soutien prodigués aux individus à n'importe quel stade de leur maladie ou des soins palliatifs dans le cas des maladies mortelles. Ces soins comprennent également les soins aux malades en phase terminale, c'est à dire la prise en charge des patients pendant les derniers mois de leur vie. Même dans le cas des maladies incurables, beaucoup de personnes vivent plusieurs années avec des déficiences fonctionnelles et dans certains cas, vivent même une vie en grande partie normale. Les patients atteints d'un cancer en phase terminale et recevant des soins palliatifs peuvent avoir de temps à autre des cures de radiothérapie ou de chimiothérapie pour maintenir leur état de santé sous contrôle. Les soins palliatifs sont associés à ces traitements « actifs » afin de favoriser le confort et le bien-être.

Il est à noter que lorsqu'un besoin se fait sentir dans le cadre d'un épisode de soins curatifs aigus, sans lien avec l'état de dépendance, les soins doivent être considérés comme soins curatifs et non

comme des soins de longue durée. Toutefois, chez les patients fragiles, un épisode de santé aigu peut se transformer en état chronique et peut entraîner des besoins plus complexes à long terme du fait de l'état de dépendance.

Les différentes composantes des soins de longue durée sont les suivantes se distinguent comme suit :

- *Les soins médicaux ou infirmiers* comprennent la gestion des symptômes impliquant services de soins médicaux, paramédicaux et des soins infirmiers tels que le soulagement de la douleur et d'autres symptômes, l'administration des médicaments, l'exécution de diagnostics médicaux et la petite chirurgie, le pansement des plaies, les conseils sur la santé aux familles et l'apport de soutien affectif et spirituel au patient et aux membres de sa famille. Ces soins comprennent a) un éventail de services préventifs, notamment pour éviter une plus grande détérioration de l'état de santé fragile du patient, b) un éventail de situations de prise en charge de maladies chroniques, c) une bonne dose de soins de réadaptation pour recouvrer la fonctionnalité, d) des soins visant à retarder ou réduire la détérioration ou à maintenir de la fonctionnalité : en somme, un niveau élevé d'assurance d'une qualité de vie indépendamment du type de pathologie.
- *Les services de soins individuels* sont fournis en réponse à des limitations dans les soins personnels principalement dû à un handicap ou une maladie. Ces services apportent une assistance dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) telles que : manger, prendre son bain, se laver, s'habiller, se coucher ou sortir du lit, aller et venir des toilettes et gérer l'incontinence. La plupart des soins hospitaliers de même que certains services de soins de jour et de soins à domicile incluront les services de soins individuels dans le cadre du lot de services consommés. Ces services sont typiquement administrés directement ou sous la supervision du personnel soignant. Ces services sont inclus dans la frontière des soins de santé car la fonction de ce type de soins est liée à la survie et au maintien de l'état de santé. En outre, le besoin de services de soins individuels est très souvent lié à certains états pathologiques sous-jacents.
- *Les services d'assistance* concernent les soins qui permettent à un individu de vivre de façon indépendante dans une maison ou un appartement. Ce sont les services d'assistance aux tâches de gestion du ménage (à savoir les activités instrumentales de la vie quotidiennes, AIVQ), tels que les courses, la lessive, passer l'aspirateur, la cuisine et les travaux ménagers, la gestion des finances, l'utilisation du téléphone, etc. Ces services sont généralement fournis dans le cadre des services d'aide-ménagère, des services d'aide à la vie quotidienne, etc.
- *D'autres services de soins sociaux* comprennent des activités communautaires et le soutien professionnel apporté de façon continue ou récurrente à des individus, tels que les activités dont l'objectif premier se rapporte au social et aux loisirs.

Une approche cohérente basée sur la fonction d'un contact de soins supposerait que les soins administrés sur une longue période ou une durée indéterminée, comprenant des soins infirmiers ou des services de soins individuels comme composante principale constituerait la raison de l'inclusion de ces services dans la délimitation des soins de santé. Par contre, un contact dont la fonction principale est de permettre de vivre de façon indépendante et d'interagir avec son milieu, comme dans le cas des services d'aide ménagère ou d'aide à la vie quotidienne, devrait se classer hors de la frontière de santé [voir Soins de longue durée (social) HC.R.1].

Dans la pratique, on constate fréquemment que les services de soins infirmiers, de soins individuels et sociaux sont fournis ensemble dans un lot de services intégrés en particulier pour les

soins en milieu hospitalier et les soins de jour. Pour les soins à domicile, différents services peuvent être fournis ensemble, ou fournis et comptabilisés séparément.

Frontières des soins de santé longue durée et questions de mesures

La fonction santé (fonction des soins) détermine la frontière quel que soit le fournisseur, qui peut être, dans le cas des soins de longue durée, un professionnel de la santé, un agent communautaire ou dans le cas des soins à domicile, un parent. L'inclusion doit également être indépendante du régime de financement pour la couverture des soins. Cependant, en raison de la différence dans les normes administratives, de financement et de fourniture, les délimitations nationales des soins de longue durée peuvent ne pas être nécessairement alignées sur les frontières définies par le SCS. En raison de l'absence de données pour la fonction, il est nécessaire de prendre une décision sur la façon d'aborder la mesure de façon standard. A moins que des données ne soient disponibles au niveau individuel, ce qui n'est pas possible dans la plupart des pays, une source alternative doit être progressivement développée afin d'assurer la comptabilisation nécessaire (voir les suggestions sur les stratégies de répartition et de comptabilisation au Chapitre 14). D'autres critères de détermination des frontières fonctionnelles des soins santé de longue durée dans le cadre des soins de santé sont:

- Les services de soins individuels sont les plus fréquemment liés aux conditions pathologiques sous-jacentesⁱⁱⁱ et sont souvent accordés sur la base d'une évaluation médicale ou d'une contribution d'un professionnel médical. Ils sont alors comptabilisés comme soins de santé;
- Lorsque, suite à un niveau de dépendance élevé, les services d'assistance sociale et autres soins sociaux sont intégrés dans un ensemble de soins en même temps que les services de soins médicaux et soins individuels, ils sont alors inclus comme soins de santé.
- Les services sociaux de longue durée n'entrent pas dans le cadre de la frontière santé.
- Lorsque les conséquences d'une maladie ne sont pas liées à la dépendance, telles que les déficiences auditives, elles ne sont donc pas incluses dans le HC.3, quel que soit leur durée et leur gravité.
- Lorsqu'il existe un besoin de soins permanents pour gérer une dépendance, par exemple les soins des personnes ayant des incapacités mentales ou physiques, ils sont alors inclus dans la délimitation des soins de santé.

La « durée » des soins peut souvent faire appel à un mode de financement spécifique, c'est à dire qu'une fois que le processus de soins s'étend au-delà d'un délai seuil de six mois par exemple. Dans certains pays, les paiements peuvent commencer le premier jour, mais limités à certaines conditions. Dans d'autres pays, les données permettent les mesures basées uniquement sur la fonction primaire du prestataire – c'est-à-dire, si la structure est essentiellement une structure médicale ou sociale. Dans d'autres systèmes la protection de l'assurance couvre typiquement seulement une partie des SLD, et parfois, les membres de la famille qui apportent les soins reçoivent des transferts de dédommagement, qui peuvent inclure la formation.

Dans beaucoup de cas, surtout dans les pays à revenus intermédiaires et faibles, les soins de longue durée sont fournis par les membres de la famille à la maison sans aucune forme de compensation, que ce soit en nature ou en espèce. La valeur des prestataires de soins informels se trouve toutefois en dehors de la frontière du SCS en raison de l'absence de transaction valorisée.

Dans quelques pays à revenus élevés, on constate une tendance à formaliser l'assistance, notamment au niveau des sections de la population les plus âgées. Les stratégies d'enregistrement et de comptabilisation se limitent, toutefois, de la consommation domestique des SLD. Quoique certains programmes appuient le développement des compétences des personnes qui s'occupent des patients et

leur offrent des compensations pour leur travail, ces programmes peuvent ne pas être spécifiques à la santé et peuvent être enregistrés sous la rubrique soins sociaux.

Les soins de longue durée (santé) par mode de fourniture

Les différents modes de prestation peuvent résulter de la structure du système de santé ainsi que du profil épidémiologique du bénéficiaire. Les modes d'adaptation aux besoins de soins de longue durée évoluent également au fil du temps. En principe, plus la dépendance est importante, plus les services susceptibles d'être consommés sont spécialisés et intensifs.

HC.3.1 Les soins de longue durée en milieu hospitalier (santé)

Cette rubrique comprend les services soins de longue durée (santé) dispensés dans une formation sanitaire (hôpital, maison médicalisée), nécessitant un séjour de nuit avec une supervision médicale. L'ensemble de services couvrent les soins infirmiers et/ou individuels, généralement fournis avec une gamme d'autres composantes telles que le logement et les services de soutien.

- *Sont inclus* : les soins infirmiers et individuels généralement pour les besoins de personnes dépendantes graves ou modérées tels les soins aux quadriplégiques ou les soins en fin de vie dispensés dans divers maisons médicalisées et autres structures de soins de longue durée. Les soins hospitaliers de longue durée destinés aux handicapés mentaux ou aux toxicomanes sont inclus là où le besoin de soins est dû à des conditions psychiatriques chroniques ou récurrentes et un degré prolongé de limitations fonctionnelles et/ou un besoin d'aide ou de surveillance. Ils comprennent les services de soins de longue durée fournis aux patients hospitalisés dans les hôpitaux, ou autres établissements de soins hospitaliers. Les services d'hébergement sont considérés comme faisant partie de la prestation des soins de santé de longue durée
- *Sont exclus*: les pensionnaires des établissements où très peu ou aucun soin médical ou infirmier n'est fourni sur place. Les contacts de soins aigus chez les patients de soins de longue durée doivent être inclus dans la rubrique HC.1 : soins curatifs.
- *Cas de clarification* : la fonction constitue un aspect essentiel à cette catégorie, *par ex* : les services hospitaliers psychiatriques sont classés comme des soins curatifs en milieu hospitalier lorsqu'ils visent à traiter des cas aigus au moyen de soins médicaux et infirmiers ; alors que les soins psychiatriques de longue durée impliquent des patients dépendants sans espoir ou avec peu d'espoir de guérison qui sont internés essentiellement pour les soins infirmiers et les visites médicales périodiques.

HC.3.2 Soins (de santé) de longue durée en hospitalisation de jour

Cette rubrique comprend les services de soins (de santé) de longue durée dispensés dans une formation sanitaire sans séjour de nuit. Les services peuvent être fournis dans un hôpital ou maison médicalisée ou dans une structure consacrée ou un centre autonome de soins de jour.

Souvent, les cas de nuit sont négligés dans le traitement formel des statistiques, et sont comptabilisés comme des cas d'hospitalisation de jour; par ex : les patients âgés ayant des troubles de sommeil mais qui ont un comportement normal pendant la journée, vivant avec les membres de la famille pendant la journée, et admises dans une institution pendant la nuit. La forme parallèle est celle des personnes souffrant d'une instabilité mentale et qui peuvent même exercer une profession pendant les heures normales de travail, mais restent dans une institution psychiatrique pendant la nuit. Un autre cas est celui des soins de répit pour les patients de soins longue durée qui vivent avec leurs proches pendant une bonne partie de l'année, mais "admises" dans un centre pendant la période de vacances de la famille.

HC.3.3 Soins (de santé) de longue durée en mode ambulatoire

Cette rubrique comprend les services de soins (de santé) de longue durée qui ont pour objectif la gestion d'un état de santé détérioré et les difficultés cliniques annexes. Les patients dépendants souffrant d'un état de santé chronique peuvent avoir besoin d'une vérification périodique des doses de médicaments et de l'évolution de leur état, et de conseils sur la manière de gérer les symptômes qui apparaissent avec l'évolution de la maladie. Ces services peuvent concerner des patients ambulatoires réguliers ou à la fourniture croissante de services de suivi à distance pour les patients de SLD.

Cette catégorie peut constituer une difficulté dans la production de rapport à l'heure actuelle, car les statistiques de la santé peuvent présenter des difficultés à faire la distinction entre les différents types de services de soins aux patients ambulatoires et autres services à domicile. Il serait nécessaire d'avoir des données plus détaillées pour faciliter l'élaboration de ces rapports. En l'absence de telles données, les estimations basées sur les ressources humaines, les taux d'utilisation ou les informations sur les coûts unitaires peuvent s'avérer utiles.

HC.3.4 Les soins (de santé) de longue durée à domicile

Il s'agit de services de soins (de santé) de longue durée fournis aux personnes dans leurs propres maisons, ou lieux de résidence, tel que le logement adapté qui peut être considéré comme leur maison plutôt que dans une "institution". Ces structures résidentielles comprennent les établissements à base communautaire, tels les logements adaptés qui fournissent un cadre de logement individuel couplé de certains services, tel que la protection et la surveillance sanitaire, souvent pour les personnes âgées qui sont de plus en plus dépendants. Il peut s'agir des soins de santé spécialisés à domicile ainsi que des services d'appui aux soins informels (familiaux ou communautaires). Veuillez noter que les services de soins de longue durée du type soins sociaux de faible niveau (tel que l'aide à domicile) peuvent être inclus dans le lot de soins à domicile. Si de tels services ne peuvent pas être comptabilisés séparément et ne représentent pas la composante dominante du lot de soins, ils doivent être inclus sous la rubrique HC.3.4 ; si toutefois, ils constituent le trait dominant, l'ensemble des soins doivent être inclus sous la rubrique HCR.1 – soins (sociaux) de longue durée.

HC.4 Services auxiliaires (non-spécifiés par fonction)

Les services auxiliaires font souvent partie intégrante de l'ensemble de services dont les fonctions sont liées au diagnostic et au suivi. Les services auxiliaires n'ont par conséquent pas de fonction en eux-mêmes : l'objectif est d'être guéri, de prévenir les maladies, etc. Le service auxiliaire est agrégé dans la classe de fonction de premier chiffre, et le deuxième chiffre MdF dans lequel il est consommé. Pour les services aux patients en milieu hospitalier, en hospitalisation de jour et les services hospitaliers ambulatoires, ils ne sont pas généralement identifiés comme catégories distinctes.

Ainsi, seule une partie de la consommation totale des services auxiliaires est rendue explicite dans la comptabilisation de la consommation de tels services dans la catégorie « non-spécifiée par fonction », comme c'est le cas lorsque le patient consomme le service directement, en particulier dans le cadre d'un contact indépendant du système de santé.

La consommation indépendante des services auxiliaires peut être associée à une détection précoce des cas dans le cadre de la prévention (HC.6), le suivi d'un traitement ou un état de santé – traitement (HC.1), réadaptation (HC.2) ou soins de longue durée (HC.3). Ces services sont également liés à la consommation dont le mode de fourniture n'a pas été identifié. Par exemple, les tests de laboratoire ou l'interprétation de l'imagerie peuvent être achetés suite à l'initiative propre du consommateur, ou un test médical peut être utilisé pour avoir un second avis pour les cas de patients en milieu hospitalier ou ambulatoire ou pour les soins à domicile.

Le contenu des services auxiliaires relatifs au diagnostic ou au suivi est réparti au niveau du deuxième chiffre entre les services de laboratoires (HC.4.1) et les services d'imagerie (HC.4.2). Il prend également en compte le transport du patient et le secours d'urgence (HC.4.3).

HC.4.1 Les services de laboratoire

Cette rubrique comprend une variété de tests d'échantillons cliniques visant à obtenir des informations sur la santé d'un patient. Les tests de laboratoires font partie intégrante de la consommation de tout patient, et constitue un guide de diagnostic et de choix de traitement.

Les services de laboratoire (HC.4.1.1) couvrent les domaines suivants :

- Pathologie anatomique (*ex* : histopathologie, cytopathologie);
- Microbiologie clinique (*ex* : bactériologie, virologie, immunologie, et mycologie);
- Biochimie clinique (*ex* : enzymologie, toxicologie et endocrinologie);
- Hématologie (*ex* : test de coagulation du sang);
- Cytologie (*ex* : frottis cervical ou tests PAP);
- Génétique (*ex* : cytogénétique).

Les tests cliniques et autres tests fonctionnels se focalisent sur des organes spécifiques et nécessitent une technologie additionnelle pour mesurer l'activité, et sont généralement liés aux spécialités médicales - cardiovasculaire: *ex* : diagnostic électrocardiographique; allergie: *ex* : test d'allergie, tests de sensibilité alimentaire ; audiologie, etc. Les autres services de diagnostics comprennent des tests tels le diagnostic électrocardiographique, et évaluation de l'effort.

Les opérations des banques de sang, de sperme, d'embryon, de tissu et de greffe d'organes, y compris le stockage et le catalogage de spécimens, l'appariement des spécimens donnés et des bénéficiaires potentiels, etc., sont classés comme services auxiliaires, qu'il s'agisse de domaines isolés ou pas. Ces services ne sont généralement pas indépendants, mais constituent des composantes d'un ensemble de soins de santé, et sont donc habituellement des biens et services de consommation intermédiaire. Par convention dans le SCS, leur valeur n'est pas désagrégée : la consommation finale inclue la valeur des composantes de la consommation intermédiaire. Là, ils ne doivent être enregistrés que s'ils ont un lien avec la consommation directe.

HC.4.2 Diagnostic d'imagerie

Cette rubrique regroupe une variété de services qui utilisent la technologie de l'imagerie telle que la radiologie et le rayonnement pour le diagnostic et le suivi des patients. Cette catégorie inclue gamme de technologies d'imagerie pour diagnostiquer et traiter des maladies tel que : radiographie simple, radiographie de contraste ; échographie ; tomographie informatisée (TI) et assistée par ordinateur (TAO); médecine nucléaire, imagerie magnétique nucléaire; scannage nucléaire ; tomographie par Emission de Positons (PET) ; imagerie par Résonance Magnétique (IRM) et autres imageries de diagnostics divers.

HC 4.3 Transport des patients

Cette rubrique comprend le transport des patients vers une formation sanitaire sur recommandation médicale ou en tant que transfert nécessaire inter-structures pour compléter un ensemble de services de santé. En exemple, le transport d'urgence vers un hôpital et le transport entre les établissements sanitaires pour des diagnostics d'imagerie supplémentaires ou traitement de réadaptation. Le transport peut se faire dans un véhicule de surface spécialement équipé ou dans une ambulance aérienne ou maritime vers et à partir des établissements aux fins de recevoir des soins médicaux et chirurgicaux. Il comprend également le transport dans des véhicules conventionnels, tels les taxis, lorsque cela est justifié par une recommandation médicale et que cela implique une transaction, par exemple en cas de procédures de diagnostic d'imagerie entre hôpitaux. La délimitation doit correspondre aux critères du Chapitre 4.

Le service de transport peut être spécialisé, avec ou sans équipement de réanimation ou personnel médical. Il peut être facturé dans le cadre des prestations connexes (*ex* : diagnostique d'imagerie, etc.).

- Sont inclus: tous types de services de transport par tous moyens dans la mesure où ils remplissent les critères de fonction, *ex* : services de transport d'urgence des Services gouvernementaux des sapeurs-pompiers qui fonctionnent régulièrement pour les services d'urgence civils (pas seulement pour la médecine de catastrophe).
- Sont exclus : les coûts de transport des personnes accompagnantes, sauf si le patient est dépendant.

HC.5 Produits médicaux (non spécifiés par fonction)

Les médicaments et autres produits médicaux font fréquemment partie d'un ensemble de services ayant un but préventif, curatif, de réadaptation ou de longue durée. Dans la consommation en milieu hospitalier, en mode ambulatoire ou en hospitalisation de jour, ils ne sont habituellement pas identifiés distinctement, sauf probablement à un niveau beaucoup plus détaillé.

Les produits médicaux peuvent également être consommés suite à une prescription dans le cadre d'un contact de soins de santé ou de façon indépendante dans le cadre d'une automédication. Ils peuvent être délivrés dans un établissement de soins de santé tel un hôpital, ou par un détaillant autonome de produits médicaux. Toutefois, la diversification des canaux de distribution a accru la nécessité de reconnaître le rôle de la consommation indépendante dans les différents modes de prestation de soins de santé dans plusieurs pays. En particulier, dans plusieurs pays à revenus faibles et moyens, la famille du patient est souvent obligée d'acheter les médicaments elle-même à cause de l'indisponibilité des médicaments dans les hôpitaux et dans les unités de soins ambulatoires. Cette catégorie vise à inclure toute la consommation de produits médicaux là où la fonction et le mode de fourniture n'est pas spécifié.

- *Sont inclus* : les produits médicaux acquis par le bénéficiaire soit par suite d'une prescription après un contact avec le système de santé ou suite à une automédication.
- *Sont exclus* : les produits médicaux consommés ou fournis lors d'un contact de soins de santé prescrits par un professionnel de la santé.
- *Cas de clarification* : étant donné que les biens médicaux ne se conforment pas à une fonction de santé en eux-mêmes, ils doivent être inclus dans la mesure du possible dans la fonction à la quelle ils ont trait, *ex* : pour ce qui est des moustiquaires anti-palu, elles doivent être pris en compte dans le programme de lutte contre le paludisme lorsqu'on les distribue au cours des interventions contre le paludisme. Parce qu'elles sont utilisées uniquement à des fins de prévention, elles doivent théoriquement être affectées à la prévention. Toutefois, par convention, elles sont enregistrées au niveau du HC.5 lorsque les consommateurs les achètent auprès des détaillants, car la fonction n'est habituellement pas identifiée.

Les biens médicaux sont souvent subdivisés au deuxième niveau en produits pharmaceutiques et autres produits médicaux non durables (HC.5.1.) et en appareils thérapeutiques et autres biens médicaux (HC.5.2).

HC.5.1 Produits pharmaceutiques et autres produits non durables

Cette catégorie comprend les produits pharmaceutiques et les biens médicaux non durables destinés à être utilisés dans le diagnostic, la guérison, l'atténuation ou le traitement de la maladie. Il s'agit des préparations médicinales, des médicaments de marque et génériques, des médicaments, des médicaments brevetés, des sérums et des vaccins, et des contraceptifs oraux. Les liquides nécessaires à la dialyse, ainsi que les gaz utilisés dans les soins de santé tel que l'oxygène, doivent être également

pris en compte lorsque le patient ou ses parents les achètent directement. Cette catégorie est, par ailleurs, subdivisée en sous-catégories suivantes :

HC.5.1.1 Les médicaments prescrits

HC.5.1.2 Médicaments en vente libre

HC.5.1.3 Autres biens médicaux non durables

Tous les produits acquis par un patient, où qu'ils soient achetés doivent être pris en compte.

- *Sont exclus* : les produits vétérinaires; les articles d'hygiène corporelle tels que les savons médicinaux.
- *Cas de clarification* : Les produits médicaux MTCA doivent être pris en compte, à l'exception des produits non identifiés comme produits médicaux, tels les "aliments sains".

HC.5.2 Appareils thérapeutiques et autres produits médicaux

Cette rubrique comprend un éventail de produits médicaux durables tels que :

- Les orthèses qui assistent ou corrigent les malformations et/ou anomalies du corps humain, *par ex.* les verres correcteurs, les lentilles de contact, les aides auditives, les appareils orthopédiques tels que les chaussures orthopédiques, les orthèses et supports orthopédiques, les ceintures chirurgicales, bandages herniaires et supports ;
- Les prothèses ou extensions artificielles qui remplacent une partie manquante du corps, *par ex.*, les membres artificiels et autres appareils prothétiques, y compris les implants: l'implant est un appareil médical destiné à remplacer (ou compléter la fonctionnalité) d'une structure biologique manquante ;
- Une variété d'appareils médico-techniques tels que les fauteuils roulants électriques et non électriques et les véhicules pour invalides, les lits "spéciaux", et les appareils électroniques et autres pour contrôler la tension artérielle.

Les appareils thérapeutiques peuvent être davantage identifiés par type à un troisième niveau numérique :

HC.5.2.1 Lunettes et autres produits de vision.

Sont exclus : les lunettes solaires non équipées de lentilles correctrices.

HC.5.2.2 Aides auditives.

HC.5.2.3 Autres appareils orthopédiques et prothèses (sauf les lunettes et les appareils auditifs).

HC.5.2.9 Tous autres produits médicaux durables y compris les appareils médico-techniques.

- *Sont inclus* : Equipements télématiques spécialisés pour les appels d'urgence du domicile des patients et/ou pour le contrôle à distance des paramètres médicaux.
- *Sont exclus* : les gants de protection, les ceintures et supports de sport. Les améliorations du logement doivent être comptabilisées comme investissements : ascenseurs automatiques pour les patients ayant une mobilité limitée, dispositifs de levage de baignoires et dispositifs similaires pour adapter les conditions d'habitation des patients ayant des troubles passagers ou chroniques et location d'équipements thérapeutiques. Pour savoir si les installations des équipements décrits ici doivent être

comptabilisées comme formation de capital ou dépenses courantes, voir le Chapitre 11 du SCS 2011.

HC.6 Services de prévention

La prévention est toute mesure visant à éviter ou à réduire le nombre ou la gravité des blessures et des maladies, leurs séquelles et complications. La prévention repose sur une stratégie de promotion de la santé qui implique un processus permettant aux populations d'améliorer leur santé à travers une maîtrise de certains de ses déterminants immédiats. Elle recouvre un éventail de résultats escomptés qui sont couverts par une diversité d'interventions organisées en prévention primaire, secondaire et tertiaire.

- La prévention primaire consiste en des mesures de santé spécifiques visant à éviter les maladies et les facteurs de risque afin de : réduire l'apparition d'une maladie, diminuer le nombre de nouveaux cas, anticiper l'émergence et amoindrir la gravité des maladies. L'objectif des mesures de prévention primaire consiste en la réduction des risques avant qu'ils ne génèrent des effets, *ex* : par le biais de la vaccination.
- La prévention secondaire consiste en des interventions spécifiques visant la détection de maladie et ensuite entamer la thérapie aussitôt que possible, *ex* : à travers le dépistage. Par conséquent, la prévention secondaire augmente les chances d'avoir des interventions moins coûteuses et invasives afin de prévenir l'évolution de la maladie et l'apparition des symptômes, et de réduire la prévalence, ou "stock de la maladie"^{iv}. Par exemple, le dépistage de maladies telles que la TB, le diabète, et le cancer du sein. Une des caractéristiques de la prévention secondaire est qu'elle a lieu avant que le diagnostic ne soit posé. Souvent, la détection précoce des cas implique des services de laboratoire et d'imagerie.
- La prévention tertiaire vise à réduire l'impact négatif d'une maladie déjà installée ou d'une blessure en tentant d'éviter l'aggravation et les complications, tel que la chirurgie précoce d'une articulation abimée par brûlures. Dans ce cas, la prévention tertiaire impliquerait une chirurgie reconstructive afin de permettre à l'articulation de s'étendre pleinement et de recouvrer le mouvement.

Dans le SCS 2011, les soins préventifs (HC.6) se limitent à la prévention primaire et secondaire. Une fois que le diagnostic est établi, on met en place une voie thérapeutique ou la prévention tertiaire. La raison de la non prise en compte de la prévention tertiaire est qu'elle se chevauche avec les fonctions curatives et de réadaptation, qui visent à réduire les complications liées aux maladies.

Considérations en matière de frontières

Les déterminants de la santé comprennent un très large éventail de facteurs et de mécanismes d'action. Pour définir la frontière de comptabilité des soins de santé, les critères présentés au chapitre 4 doivent être pris en compte ; une fois que la délimitation de soins de santé est établie, le principe de la fonction primaire doit être également appliqué pour établir les classes fonctionnelles. Il est important de garder cela à l'esprit, car l'intervention de plusieurs déterminants de santé peut également impliquer plusieurs fonctions différentes. L'exemple classique est l'éducation, qui intervient directement ou indirectement dans de nombreux mécanismes de détermination du rapport risque-santé. Cependant le niveau d'éducation générale, plutôt que l'éducation en matière de santé, joue un rôle si important qu'elle constitue une fonction en elle-même ; ainsi elle ne respecte pas les critères de frontière et n'est donc pas incluse dans la frontière de comptabilité.

L'objectif primaire de « promotion de la santé » est essentiel à la définition de la frontière, surtout parce que les déterminants de la santé jouent souvent une fonction primaire sociale et économique. Les mêmes risques peuvent faire l'objet d'une politique de contrôle social avec un

objectif économique ou de sécurité, et donc pas de fonction de santé. La frontière santé des « services de prévention » se définit comme ayant pour fonction primaire d'éviter les risques de contracter des maladies ou de souffrir de blessures, ce qui peut souvent impliquer une interaction directe et active entre le consommateur et le système de soins de santé. Les facteurs à prendre en compte sont nombreux, mais le type de services inclus dans la frontière des services de prévention en matière de santé se limitent aux composantes ayant une fonction primaire de santé. Les interventions qui vont au-delà de la frontière des soins de santé mais qui sont nécessaires à la formulation de politique peuvent être comptabilisées comme des rubriques relatives aux soins de santé.

Les actions de prévention visant à prévenir les risques immédiats sont des exemples illustrant ces questions de frontières :

- Les messages en matière d'IEC (Information, Education et Communication sur la santé) portant sur la toxicomanie et la consommation d'alcool, *ex* : les avertissements à l'endroit des femmes enceintes sur les effets secondaires de la surconsommation, de même que les informations sur le comportement sain approprié en matière de régime alimentaire, de tabac, de sédentarisme, et sur l'auto-protection pour éviter les blessures dues aux accidents de la route. Ces messages sont préparés par des experts en communication et disséminés dans les campagnes médiatiques sur la santé.
- Le suivi et la surveillance des risques de santé et les programmes de lutte contre les maladies, notamment sur les risques qui prévalent dans un pays, *ex* : la collecte d'informations épidémiologiques par les services de santé en vue d'analyser les tendances en matière de maladie et les risques de maladie. Cela implique également des analyses de laboratoire de la qualité de l'eau de boisson, les risques liés à la consommation des aliments, et le suivi individuel des polluants organiques persistants^v dans le lait maternel des femmes vivant dans les zones à risque.

Ce sont là des exemples de composantes de dépenses de santé. Toutefois, une partie du contrôle de l'abus d'alcool, de la sécurité routière ou les interventions de contrôle environnemental peut se faire avec un objectif primaire qui n'est pas celui de la santé, mais plutôt social et/ou économique *ex* : la conception des routes, l'application de la réglementation routière, etc. Toute intervention dont la fonction primaire n'est pas celle de la santé se situe hors de la frontière de la comptabilité des soins de santé, tel que expliqué dans les exemples suivants.

Le domaine *environnemental* dans l'économie vise principalement tous les éléments, facteurs et conditions qui ont un impact sur la croissance et le développement, sur la viabilité et sur la réduction des risques environnementaux pour la société. L'élaboration de la politique implique un contenu juridique et technique. La pertinence de ces politiques environnementales spécifiques pour la santé est sans équivoque en général. Cependant, ce n'est pas toute formulation de politique qui a une fonction primaire de santé, ni que sa mise en œuvre a généralement pour objectif immédiat l'amélioration de la santé. *Sont exclus* tous les services dont la fonction primaire est liée à la collecte, au traitement et à l'assainissement des risques environnementaux. *Sont incluses* dans la frontière de santé, toutes les composantes de la santé environnementale qui font partie d'une réglementation spécifique en matière de santé (HC.7). Sont également inclus le contrôle et la surveillance des risques environnementaux prouvés ayant un objectif de santé (HC.6), l'IEC concernant les questions de santé environnementale, tels que les avertissements sur les risques d'exposition pendant la grossesse (HC.6) ; et le traitement des effets environnementaux visant à réduire les séquelles et les préjudices causés aux groupes de populations affectées, à travers des soins de santé curatifs (HC.1).

La sécurité publique repose sur la prévention et la protection contre les événements et facteurs susceptibles de mettre en péril la sécurité du grand public et provoquer des blessures, du mal ou des dommages. Les interventions pour lesquelles la santé ne constitue pas l'objectif principal sont exclues de la frontière des soins de santé. Exemples de cas *exclus* : la prévention des crimes et des catastrophes (naturelles ou provoquées par l'homme) par l'utilisation d'interventions spécifiques ne

faisant pas partie du système de santé ; garantir la sécurité des systèmes de transport, des routes, et du comportement social y relatif ; et de surveiller les domaines d'incendie et de catastrophes, où la santé ne représente pas l'intérêt principal. Sont également *exclus*, les interventions entreprises par le biais du système de justice pénale qui cherche à prévenir, contrôler et gérer les risques de blessures par des moyens juridiques, judiciaires, de contrôles de police et autres interventions sectorielles axées sur la lutte contre les armes, la drogue et la violence. Ces interventions ont un objectif qui va au-delà de la santé, bien qu'elles soient nécessaires à la santé. *Sont inclus* en tant que composantes de soins de santé : les mesures IEC visant à prévenir les préjudices causés par les individus et réduire la consommation de drogue et d'alcool parmi les jeunes gens et les femmes enceintes (HC.6), ainsi que le traitement au sein du système de santé curatif des cas qui apparaissent suite aux risques de la sécurité publique (HC.1).

Services de transport. Les politiques de transport et de trafic qui mettent l'accent principalement sur le transport, mais qui ont un lien avec la prévention de la santé mais restent en dehors de ce domaine sont exclues, car elles sont hors de la frontière de santé. Le respect de la réglementation pourrait viser un objectif autre que celui de la santé, *par ex* : pour éviter une amende. Ainsi, la mise en œuvre de telles mesures n'est comptabilisée ni au titre de la santé, ni au titre de la prévention. *Inclus* : les composantes IEC qui font la promotion d'un comportement sain en matière de transport (HC.6), *par ex* : les informations et les programmes visant à promouvoir l'auto-prise en charge par l'utilisation du casque. *Sont également incluses*, les études épidémiologiques sur les blessures et accidents pour éclairer les programmes de santé, *par ex* : les études sur la fixation de limites juridiques aux niveaux d'alcool dans le sang pendant la conduite (HC.6).

Les classes préventives de deuxième chiffres

La classification de la prévention dans le SCS 2011 se base sur le type de services. Comme dans les autres nomenclatures, les pays ayant plus de besoins analytiques détaillés sont capables de produire des subdivisions selon leurs spécificités nationales.

La prévention peut générer dans la plupart des cas des externalités positives. Ceci est clair dans les maladies transmissibles et dans les classes environnementales de même que dans les maladies non-transmissibles. A titre d'exemple, nous avons les maladies hydriques telle que le choléra ; les maladies dues aux aliments tels que les agro-toxiques et autres contaminants biologiques et non-biologiques ; et les maladies transmissibles par l'air liées au PM10 (matière particulaire) et les polluants de l'intérieur.

La répartition de la prévention couvre les classes suivantes :

HC.6.1 Programmes d'information, d'éducation et de conseils

Les programmes d'information, d'éducation et de communication (IEC) conjuguent des stratégies, approches et méthodes pour permettre aux individus, aux familles, groupes, organisations et communautés de jouer des rôles actifs dans la prise en charge, la protection et le maintien de leur propre santé. Il y a un processus d'apprentissage qui est inhérent à l'IEC et qui habilite les gens à prendre des décisions, à modifier leur comportement et à changer les conditions sociales, en passant par l'amélioration des connaissances, des croyances, des attitudes, de l'utilisation et de l'interaction avec le système de santé. L'objectif porte sur la prévention primaire et secondaire. Celui-ci couvre la consommation tant individuelle que collective, qui se fait sous différents formats, tel que les masses médias et le conseil individuel. Cela peut varier en fonction des traits culturels du consommateur. Cette dépense peut impliquer la diffusion d'informations ainsi que le temps et les compétences d'un personnel spécialisé offrant les conseils.

Les programmes d'information et de conseil font généralement partie de programmes de lutte, dans quel cas ils sont axés sur les maladies, informant les individus sur les problèmes de santé spécifiques, leurs facteurs de conditionnement et des risques particuliers. Ils peuvent être liés aux stratégies permettant d'éviter le risque, l'autoprotection, l'observance du traitement, les directives d'auto-prise en charge des maladies, l'éducation préopératoire, ou les plans de sortie. Ils peuvent

également être liés à des tests auto-appliqués pour surveiller l'état de santé, l'orientation des individus sur la façon de rester en bonne santé si les résultats sont négatifs, et les orienter et les référer pour le suivi, s'ils sont positifs. A titre d'exemple, il y a les informations sur les conséquences du tabac sur la santé, les informations sur les régimes alimentaires, l'activité physique ou la consommation du sel ; il y a les avertissements spéciaux à l'endroit des femmes enceintes sur la toxicomanie et la consommation d'alcool ; il y a les informations sur l'efficacité de la protection contre les risques par l'utilisation des casques et des ceintures auto ; et les informations sur les programmes de vaccination et de dépistage.

HC.6.2 Programmes de vaccination

Les programmes de vaccination ont pour objectif d'empêcher le développement d'une maladie, avant ou après l'exposition, grâce à l'utilisation de produits pharmaceutiques, tels que les vaccins. Il s'agit de la prévention primaire. Cela peut impliquer la consommation d'individus spécifiques d'une campagne ou des opérations continues d'un programme. A titre d'exemples, il y a la vaccination contre la diphtérie, l'hépatite, l'herpes zoster, le HPV, la grippe, la rougeole, les infections à méningocoques, les oreillons, la coqueluche (toux coquelucheuse), les infections à pneumocoques, la poliomyélite, la rage, la rubéole, le tétanos, la varicelle, la fièvre jaune. Les dépenses liées à la consultation, aussi bien pour le temps et les compétences du personnel et l'achat du vaccin lui-même doivent être prises en compte.

HC.6.3 Les programmes de détection précoce de la maladie

Ce point concerne la recherche active d'une maladie au début de son évolution, avant l'apparition des symptômes, au sein des groupes à risque, sous forme d'activités organisées d'un programme. Il peut s'agir de dépistage, de tests de diagnostic et d'examen médicaux. Ceux-ci s'adressent à des maladies spécifiques, telles que le cancer du sein, le cancer du col de l'utérus, le cancer colorectal, le diabète, le VIH / sida, le paludisme, la tuberculose, le cancer de la prostate et ainsi de suite. Selon les critères de la prévention, cela concernerait uniquement les cas de détection précoce de la maladie avant qu'un diagnostic ne soit posé. Selon les délimitations des soins de santé, un auto-examen effectué sans transaction ne serait pas pris en compte. L'auto-examen peut engendrer des dépenses comme lorsqu'il implique l'achat des tests à s'auto-administrer, *par ex* : pour mesurer les taux de sucre dans le sang ou dans l'urine, et doivent être comptabilisés en tant HC.5. Les tests de contrôle et de suivi après le diagnostic doivent être considérés comme faisant partie des soins curatifs (HC.1).

HC.6.4 Les programmes de suivi d'un état de santé sain.

Cette rubrique concerne le suivi actif des états de santé sains, et n'est pas focalisée sur des maladies spécifiques. Ceux-ci peuvent cibler, par exemple, des états de santé spécifiques, tels que la grossesse (soins prénatals et postnatals), ou des groupes d'âge spécifique tels que les enfants (*ex* : croissance et le développement de l'enfant) ou des groupes de personnes vieillissantes, ou des domaines de santé spécifiques, tels que les soins dentaires et les bilans de santé.

Tableau 5.2. Composantes de santé préventive et de santé publique dans le SCS 1.0 et le SCS 2011

Exemples de santé préventive et santé publique listés dans le SCS 1.0: Comment établir la correspondance avec le SCS 2011							
Contenu: essentiellement comme décrit dans le SCS	Code du programme SCS.2	Nouvelle rubrique	Code du programme SCS.1	Contenu: essentiellement comme décrit dans le SCS.1	Code du programme SCS.2	Nouvelle rubrique	Code du programme SCS.1
Santé maternelle et infantile; planning familial et accompagnement			HC.6.1	Prévention des maladies non transmissibles			HC.6.4
Conseils en génétique	HC.6.1		HC.6.1	Education en santé	HC.6.1		HC.6.4
Identification des anomalies génétiques	HC.6.3		HC.6.1	Prévention de la maladie	HC.6		HC.6.4
Soins médicaux prénatals et postnatals	HC.6.4		HC.6.1	Promotion de la santé	HC.6		HC.6.4
Soins de santé du nouveau né	HC.6.4		HC.6.1	Programmes pour éviter les risques	HC.6.1		HC.6.4
Santé préscolaire et scolaire	HC.6.4		HC.6.1	Amélioration de l'Etat de santé non orienté spécifiquement sur les maladies transmissibles	HC.6.4		HC.6.4
Conception du programme, suivi et évaluation		HC.6.5		Interventions contre le tabac, l'alcoolisme et de toxicomanie	HC.6.1		HC.6.4
Réglementation lié au panier de services et la couverture des populations en SMI, PF		HC.7.1		Activités des agents communautaires	HC.6		HC.6.4
Services de santé scolaire			HC.6.2	Services offerts par les groupes d'auto-suffisance	HC.6.1		HC.6.4
Education	HC.6.1		HC.6.2	Education générale en santé et informations en santé	HC.6.1		HC.6.4
Dépistage	HC.6.3		HC.6.2	Campagnes d'éducation en santé	HC.6.1		HC.6.4
Prévention de la maladie	HC.6		HC.6.2	Campagnes en faveur de la promotion de la santé (mode de	HC.6.1		HC.6.4
Promotion de la santé	HC.6		HC.6.2	Echanges d'information (alcoolisme, toxicomanie)	HC.6.1		HC.6.4
Traitement médical de base (y compris les soins dentaires)	HC.1		HC.6.2	Surveillance environnementale de la santé publique	HC.6.5		HC.6.9
Interventions contre le tabac, l'alcoolisme et de toxicomanie (dans les milieux scolaires)	HC.6.1		HC.6.2	Information sur les conditions environnementales	HC.6.1		HC.6.9
Programmes de vaccination	HC.6.2		HC.6.3	Conception du programme, suivi et évaluation		HC.6.5	
Conception du programme, suivi et évaluation		HC.6.5		Réglementation lié au panier de services et la couverture des populations en maladie non transmissibles		HC.7.1	
Regulation linked to basket of services and population coverage on school health		HC.7.1		Médecine du travail			HC.6.5
Prévention des maladies transmissibles			HC.6.3	Surveillance de la santé des employés	HC.6.4		HC.6.5
Points de contact obligatoire et notification des maladies	HC.6.5		HC.6.3	Contrôle médical de routine	HC.6.4		HC.6.5
Enquêtes épidémiologiques sur les maladies transmissibles	HC.6.5		HC.6.3	Soins thérapeutiques, y compris les services d'urgence	HC.1		HC.6.5
Rechercher les contacts et origine de la maladie	HC.6.5		HC.6.3	Ergonomie, sécurité	HC.6 (health part)		Excluded
Prévention de la tuberculose	HC.6		HC.6.3	Santé et protection environnementale au travail	HC.6 (health part)		Excluded
Lutte contre la tuberculose (dépistage)	HC.6.3		HC.6.3	Prévention des accidents au travail	HC.6 (health part)		Excluded
Vaccination (obligatoire et volontaire)	HC.6.2		HC.6.3	Conception du programme, suivi et évaluation		HC.6.5	
Vaccination pendant les grossesses et les soins infant	HC.6.2		HC.6.3	Réglementation lié au panier de services et la couverture des populations en médecine du travail		HC.7.1	
Vaccination de la médecine du travail	HC.6.2		Exc HC.6.5	Tous autres services de santé publique			HC.6.9
Vaccination pour les voyages et le tourisme à l'initiative	HC.1		HC.1	Fonctionnement et administration des banques e sang et d'	HC.4.1.2		HC.6.9
Conception du programme, suivi et évaluation		HC.6.5		Surveillance environnementale de la santé publique	HC.6.5		HC.6.9
Réglementation lié au panier de services et la couverture des populations en santé scolaire		HC.7.1		Information du public sur les conditions environnementales	HC.6.1		HC.6.9

Source: EICS pour le SCS 2011.

HC.6.5 Surveillance épidémiologique et des risques et programmes de lutte contre la maladie

Cette classe couvre les opérations techniques pour gérer les connaissances et les ressources avec une focalisation sur l'aspect préventif et de lutte. Cela se réalise à travers la planification, le suivi et l'évaluation des interventions, y compris les mesures visant à éclairer la prise de décision, tel que l'accès à l'information et aux services d'appui. Cela comprend les systèmes d'information relatifs à l'épidémiologie et la santé, et la gestion pour faire le suivi des cas, les données et les réponses du système de santé ; les mesures d'appui telles que les activités opérationnelles visant à l'amélioration immédiate du programme ; et la formation pratique et la recherche opérationnelle.

Le contenu générique comprend: Effectuer la surveillance des flambées épidémiques et des tendances des maladies transmissibles et non transmissibles, des blessures, et de l'exposition aux agents environnementaux nocifs pour la santé, ainsi que la conduite de recherches sur les réponses appropriées. A titre d'exemples : la surveillance épidémiologique et la recherche menées par les systèmes de santé afin d'identifier et diagnostiquer les cas ; la mesure de certains états de santé et de maladies sélectionnés ayant un impact sur la communauté telle que la tuberculose ; l'analyse de la justesse des données sur la santé et des systèmes d'informations ; le contrôle d'échantillons d'eau de boisson humaine et d'aliments en relation aux maladies hydriques et aux maladies dues aux aliments ; des études épidémiologiques d'autres risques environnementaux, telle que l'analyse du lait maternel dans des zones à risques pour la recherche de polluants organiques persistants (POP) ; la formation pratique en vue d'assurer que les procédures et les protocoles de traitement établis pour divers programmes de santé sont suivis ; et la levée des barrières à l'accès aux services de santé par les individus et les groupes de population. Cela comprend l'évaluation appropriée des opérations des programmes afin d'identifier les améliorations opérationnelles appropriées liées à toute composante du système de santé, tel que le programme de prestation des services, les informations aux usagers, et l'analyse de la couverture de la zone de prestation par les établissements de santé.

Les données sur les dépenses de cette classe sont généralement liées aux domaines techniques organisant des programmes de prévention avec une approche collective, *ex* : programmes de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le cancer, etc. Ces données peuvent donc être disponibles auprès de cadres techniques et de coordination qui sont liés aux volets du programme qui ne sont pas directement concernés par les opérations des services de soins de santé, tels que le ministère de la santé, les bureaux régionaux et de districts, les ONG, etc. Voir le chapitre 14 sur les règles comptables pour plus de détails sur la sélection des clés d'allocation en vue de répartir les dépenses.

HC.6.6 La préparation des programmes de réponses aux catastrophes et aux situations d'urgence

Elle comprend la préparation pour une réponse appropriée en cas de situation d'urgence humanitaire, qu'elle soit d'origine humaine ou pas. L'objectif est de protéger la santé et de réduire la mortalité et la morbidité dues aux risques sanitaires par le biais notamment d'un domaine particulier de l'épidémiologie de terrain, et de la formation sur les normes techniques. Il s'agirait par ex. de la capacité à acquérir ou augmenter les ressources très rapidement, et les préparations pour le changement du traitement et du référencement des patients, tels que le tri des patients et la portée de la restructuration conformément à la nature de l'urgence.

Cette classe peut être adaptée aux besoins spécifiques des pays, dans la mesure où les risques pour la santé peuvent varier selon les zones. Toutefois, dans tous les cas, les règles de santé et une infrastructure de santé doivent être prêtes à faire face aux besoins urgents de soins de santé

HC.7 Gouvernance, et administration du système de santé et des financements

Ces services mettent l'accent sur le système de santé plutôt que directement sur les soins de santé, et sont considérés comme étant collectifs, dans la mesure où ils ne peuvent être attribués à des individus spécifiques, mais profitent à tous les usagers du système de santé. Ils orientent et

soutiennent le fonctionnement du système de santé. Ces services sont censés maintenir et accroître l'efficacité et l'efficience du système de santé et peuvent améliorer son équité

Ces dépenses sont encourues principalement mais pas exclusivement par l'administration centrale. Elles comprennent la formulation et l'administration de la politique gouvernementale ; la mise en place des normes ; la réglementation, la délivrance de licences ou la supervision des producteurs ; la gestion de la collecte des fonds ; et l'administration, le suivi et l'évaluation de ces ressources, etc. Toutefois, certains de ces services sont également fournis par des entités privées, y compris la société civile (ONG), et l'assurance médicale privée. Cette participation civile est clairement illustrée par les plaidoyers pour la santé, les observatoires de la santé et les associations des usagers/consommateurs des services de santé.

HC.7.1 Gouvernance et administration du système de santé

Bien que celles-ci couvrent plus d'une fonction unique, une seule catégorie est proposée au niveau du deuxième chiffre en raison de sa part relativement faible dans les dépenses et la difficulté à la distinguer.

La gouvernance a été définie comme « la gestion minutieuse et responsable du bien-être des populations » (OMS, 2003), et comprend trois tâches majeures : la vision et la direction, la collecte et l'exploitation des informations et la pratique de l'influence à travers la réglementation et autres moyens. Elle comprend la planification, la formulation de politique, et les données de renseignements de l'ensemble du système de santé, tel que :

Le suivi des besoins en santé (OMS, 2002, FESP 1) et des interventions en soins de santé ;

- La comptabilité de la santé et le suivi de ressources spécifiques (FESP 6) et l'audit ;
- Élaboration de politiques et planification (FESP 3) ;
- Les partenariats pour la promotion de la santé, participation et autonomisation sociale (FESP 7) ;
- La recherche, le développement et la mise en œuvre d'interventions novatrices pour fixer des normes (FESP 9) ;

Le SCS 2011 inclut dans cette catégorie la composante *service public général*, qui fait partie de la fonction de l'administration à travers la planification générale et les services de statistiques (tel qu'indiqué dans la CFAP 01.3).

L'administration implique une gestion focalisée, y compris la conception de mesures réglementaires, la mise en place de mesures incitatives, et le contrôle des organisations et des ressources du système, tels que les établissements médicaux généraux et spécialisés, y compris les services dentaires, les hôpitaux et les cliniques, les services infirmiers et pour convalescents à domicile ainsi que les cabinets privés. Les rôles directifs et opérationnels ainsi que les ressources impliquées dans de telles opérations doivent être pris en compte.

- La gestion stratégique des systèmes et services de santé en vue d'améliorer la santé de la population ;
- La réglementation afin de protéger la santé publique, y compris l'accréditation et l'assurance qualité ;
- Développement et planification des ressources humaines

Sont exclus : les frais généraux liés à l'administration ou au fonctionnement des prestataires de santé, y compris les hôpitaux ou d'autres prestataires, qui doivent être inclus dans les dépenses par service consommé (HC.1-HC.6). Par exemple, si un groupe d'hôpitaux publics ou privés dispose d'une unité centrale qui fournit certains services courants tels que les achats, les laboratoires, les ambulances ou d'autres infrastructures, la valeur de ces services courants serait prise en compte dans la valeur des services individuels.

Cas de clarification : la fonction de réglementation fait partie de la fonction de gouvernance et elle comprend la mise en place de modalités d'application des règlements. Toutefois, le comité technique de chaque programme a la responsabilité de veiller à l'application au niveau opérationnel. Ainsi, la formulation de la réglementation et ses mécanismes d'application font partie de la gouvernance et la mise en œuvre de l'application de la réglementation dans le cadre du contrôle de programmes spécifiques font partie de la fonction concernée. Le niveau opérationnel est susceptible d'être séparable à travers des organes spécifiques axés sur des programmes.

HC.7.2 L'administration du financement de la santé

Cette classe implique une sous-composante spécifique au financement de la santé indépendamment de son origine publique et privée ou de sa prestation publique et privée. Elle comprend la gestion de la collecte des fonds, l'administration et le suivi et l'évaluation de ces ressources. Parmi les services spécifiques liés à la mobilisation des ressources figurent l'identification des membres du système, leur inscription, facturation et la collecte des contributions, ainsi que la gestion des exceptions. Dans la fonction de mise en commun, l'égalisation des risques constitue un service important. Dans la fonction d'achat les services inclus sont la sélection, la négociation, l'achat et la passation de marché avec les prestataires de soins de santé, ainsi que le système de traitement des demandes, y compris le contrôle, le paiement des fournisseurs et le remboursement des patients.

Une proposition de subdivision plus poussée au troisième niveau est faite par les régimes de financement publics et privés.

L'administration de l'assurance maladie privée porte essentiellement sur le service d'assurance maladie et les frais de ce service. Elle couvre les dépenses sur les ventes, le service de souscription et la police, l'adjudication des demandes de remboursement, les fonctions actuarielles, les services juridiques d'appui, les fonctions d'investissement, les charges administratives de la société et les frais du risque.

Pour les agences publiques, on s'attend également à ce qu'elle implique les coûts administratifs des programmes de santé de l'administration fédérale, des états fédérés, et des collectivités locales.

Sont exclus : les coûts administratifs des prestataires de soins de santé et les services et biens de santé qu'ils offrent. Sont également exclus les coûts d'opportunité du travail administratif pour les consommateurs et la collecte d'impôts pour les recettes fiscales générales associées.

HC.9 Autres services de soins de santé non classifiés ailleurs (n.c.a)

Cette rubrique inclut tout autre services de soins de santé non classés dans le HC.1 jusqu'au HC.7.

HC.RI Postes pour mémoire

HC.RI.1 Dépenses totales en produits pharmaceutiques (DTPP)

Les produits pharmaceutiques sont l'un des produits technologiques les plus fréquemment utilisés, pour tous les objectifs de soins de santé. Les dépenses totales en produits pharmaceutiques ont été estimées à environ un tiers des dépenses courantes de santé. Toutefois, la consommation peut suivre des voies différentes; par exemple, ceux qui sont généralement utilisés dans le cadre d'un contact en milieu hospitalier sont inclus dans la consommation intermédiaire et par conséquent ne sont pas comptabilisés à part. La classification fonctionnelle tient compte uniquement des achats

directs de biens médicaux par les consommateurs dans les ventes au détail (HC.5), peu importe si oui ou non ils résultent d'un contact avec le système de santé. Une sous-classification plus poussée permet d'identifier la consommation prescrite (HC.5.1.1). Les politiques pharmaceutiques requièrent des informations sur la dépense totale en consommation de produits pharmaceutiques ainsi que les différents circuits, prix, composition, etc. Une évaluation globale de la consommation de produits pharmaceutiques est d'une importance majeure dans une approche fonctionnelle aux soins de santé

L'estimation de la dépense totale en consommation de produits pharmaceutiques est importante pour la planification et la prise de décision. L'on obtient le chiffre des dépenses totales en consommation de produits pharmaceutiques, en additionnant la partie explicitement comptabilisée (HC.5.1.1 + HC.5.1.2) et les autres composantes de la consommation de produits pharmaceutiques quelle que soit le mode de consommation. C'est le cas de la composante pharmaceutique dans les lots de traitement, notamment dans le cadre de l'interaction dans le contact pour les soins curatifs (HC.2), et des soins de longue durée (HC.3). Il peut y avoir également des montants incorporés dans le cadre des soins ambulatoires de la part des médecins prescripteurs (partie HC.1.3).

Dans les établissements sanitaires, notamment pour les soins hospitaliers, une partie du service peut nécessiter des efforts complémentaires pour produire des médicaments, et intégrer et livrer les "boîtes de comprimés". Ce qui impliquerait que la consommation des produits pharmaceutiques tient compte non seulement du coût des produits achetés (directement) mais aussi des coûts des services de distribution complémentaire. Pour générer un montant exact, il est recommandé d'utiliser une approche par étapes, comme dans les autres cas.

HC.RI.2 Médicaments Traditionnels, Complémentaires et Alternatifs (MTCA)

La MTCA a été identifiée comme une politique pertinente dans de nombreux pays, en raison soit de son importance culturelle ou de son taux de croissance élevé. En raison du mélange des finalités, des pratiques et des profils de financement, les systèmes de MTCA, les thérapies et les disciplines (y compris les produits médicaux y relatifs) sont de facto une sous-classe des hôpitaux et des services de soins ambulatoires et des détaillants.

Le champ d'application de la médecine traditionnelle, complémentaire et alternative (MTCA).

De façon générale, les soins de santé peuvent être divisés en soins modernes (classiques, conventionnels, orthodoxes, occidentaux ou allopathiques) et traditionnels (autochtones, complémentaires, alternatifs ou d'intégration), avec une répartition qui diffère selon les pays.

Les soins non allopathiques comprennent l'ensemble des services d'un cabinet ayant un objectif de santé mais qui ne relèvent pas du domaine de la médecine allopathique. Le terme générique utilisé est Médecine Traditionnelle, Complémentaire et Alternative (MTCA). Telle que définie par l'OMS, la "médecine traditionnelle" est un concept vague qui comprend un éventail de pratiques de longue date et toujours en évolution fondées sur des croyances et des théories diverses. Ces services impliquent des systèmes de connaissances médicales, développées au fil des siècles dans des sociétés diverses, avant ou pendant le développement de la médecine moderne. Les services "complémentaires et alternatifs" sont ceux qui sont utilisés avec ou à la place des soins de santé allopathiques et ils ne sont pas encore intégrés dans le système médical international établi, même si au niveau national, ils sont largement utilisés.

La MTCA est courante dans la plupart des pays et est répandue dans beaucoup. La comptabilisation des MTCA ne transgresse pas le contrôle légal et réglementaire préconisé dans les pays où la médecine allopathique est la forme dominante. La classe de MTCA est incluse dans la classification fonctionnelle (HC) pour décrire, suivre et analyser et classer les flux financiers, la mobilisation des ressources connexes, l'utilisation des facteurs de production et les modes de consommation. La MTCA est intrinsèquement difficile à suivre en raison de ses liens avec les marchés informels, notamment dans les PFR-PRI. Il est nécessaire d'utiliser une approche basée sur la neutralité institutionnelle effective en vue d'assurer la comparabilité des données entre pays. Il y a

une grande diversité au sein de cette classe et de nouvelles pratiques continuent de voir le jour. Les différences dans la prestation de la MTCA entre les pays compliquent donc le suivi des informations comparables. Les types les plus courants sont :

- Les systèmes de santé alternatifs; parmi lesquels les plus répandus sont l'acupuncture, l'homéopathie, la chiropraxie, l'ostéopathie;
- Les thérapies complémentaires, telles que la thérapie d'Alexander, l'aromathérapie, la thérapie de Bach et d'autres thérapies florales, thérapie corporelle, la thérapie ayurvédique, la phytothérapie, la naturopathie, la thérapie nutritionnelle, le yoga, la cure thermale;
- les disciplines alternatives, telles que la thérapie de cristal, l'iridologie, la kinésiologie et la radionique ;
- pratiques spirituelles et ésotériques. (n.b. ces pratiques sont hors de la frontière de soins de santé SCS)

Certaines thérapies telles que le yoga peuvent également être consommés avec une fonction de bien-être, dans quel cas elles sont également à l'extérieur de la délimitation des soins de santé.

L'éventail des fonctions des services de la MTCA est similaire à celui observé pour la pratique allopathique:

- par nature préventif, curatif, de réadaptation, ou de maintien par nature ;
- Procédures de diagnostics, chirurgicales et prescriptives.

Les produits non allopathiques couvrent une grande diversité de produits et peuvent être acquis au cours du traitement auprès des détaillants, spécialisés ou non (OMS, 2005b) :

- Types de phyto-médicaments ;
- Les médicaments délivrés sur ordonnance ;
- Les médicaments en vente libre ;
- Les compléments alimentaires ; les produits alimentaire diététique et des aliments fonctionnels.

La fonction primaire des aliments, qu'ils soient sains ou fonctionnels, est alimentaire, ce qui les place en dehors de la frontière des soins de santé.

Étant donné que la MTCA est au cœur de nombreux systèmes traitant de la santé par l'augmentation de l'énergie plus que par le traitement individuel de chaque maladie, il peut s'avérer difficile d'établir une frontière avec le bien-être. Ce problème n'est pas exclusif à la MTCA, mais affecte également les pratiques allopathiques (*par exemple*, les recommandations portant sur le régime alimentaire et l'activité physique pour la prévention dans le domaine cardio-vasculaire peuvent être difficiles à isoler et à comptabiliser).

Bien que l'objectif de la pratique de la MTCA est en principe le même que celui de la pratique allopathique, certaines composantes peuvent être difficiles à distinguer des autres fonctions de la consommation tels que le bien-être, pour ce qui est du yoga, ou alimentaire pour ce qui est des produits alimentaires. La mesure est également complexe. Dans de nombreux pays, la MTCA est intégrée à la pratique allopathique. En l'absence de documents spécifiques, elle n'est ni identifiée, ni

prise en compte. En somme, les frontières entre les pratiques de la MTCA et les pratiques allopathiques seront établies selon les conventions nationales.

Les ressources nécessaires à la production des estimations de la MTCA ne sont pas négligeables. Certains critères pour produire une comptabilité plus juste sont :

- *L'efficacité*
- *Prestataire*
- *Qualifications des médecins*
- *Enregistrement et législation liée aux prestataires et produits MTCA.*
- *Le mode de financement*
- *La disponibilité des données*

HC.RI.3. Services de prévention et de santé publique (selon le SCS 1.0)

Le contenu de la rubrique HC.6, Services de prévention et de santé publique dans le SCS 1.0 a été organisée soit par type de programme soit par groupe de bénéficiaire ou par cadre de consommation. Les principaux problèmes identifiés incluent : a) un chevauchement potentiel des classes, en fonction de la structure des programmes du pays, b) l'inclusion de certains services curatifs et l'exclusion de certains services préventifs comptabilisés au titre du HC.R 3 et du HC.R 4, c) l'exclusion de certains services de prévention qui résultent d'une initiative individuelle, d) il s'est avéré difficile de désagréger certaines composantes de la prévention de l'administration, et e) les banques de sang ont été comptabilisées comme services de santé publique.

La classification dans le SCS 2011 implique les changements suivants : a) organisation par type de service, b) une focalisation sur la prévention, ce qui permet une fixation claire des frontières, c) les soins préventifs individuels sont exclus et comptabilisés au niveau du HC.1 ; d) l'intégration de certaines composantes de la santé préventive avec une description imprécise claire qui étaient auparavant affectées au HC.R.3 et HC.R.4, et e) les banques de sang ont été reconsidérées comme services auxiliaires, complémentaires aux soins préventifs, curatifs ou de réadaptions. La principale barrière à comptabilisation de la prévention qui est intégrée aux services curatifs, de réadaptation ou de SLD est l'absence de données appropriées. Ainsi, une définition claire n'est pas encore suffisante pour garantir une classe de prévention exhaustive.

Par conséquent, en principe, le montant inscrit au niveau de la prévention reste proche, mais est différent de celui du SCS 1.0. La classification du SCS 1.0 est donc retenue. Avec ce but, la rubrique (HC.RI.3) correspond au HC.6 du SCS 1.0, et se trouve à l'intérieur de la délimitation des soins de santé.

HC.RI.3.1 Santé maternelle et infantile; planning familial et conseil (selon le SCS 1.0)

HC.RI.3.2 Services de santé scolaires (selon le SCS 1.0)

HC.RI.3.3 Prévention des maladies transmissibles (selon le SCS 1.0)

HC.RI.3.4 Prévention des maladies non-transmissibles (selon le SCS 1.0)

HC.RI.3.5 Les soins de santé de la médecine du travail (selon le SCS 1.0)

HC.RI.3.9 Tous autres services de santé publique divers (selon le SCS 1.0)

HCR Les classes liées aux soins de santé (hors la frontière de soins de santé SCS, mais qui peuvent être pertinentes au fonctionnement du système de santé)

HCR.1 Les soins de longue durée (social)

Cette rubrique comprend les dépenses consacrées aux services de soins sociaux de niveau inférieur en vue d'aider avec les activités instrumentales de la vie quotidienne (telles que l'aide aux activités ménagères, repas, etc., le transport et les activités sociales). Etant donné que les composantes de soins de santé de longue durée sont contenues dans le HC.3, les composantes sociales complémentaires sont incluses comme catégorie relative aux soins de santé, qui est ensuite subdivisée en composantes en nature et en espèces. Les volets santé et social, HC.3 et HCR.1 pourraient être additionnés pour obtenir une valeur totale de soins de longue durée (SLD). Les composantes sociales des SLD peuvent être fournies et rémunérées comme un ensemble de services parallèlement aux soins infirmiers de longue durée et de soins individuels. Si de tels services ne peuvent pas être comptabilisés séparément, et ne constituent pas la composante dominante de l'ensemble de services, ils doivent être inclus dans la rubrique HC.3 ; autrement, la totalité de l'ensemble de services devrait être sous HC.R.1 : Soins de longue durée (social).

- *Sont inclus:* Des subventions aux services d'hébergement (de même que les dépenses de logement) dans l'assistance aux conditions de logement et d'autres types de logements protégés pour les personnes ayant des limitations fonctionnelles (de même que les services d'hébergement pour les personnes atteintes de déficience mentale, maladie mentale ou des problèmes de toxicomanie de même que les foyers pour handicapés physiques et mentaux); les services d'entretien ménager, les services sociaux de soins de jour pour les personnes dépendantes; et les transports à destination et à partir des structures de soins de jour ou des services sociaux similaires pour les personnes ayant des limitations fonctionnelles.
- *Sont exclus:* Tous les services qui sont principalement liés à la fourniture de soins de santé de longue durée et des soins individuels qui sont inclus dans la fonction HC.3: Soins de longue durée (santé). Sont également exclus l'ensemble des services de surveillance des personnes ayant une déficience mentale, telles que les patients atteints de démence; les services d'évaluation médicale, et les services impliquant la prise en charge des cas et de coordination entre les soins médicaux et les soins de santé de longue durée (qui sont également inclus dans HC.3).
- *Sont également exclues:* les écoles spécialisées pour personnes handicapées et la réadaptation professionnelle.

HCR.1.1 Services sociaux de longue durée en nature.

Cette rubrique comprend des services de soins sociaux de longue durée en nature tels que décrits ci-dessus, qui sont fournis aux personnes ayant des problèmes de santé et des limitations fonctionnelles ou des déficiences, où la fonction principale et de permettre une vie indépendante et l'interaction avec son milieu de vie.

HCR.1.2 Prestations en espèces de services sociaux de longue durée.

Cette rubrique comprend la fourniture de prestations de soins sociaux sous forme de transferts fournis aux individus et aux ménages. Elle couvre essentiellement les services informels de nature

social fournis par les membres de la famille ou la rémunération de prestataires de services d'appui social formel en vue d'aider dans les activités instrumentales de la vie quotidienne et permettre une vie indépendante. Elle ne couvre pas les prestations en espèces pour la protection des revenus en cas de maladie ou d'invalidité, tel que les congés maladie payés ou la protection du revenu en cas d'invalidité (autre que les pensions d'invalidité pour les personnes ayant dépassé l'âge de la retraite).

HCR.2 Promotion de la santé par une approche multisectorielle.

La santé est le résultat de l'interaction d'une gamme variée de déterminants. En vue d'améliorer les résultats de santé, les systèmes de santé, de même qu'une gamme d'autres interventions. La promotion de la santé vise une couverture exhaustive par l'inclusion des dépenses totales des efforts conjoints dans les services multisectoriels et pluri-partenaires, et des programmes qui peuvent être pertinents en matière d'élaboration de politique. Dans la plupart des cas, l'approche multisectorielle a des intérêts conjoints, et les dépenses qui sont bénéfiques aux soins de santé peuvent se chevaucher avec ceux d'autres fonctions sociales. L'intérêt d'avoir une mesure multisectorielle est d'équilibrer les frontières restreintes des soins de santé avec la responsabilité de rendre compte des ressources sous-jacentes au système de santé, de même que celles qui vont au-delà du système de santé, couvrant les efforts de promotion de la santé.

Le but de cette classe est de rendre compte des ressources de promotion de la santé qui peuvent aller au-delà de la frontière de santé, bien qu'étant néanmoins clairement impliqué avec un intérêt pour la santé.

HCR.2.1 Interventions alimentaires et d'eau potable.

Cette rubrique comprend une variété d'activités d'intérêt pour la santé collective, telles que l'inspection et les opérations de réglementation sanitaire couvrant diverses industries, notamment celles qui ont lien avec les aliments et l'eau potable pour la consommation humaine. La mesure dans laquelle le contenu est couvert peut varier selon les pratiques et besoins des pays. A titre d'exemple, il y a le contrôle de la boisson humaine et le contrôle des aliments dans le cadre du processus de production et de distribution alimentaires. Les dépenses à inclure peuvent concerner les communications avec des techniciens de la santé externes au Ministère de la Santé et aux interventions conjointes avec les autres institutions de promotion de la santé, basées particulièrement sur l'évidence de l'existence de risques liés à l'eau et sur les questions de sécurité alimentaires.

- *Sont inclus* : les mesures de sécurité alimentaire et de l'eau, telles que les interventions agro-culturelles visant à éviter la pollution toxicologique des aliments et de l'eau servant à des fins nutritionnelles et le renforcement des mesures de contrôle qualité réglementant la production et la distribution de produits alimentaires et d'eau potable.
- *Sont exclus* : les dépenses sur la réglementation directe de la santé (HC.7) de même que sur les composantes de programmes de suivi et de surveillance, tel que le contrôle qualité réalisé par les laboratoires de santé publiques (HC.6.2).

HCR.2.2 Interventions environnementales (sauf celles relatives aux aliments et à l'eau potable).

Cette rubrique comprend une variété d'activités de surveillance de l'environnement avec un objectif spécifique de santé publique, tel que la gestion des déchets (mesures de sécurité liées à ces services), gestion des eaux usées (mesures de sécurité et contrôle des normes de qualité), réduction de la pollution (prévention, surveillance, réduction et contrôle du bruit et de la pollution de l'air, des plans d'eau et des sols), la R&D en matière de protection de l'environnement (R&D dans les questions de santé publique relative à la protection de l'environnement).

Sont exclus : les dépenses sur la réglementation directe de la santé environnementale (HC.7), de même que les composantes de programmes de suivi et de surveillance, tel que le suivi de polluants biologiques persistants dans le lait maternel dans les zones géographiques à risques réalisé par les laboratoires de santé publique (HC.6.2)

HCR.2.3 Autre promotion plurisectorielle de la santé.

Cette classe vise à rassembler les dépenses qui impliquent lourdement un intérêt de santé publique, mais n'est pas nécessairement dans la frontière de santé : c'est le cas de l'initiative de lutte contre le tabagisme, dont certaines des interventions vont au-delà de la santé, ainsi que la sécurité routière, pour laquelle il y a un grand intérêt pour la prévention des blessures, mais implique également un intérêt primordial pour le transport et autres branches. Il serait souhaitable que chacune des composantes reste libellée et bien documentée dans les métadonnées afin de faciliter les comparaisons entre les pays.

Le Chapitre 5 du Manuel SCS 2011 examine plus profondément la logique de la classification HC, les critères utilisés pour définir les classes, davantage de notes explicatives, et une aide visuelle pour faciliter l'allocation des dépenses.

CHAPITRE 6. CLASSIFICATION DES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTE (ICHA-HP)

Introduction

Les prestataires de soins de santé regroupent les organisations et les acteurs qui fournissent des biens et services médicaux comme leur activité principale, de même que ceux pour qui la prestation de soins de santé constitue seulement une activité parmi tant d'autres. Ils varient en fonction de leurs structures juridiques, comptables, organisationnelles et fonctionnelles. Toutefois, bien qu'il existe d'énormes différences dans la manière dont les prestations des soins de santé sont organisées, il y a un ensemble d'approches et de technologies communes que tous les systèmes de santé partagent, ce qui permet de les structurer. La classification des prestataires de soins de santé (ICHA-HP) permet donc de classer toutes les organisations qui contribuent à la prestation de biens et services de santé et partant, l'organisation d'unités de prestataires spécifiques en des unités communes, en catégories applicables internationalement.

La principale activité exercée constitue le critère fondamental pour la classification des prestataires de soins de santé. Cependant, cela ne signifie pas que les prestataires classés dans la même catégorie exécutent exactement les mêmes types d'activités. Les hôpitaux qui constituent les principaux prestataires de soins de santé, fournissent habituellement, non seulement des services de soins hospitaliers, mais selon des dispositions spécifiques des pays, peuvent également assurer d'autres activités tels les soins ambulatoires, la réadaptation ou les services de soins longue durée et ainsi de suite. Pour les besoins de comparaison internationale, la valeur ajoutée de la classification de l'ICHA-HP porte sur deux avantages : premièrement, son lien avec la classification fonctionnelle qui donne un aperçu de la diversité des paramètres spécifiques des pays de la prestation des services de soins de santé et deuxièmement, sa combinaison avec la classification financière ce qui éclaire les divers mécanismes de financement des soins de santé dans les pays.

Ce chapitre introduit la classification des prestataires de soins de santé (ICHA-HP), et décrit ses principaux éléments. Il retrace les dépenses de santé par catégorie de prestataire afin de répondre à la question : *Quel est la structure organisationnelle qui caractérise la prestation des soins de santé dans un pays ?* Les classifications HP ainsi que la classification des fonctions de soins de santé (ICHA-HC) et la classification des systèmes de financement (ICHA-HF), déterminent l'espace de comptabilité des principaux comptes des dépenses courantes en santé.

Le concept de la classification des prestataires de soins de santé

L'univers des prestataires de soins de santé

La classification exhaustive des prestataires de soins de santé, signifie qu'elle devrait couvrir toutes les organisations du domaine d'intérêt, bien que la classification complète suppose que toutes les activités du domaine devront être compilées sans tenir compte du type d'organisation. Par conséquent, étant donnée que plusieurs organisations de l'économie nationale peuvent fournir certaines formes de soins de santé, la classification des prestataires de soins de santé doit être capable de les prendre toutes en compte sans tenir compte du fait que les soins de santé constituent leurs activités principales ou secondaires.

Les prestataires primaires sont ceux dont l'activité principale consiste à fournir des biens et services de santé comme décrit dans la classification fonctionnelle (ICHA-HC). Les prestataires primaires sont typiquement les cabinets des médecins généralistes et spécialistes, les unités de service d'ambulance d'urgence, les hôpitaux de soins aigus et psychiatriques, les centres de santé, les

laboratoires, les infrastructures de soins infirmiers, les pharmacies, etc... Dans la classification ICHA-HP, les prestataires de soins primaires sont regroupés en six catégories (HP.1 – HP.6).

Les prestataires secondaires sont ceux qui en plus de leurs activités principales, offrent des services de soins de santé qui peuvent être en partie ou pas du tout en rapport avec la santé. Les exemples de prestataires secondaires incluent : les institutions de soins internes, dont les principales activités pourraient être la fourniture de logements en plus d'autres services sociaux qui en plus de la supervision médicale, sont fournis comme activités secondaires ; les supermarchés qui vendent des produits pharmaceutiques en vente libre ; et les structures/professionnels de la santé qui offrent des services de soins de santé à un groupe restreint de population, tels que les services de la médecine du travail offerts à l'interne aux employés, ou les services de santé des prisons (HP.8.2).

Pour compléter le tableau, toutes industries qui réalisent des activités relatives à la santé, mais qui ne sont pas impliquées dans la fourniture de biens et services de santé directement aux patients (soit en tant qu'activités primaires ou secondaires) peuvent être enregistrées dans la catégorie HP.8.9 Autres industries n.c.a.. Deux raisons expliquent l'introduction de cette sous-catégorie, qui comprend les industries qui sont hors de l'univers des prestataires de soins de santé. D'abord, elle permet la classification des établissements qui sont impliqués dans la prestation d'activités relatives aux soins de santé telles que définies par la classification fonctionnelle, à savoir, les soins sociaux de longue durée et la promotion de la santé par une approche multisectorielle. Ensuite, elle permet l'établir le lien entre la classification HP et les classifications des comptes élargis, le compte capital en particulier. Ainsi, les industries impliquées dans la fourniture d'équipement médical ou dans la recherche et le développement en matière de santé, ou l'éducation et la formation des professionnels de la santé peuvent être enregistrées sous HP.8.9 Autres industries n.c.a.

La classification complète des prestataires de soins de santé se présente dans le tableau 6.1 et dans les notes explicatives qui suivent.

Tableau 6.1. Classification des prestataires de soins de santé dans le SCS 2011

Code	Description	Codes du SCS 1.0
HP.1	Hôpitaux	HP.1.0
HP.1.1	Hôpitaux généraux	HP.1.1
HP.1.2	Hôpitaux psychiatriques	HP.1.2
HP.1.3	Hôpitaux spécialisés (autres que les hôpitaux de santé mentale)	HP.1.3
HP.2	Établissements résidentiels de soins de longue durée	HP.2
HP.2.1	Établissements de soins infirmiers de longue durée	HP.2.1
HP.2.2	Établissements pour troubles mentaux et toxicomanie	HP.2.2
HP.2.9	Autres établissements résidentiels de soins de longue durée	HP.2.3, 2.9
HP.3	Prestataires de soins de santé ambulatoire	HP.3
HP.3.1	Cabinets médicaux	HP.3.1
HP.3.1.1	Cabinets des médecins généralistes	HP.3.1
HP.3.1.2	Cabinets des médecins spécialistes en santé mentale	HP.3.1
HP.3.1.3	Cabinets des médecins spécialistes (autres que les spécialistes en santé mentale)	HP.3.1
HP.3.2	Cabinet dentaire	HP.3.2
HP.3.3	Autres praticiens de soins de santé	HP.3.3
HP.3.4	Centres de soins ambulatoires	HP.3.4
HP.3.4.1	Centres de planning familial	HP.3.4.1
HP.3.4.2	Centres de soins ambulatoires pour malades mentaux et toxicomanes	HP.3.4.2
HP.3.4.3	Centres autonomes de chirurgie ambulatoire	HP.3.4.3
HP.3.4.4	Centres de dialyse	HP.3.4.4
HP.3.4.9	Tous autres centres ambulatoires	HP.3.4.5, 3.4.9
HP.3.5	Prestataires de services de soins de santé à domicile	HP.3.6
HP.4	Prestataires de services auxiliaires	
HP.4.1	Prestataires de services de transport aux patients et de secours d'urgence	HP.3.9.1
HP.4.2	Laboratoires Médicaux et de diagnostique	HP.3.5, 3.9.2
HP.4.9	Autres prestataires de services auxiliaires	HP.3.9.9
HP.5	Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	HP.4
HP.5.1	Pharmacies	HP.4.1
HP.5.2	Détaillants et autres fournisseurs de biens médicaux durables et d'appareils médicaux	HP.4.2, 4.3, 4.4
HP.5.9	Tous autres détaillants divers et autres fournisseurs de produits pharmaceutiques et biens médicaux	HP.4.9
HP.6	Prestataires de soins préventifs	HP.5
HP.7	Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	HP.6
HP.7.1	Agences étatiques de l'administration de la santé	HP.6.1
HP.7.2	Agences d'assurance maladie sociale	HP.6.2
HP.7.3	Agences administratifs de l'assurance maladie privée	HP.6.3, 6.4
HP.7.9	Autres agences administratives	HP.6.9
HP.8	Reste de l'économie	HP.7
HP.8.1	Ménages comme prestataires de soins de santé à domicile	HP.7.2
HP.8.2	Toutes autres industries prestataires secondaires de soins de santé	HP.2.3, 2.9, 7.1, 7.9
HP.8.9	Autres industries n.c.a.	
HP.9	Reste du monde	HP.9

Source: EICS pour le SCS 2011.

Notes explicatives à la classification ICHA-HP des prestataires de soins de santé

HP.1 Hôpitaux

Les hôpitaux regroupent les établissements agréés qui sont principalement engagés dans la fourniture de services médicaux, de diagnostique et de traitement qui comprennent les services de médecins, d'infirmiers et autres services de santé aux patients hospitalisés, et à offrir à ces patients les services d'hébergement spécialisés dont ils ont besoin. Les hôpitaux dispensent des services de santé aux patients hospitalisés dont la plupart nécessitent des locaux et du matériel spécialisés et des connaissances professionnelles, de même qu'une technologie et un équipement avancés, qui constituent une partie importante et intégrale du processus de fourniture. Bien que l'activité principale des hôpitaux est de dispenser des services médicaux aux patients hospitalisés, ils peuvent aussi offrir des services de soins de jour, des services de soins de santé ambulatoires et à domicile comme activités secondaires. Leurs tâches varient de pays en pays, et sont généralement définies en fonction des exigences juridiques. Dans certains pays, les établissements de santé doivent posséder en outre une taille minimale (tel que le nombre de lits et le personnel médical pour garantir l'accès 24heures sur 24) pour être enregistrés comme hôpital. Le SCS 2011 fait la distinction entre les hôpitaux généraux, hôpitaux psychiatriques et hôpitaux spécialisés autres que les hôpitaux psychiatriques en fonction et de l'envergure des traitements médicaux dispensés et de la spécificité des maladies ou conditions médicales des patients hospitalisés.

HP.1.1 Hôpitaux généraux

Cette catégorie comprend les établissements agréés qui sont principalement engagés dans la fourniture de services de diagnostique et de traitement médical (à la fois chirurgical et non chirurgical) aux patients hospitalisés *pour des problèmes de santé très variés*. Ces établissements peuvent dispenser d'autres services, notamment des services de consultation externe, d'anatomopathologie, de radiologie diagnostique, de laboratoires cliniques, de salles d'opération pour diverses interventions, et/ou de pharmacies qui sont généralement utilisés par les patients internes (production intermédiaire dans le cadre du traitement à l'hôpital) mais également aux patients externes.

A titre d'exemples :

- Hôpitaux généraux de soins aigus ;
- Hôpitaux communautaires, de comtés et régionaux (autres que les hôpitaux spécialisés) ;
- Hôpitaux militaires, hôpitaux pour anciens combattants et hôpitaux de police (autres que les hôpitaux spécialisés, *ex : hôpitaux judiciaires*) ;
- Centre hospitalier d'enseignement, hôpitaux universitaires (autres que les hôpitaux spécialisés) ;
- Hôpitaux généraux de sociétés (ex : les hôpitaux appartenant aux compagnies pétrolières) s'ils sont installés dans un établissement indépendant ;
- Hôpitaux généraux des organisations privées sans but lucratif (autres que les hôpitaux spécialisés) ;

Note: Sont inclus les centres de santé communautaires intégrés fournissant des services hospitaliers et ambulatoires, mais engagés principalement dans les services aux patients hospitalisés.

Références croisées

- Les hôpitaux universitaires incluent les hôpitaux tertiaires agréés qui dispensent une formation médicale académique, entreprennent des recherches cliniques et des soins aux patients tels que les CHU. Au cas où il existe des hôpitaux universitaires spécialisés dont les activités portent sur certains types de traitements ou de maladie, ils doivent être enregistrés

respectivement sous HP.1.2 *Hôpitaux psychiatriques* ou HP.1.3 *Hôpitaux spécialisés (autres que les hôpitaux psychiatriques)* ;

- Les hôpitaux judiciaires doivent être classés sous HP.1.2 *Hôpitaux psychiatriques*.

HP.1.2 Hôpitaux pour malades mentaux

Cette rubrique comprend les établissements agréés qui sont principalement engagés dans la fourniture de services de diagnostic et de traitement médical, et des services de suivi aux patients hospitalisés qui souffrent de maladie mentale grave ou de troubles de toxicomanie. Le traitement nécessite souvent un séjour prolongé dans un environnement hospitalier, y compris un traitement pharmaceutique intensif. Selon la spécificité des diverses thérapies de l'hôpital, les thérapies psychiatriques, psychologiques, ou physique sont disponibles dans les centres de même que d'autres types de services y compris des services d'éducation et de formation professionnelle, en vue d'assurer un traitement global, conduisant à la guérison du patient à la fin. Pour remplir la complexité de ces tâches, les hôpitaux psychiatriques offrent généralement des services autres que les services hospitaliers, tels que des soins psychiatriques en mode ambulatoire, des tests cliniques de laboratoire, des services de diagnostic radiologique et d'électroencéphalographie, qui sont souvent disponibles à la fois pour les patients hospitalisés internes et externes, mais également pour les patients non hospitalisés. Les hôpitaux psychiatriques excluent les unités psychiatriques hospitalières à base communautaire des hôpitaux généraux.

A titre d'exemples inclus : hôpitaux psychiatriques ; hôpitaux judiciaires ; et hôpitaux pour toxicomanes.

Références croisées

- Les établissements qui sont principalement engagés dans le traitement des maladies mentales et de toxicomanie en mode ambulatoire sont classés dans la rubrique HP.3.1.2 *Cabinets de spécialistes en médecine mentale* ou HP.3.4.2 *Centres ambulatoires pour malades mentaux et toxicomanes* ;
- Les établissements appelés hôpitaux qui sont principalement engagés dans la prestation des soins résidentiels aux personnes diagnostiquées avec un retard mental ou engagés dans la prestation de services de santé mentale et de toxicomanie en mettant l'accent sur le séjour/soins de longue durée et les conseils plutôt que sur le traitement médical, sont classés dans la rubrique HP 2.2 *Etablissements de santé mentale et de toxicomanie*.

HP.1.3 Hôpitaux spécialisés (autres que les hôpitaux de santé mentale)

Cette rubrique comprend les établissements agréés qui sont principalement engagés dans la fourniture de services de diagnostic et de traitement médical de même que des services de suivi aux patients hospitalisés qui souffrent d'un type de maladie ou de condition médicale spécifique.

A titre d'exemples :

- Hôpitaux spécialisés ou hôpitaux universitaires mettant l'accent sur des disciplines spécifiques (oncologie, gastroentérologie, pédiatrie, orthopédie, cardiologie, etc) ;
- Centres spécialisés dans les soins d'urgence ;
- Maternités ;
- Sanatoriums spécialisés (dont l'activité principale consiste à assurer des services de soins post-aigus, de réadaptation et de prévention) ;
- Centres de soins de santé thermiques et les hôpitaux spa qui se focalisent sur la réadaptation médicale ;
- Hôpitaux de Médecine Traditionnelle, Complémentaire et Alternative (MTCA) ou centres/cliniques hospitaliers (ex : hôpitaux spécialisés dans la médecine orientale).

Références croisées

- Les établissements agréés en tant qu'hôpitaux qui sont principalement engagés dans la fourniture de services de diagnostique et thérapeutiques, chirurgicaux ou non, aux patients hospitalisés pour divers problèmes de santé, sont classés sous la rubrique HP.1.1, *Hôpitaux généraux* ;
- Les établissements appelés hôpitaux mais qui sont principalement engagés dans la prestation des soins infirmiers hospitaliers de longue durée et des services de réhabilitation aux personnes nécessitant une convalescence sont classés dans la rubrique H.P. 2.1 *Etablissements de soins infirmiers de longue durée* ;
- Etablissements spécialisés dans les soins de longue durée aux personnes diagnostiqués d'un retard mental ou de problèmes de santé mentale ou dans les programmes de lutte contre l'abus de stupéfiants sont classés dans la rubrique HP.2.2 *Etablissements de santé mentale et de toxicomanie*.

HP.2 Etablissements résidentiels de soins de longue durée

La catégorie des *Etablissements résidentiels de soins de longue durée* comprend les établissements dont l'activité principale consiste à offrir des soins résidentiels de longue durée qui associent des soins infirmiers, une surveillance médicale ou d'autres types de soins selon les besoins des résidents. Dans ces établissements, une part significative du processus de production et des soins dispensés est constituée d'un mélange de services sociaux et de santé, ces derniers étant pour une grande part, au niveau des soins infirmiers, plus de services de soins individuels. Les composantes médicales des soins sont toutefois moins intensives que ceux fournis dans les hôpitaux.

HP.2.1 Etablissements de soins infirmiers de longue durée

Cette sous-catégorie comprend les établissements dont l'activité principale consiste à offrir un des services de soins infirmiers et de réadaptation en mode hospitalier aux patients. Les soins sont généralement dispensés pendant une période prolongée à des personnes ayant besoin de soins infirmiers. Ces établissements disposent d'une équipe permanente d'infirmiers autorisés ou agréés qui, aux côtés d'autres agents, assurent des soins infirmiers et des soins corporels. Elles assurent essentiellement des soins de longue durée, et occasionnellement des soins de santé aigus et des soins infirmiers, en plus de l'hébergement et d'autres types d'appui social, comme l'aide à l'accomplissement des actes de la vie quotidienne et l'assistance pour une vie autonome. Sont inclus, divers établissements qui fournissent des soins de longue durée impliquant des soins infirmiers de base régulièrement aux malades chroniques et aux personnes dépendantes, handicapées, convalescentes ou séniles placées dans une institution de soins hospitaliers. La classification exacte dans les types d'institutions correspondantes (les établissements de soins infirmiers spécialisés, les maisons pour retardés mentaux, autres établissements résidentiels de soins infirmiers) dépend de la division du travail spécifique au pays, dans le processus de soins, en particulier en matière de soins de longue durée et de réadaptation.

A titre d'exemples inclus : maisons ou hôpitaux de convalescence (autres que les établissements accueillant des malades mentaux et des toxicomanes) ; résidences médicalisées pour personnes âgées ; hospices dispensant de soins hospitaliers ; établissements de soins palliatifs pour les malades en fin de vie ; maisons de repos ; centres de repos médicalisés et établissements de soins infirmiers spécialisés

Références croisées

- Les institutions où les activités de soins médicaux sont plus de nature occasionnelle ou sont assurés par du personnel non permanent, tel que les infirmiers externes, sont probablement des institutions de soins sociaux, et devraient être classés sous la rubrique HP.8.2. *Toutes autres industries prestataires secondaires de soins de santé*. Cela devrait également s'appliquer aux organisations ayant un médecin comme directeur, par exemple, dans les maisons pour personnes handicapées, où les soins médicaux et infirmiers représentent seulement une petite part de l'ensemble des activités de cette institution. Les résidences médicales pour personnes âgées avec des infirmiers externes constituent un autre exemple

d'institutions de ce genre. Les infirmiers fréquentant ces institutions doivent être enregistrés séparément dans une catégorie correspondante de soins ambulatoires, dans ce cas, *Autres praticiens de soins de santé* HP.3.3 ;

- Les foyers avec assistance médicale très limitée, tel que la supervision du respect du traitement, devraient être classés dans la rubrique HP.8.2 *Toutes autres industries prestataires secondaires de soins de santé*.

HP.2.2 Etablissements de santé mentale et de toxicomanie

Cette rubrique comprend les établissements (ex : maisons de groupe, établissements de soins intermédiaires) qui sont principalement engagés à offrir, dans un milieu hospitalier, des services à domicile aux personnes souffrant de retard mental. Ces établissements offrent des soins psychiatriques, bien que l'accent soit mis sur l'hébergement et la nourriture, la protection et le conseil. Les établissements de santé mentale et de toxicomanie comprennent des établissements qui sont principalement engagés à offrir des soins résidentiels et un traitement aux patients souffrant de maladie mentale et de toxicomanie. Bien qu'il soit possible que des services de soins santé soient disponibles dans ces établissements, ils sont secondaires aux conseils, à la réadaptation mentale et à l'appui.

A titre d'exemples :

- Etablissements résidentiels pour retard mentaux ;
- Etablissements résidentiels pour santé mentale et toxicomanie ;
- Etablissements de réadaptation pour alcooliques et toxicomanes (autres que les hôpitaux agréés) ;
- Maisons ou hôpitaux de convalescence pour malades mentaux ;
- Les institutions de soins de jour et de nuit, pour un temps limité, pour des soins infirmiers, y compris les soins corporels aux personnes souffrant de maladies mentales telle que la démence, etc.

Références croisées

- Les foyers disposant d'assistance médicale limitée, telle que la supervision du respect du traitement ou les villages-retraite avec soins de longue durée, et les maisons pour personnes âgées sans soins infirmiers ou de santé, sont classés dans la rubrique HP.8.2 *Toutes autres industries prestataires secondaires de soins de santé* ;
- Les garderies offrant des soins curatifs et de réadaptation, focalisant sur les personnes autres que celles souffrant de retard mental sont classés dans la rubrique HP.3.4.9 *Tous autres centres ambulatoires* ;
- Les établissements assurant principalement des services de soins infirmiers résidentiels et de réadaptation aux personnes autres que celles souffrant de retard mental, par exemple, pour la réadaptation oncologique ou gériatrique, sont classés dans la rubrique H.P. 2.1 *Etablissements de soins infirmiers de longue durée* ou HP.2.9 *Autres établissements résidentiels de soins de longue durée*.

HP.2.9 Autres établissements de soins résidentiels de longue durée

Cette catégorie comprend la fourniture de services résidentiels et de soins de santé dans des organisations qui ne sont ni classées comme établissements de soins infirmiers de longue durée HP.2.1, ni comme établissements de santé mentale et de toxicomanie HP.2.2. Il s'agit d'établissements résidentiels spécialisés non pour la santé mentale, comme par exemple, les établissements de réadaptation gériatrique qui ne remplissent pas les critères d'hôpital gériatrique.

HP.3 Prestataires de soins de santé ambulatoires

Cette rubrique comprend les établissements dont l'activité principale consiste à dispenser des services de soins de santé directement aux patients non hospitalisés qui n'ont pas besoin de soins hospitaliers. Elle couvre les cabinets de médecins généralistes et spécialistes et les établissements spécialisés dans les soins de jour et les soins à domicile. Les professionnels de santé du secteur ambulatoire dispensent principalement leurs services aux patients qui les consultent dans leur cabinet, ou les patients qu'ils visitent à domicile. En conséquence, ces établissements ne dispensent généralement pas de services hospitaliers. Cette rubrique est composée de cinq sous-catégories dont : les cabinets médicaux, les cabinets dentaires, les autres praticiens, les centres de soins ambulatoires, les prestataires de soins dans les maisons médicalisées.

HP.3.1 Cabinets médicaux

Cette sous-catégorie comprend à la fois les cabinets des médecins généralistes et les cabinets des médecins spécialistes (autres que les cabinets dentaires), dans lesquels les professionnels de la santé ayant un diplôme de doctorat en médecine (Code 2210 CITP-08, ISCED-97 niveaux 5 et 6) dont l'activité principale consiste à exercer à titre libéral la médecine générale ou spécialisée, y compris la psychiatrie, la cardiologie, l'ostéopathie, l'homéopathie, la chirurgie et autres. Ces praticiens peuvent exercer en cabinet individuel ou de groupe. Ce groupe inclue également les cabinets des professionnels de la MTCA avec un niveau d'éducation équivalent. Ces médecins peuvent opérer en tant que médecin individuels ou dans un cabinet de groupe dans leurs propres locaux ou dans des locaux loués (*ex* : centres, cliniques) ou de façon indépendante dans les établissements d'autres personnes, tels que les hôpitaux, ou les organisations de maintien de la santé - centres médical de type (HMO)

HP.3.1.1 Cabinets de médecins généralistes

HP.3.1.2 Cabinets de spécialistes en santé mentale

HP.3.1.3 Cabinets des médecins spécialistes (autres que les médecins spécialistes de santé mentale)

HP.3.2 Cabinets dentaires

Cette sous-catégorie couvre les établissements privés de professionnels de santé, titulaires d'un diplôme universitaire en médecine dentaire ou une qualification équivalente (Code 2261, CITP 08) qui sont principalement engagé dans l'exercice privé de la dentisterie générale ou spécialisée ou la chirurgie dentaire. Ces praticiens exercent en cabinet individuel ou de groupe dans leurs propres locaux (centres de soins, cliniques, etc.) et dispensent soit des soins exhaustifs de prévention, de reconstruction ou d'urgence, ou se spécialisent dans un domaine unique de la dentisterie. Ils peuvent mener des activités de soins dentaires de nature générale ou spécialisée, *ex* : dentisterie, médecine dentaire endodontique, dentisterie pédiatrique ; activités d'orthophonie et orthodontiques.

A titre d'exemples :

- Professionnels en soins dentaires ; dentistes; endodontistes;
- Chirurgiens dentaires; chirurgiens oraux et maxillofaciaux ;
- Orthophonistes; orthodontistes; denti-pédiatres; parodontistes; and prosthodontistes.

Références croisées

- Les laboratoires dentaires qui fournissent directement des services aux patients dont l'activité principale consiste à fabriquer des dentiers, des dents artificielles et des appareils orthodontiques pour les dentistes sont classés sous la rubrique HP.4.2, *Laboratoires médicaux et de diagnostiques* (y compris les laboratoires dentaires) ;
- Les établissements des spécialistes de l'hygiène buccale dont l'activité principale consiste à nettoyer les dents et les gencives, ou les établissements des prothésistes dentaires dont l'activité principale consiste à prendre des empreintes et à ajuster des prothèses dentaires

sont classés sous la rubrique HP.3.3, *Autres professionnels de santé* ; *ex* : les denturologues au Pays-Bas et les prothésistes en Australie sont autorisés à fournir des dentiers complets.

HP.3.3 *Autres professionnels de la santé*

Cette sous-catégorie comprend le groupe des paramédicaux et autres professionnels indépendants (autres que les autres professions médicales : médecins généralistes et spécialistes et les dentistes), comme les cabinets de chiropracteurs, d'optométriciens, de psychothérapeutes, de physiothérapeutes, d'ergo-thérapeutes, d'orthophonistes et d'audiologistes, dont l'activité principale consiste à dispenser des soins aux patients non hospitalisés. Ces praticiens peuvent exercer en cabinet individuel ou de groupe dans leurs propres locaux (par exemple, centres de soins, cliniques) ou dans des locaux appartenant à autrui, comme des hôpitaux ou des centres médicaux de type HMO. L'on considère qu'une certaine forme d'enregistrement juridique ou d'agrément (impliquant un minimum de contrôle public sur le contenu des soins fournis) est une condition nécessaire pour être considéré comme praticien paramédical dans plusieurs pays.

A titre d'exemples sont : cabinets de sages-femmes et infirmières libérales; acuponcturâtes ; cabinets (autres que les médecins) de: chiropracteurs, physiothérapeutes, ergothérapeutes, thérapeutes de la médecine du travail et orthophonistes et audiologistes, spécialistes des soins buccaux, denturistes, diététiciens ; homéopathes, thérapeutes de l'inhalation et soins respiratoires ; naturopathes, podiatristes et autres professionnels de la médecine traditionnelle (code 3230 CISP).

Références croisées

- Les cliniques médicales privées (médecin généraliste, spécialiste en santé mentale ou autre) sont classées respectivement dans les rubriques HP.3.1.1 *Cabinets de praticiens généralistes*, HP.3.1.3 *Cabinets de spécialistes en santé mentale* ou HP.3.1.3 *Cabinets de médecins spécialistes (autres que les spécialistes de la santé mentale)* ;
- Les cabinets dentaires privés sont classés sous la rubrique HP.3.2 *Cabinets dentaires* ;
- Les cabinets privés des services de soins de santé à domicile sont classés sous la rubrique HP.3.5 *Prestataires de services de soins de santé à domicile*.

HP.3.4 *Centres de soins de santé ambulatoires*

Cette rubrique comprend les établissements qui sont engagés dans la fourniture d'un large éventail de services ambulatoires par une équipe de personnel médical et paramédical, avec un personnel d'appui, qui regroupe généralement plusieurs spécialités et/ou accomplissent des fonctions spécifiques de soins primaires et secondaires. Ces établissements traitent généralement les patients qui n'ont pas besoin de soins hospitaliers. Ils sont différents du groupe HP.3.1.3 *Cabinets de spécialistes médicaux* du fait leurs multi-spécialisations, la complexité de l'équipement médico-technique utilisé et la gamme de types de professionnels de la santé impliqués.

HP.3.4.1 Les centres de planning familial

HP.3.4.2 Centres ambulatoires de santé mentale et toxicomanie

HP.3.4.3 Centres autonomes de chirurgie ambulatoires

Cette sous-catégorie comprend des établissements spécialisés ayant des médecins et autre personnel médical principalement engagés dans la prestation de services chirurgicaux (*ex* : chirurgies orthoscopique et de la cataracte) en mode ambulatoire. Les établissements de chirurgie ambulatoire disposent d'infrastructures spécialisées telles que les salles d'opération et de réveil, et un équipement spécial tel que l'équipement pour anesthésie et de radiologie.

HP.3.4.4 Centres de soins de dialyses

HP.3.4.9 Tous autres centres ambulatoires

HP.3.5 Prestataires de services de soins de santé à domicile.

Cette sous-catégorie comprend les établissements principalement engagés dans la prestation de services de soins infirmiers spécialisés à domicile chez les patients, parallèlement aux services suivant : services de soins individuels : services sociaux et de santé, soutien dans la prise de médicaments, l'utilisation d'équipement et de fournitures médicaux, l'accompagnement ; les soins à domicile 24h/24h ; l'ergothérapie ; les services diététiques et nutritionnels ; l'orthophonie ; l'audiologie ; et les soins de haute technologies tels que la thérapie par intraveineuse. Les services des prestataires de soins infirmiers à domicile sont souvent des substitutions des services de soins hospitaliers de longue durée fournis par HP.2 *Etablissements résidentiels de soins de longue durée* ou des services de soins ambulatoires fournis par HP.3.3 *Autres professionnels de soins de santé*.

A titre d'exemples sont : infirmiers communautaires et soins infirmiers à domicile (y compris les soins infantiles en cas de maladie) ; les agences de soins de santé à domicile ; les services de des hospices à domicile et les associations d'infirmiers visitants.

Références croisées

- Sont exclus, les prestataires non médicaux et non paramédicaux offrant l'aide et l'appui à domicile, et engagés essentiellement donc dans la prestation de services relatifs aux activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) telles que l'aide pour le nettoyage, les courses, etc. Ces activités de soins non sanitaires sont hors de la frontière des soins de santé, et les prestataires respectifs qui offrent uniquement des services l'AIVQ sont pris en compte dans la rubrique HP.8.9 *Autres industries n.c.a.*

HP.4 Prestataires de services auxiliaires

Cette catégorie comprend les établissements qui dispensent des services auxiliaires spécifiques directement aux patients non hospitalisés sous la supervision de professionnels de la santé et non couverts pendant l'épisode de traitement par les hôpitaux, les structures de soins infirmiers, les prestataires de soins ambulatoires, ou autres prestataires. Les prestataires de services de transport et de secours d'urgence aux patients, les laboratoires médicaux et de diagnostiques, les laboratoires dentaires et les autres prestataires de services auxiliaires en font partie. Ces prestataires spécialisés peuvent facturer directement les patients pour les services rendus ou peuvent offrir ces services auxiliaires en tant que prestations en nature dans le cadre de contrats de services spéciaux.

HP.4.1 Prestataires de services de transport et de secours d'urgence aux patients

Cette sous-classe comprend les établissements dont l'activité principale consiste à transporter des patients par voie terrestre ou aérienne dans les situations d'urgence, de leur maison ou en dehors de leur maison et également en cas de maladie, en tant que composante du processus de traitement (ex : transfert de patients entre prestataires de services, transport de patients pour dialyse ou chimiothérapie). Les ambulances sont généralement équipés de matériel de premier secours manipulé par du personnel médical qualifié. Le transport des patients pourrait se faire par différents types de prestataires. Le transport dans des véhicules spécialement équipés ou dans une ambulance aérienne vers et en provenance de structures en vue de recevoir des soins médicaux ou chirurgicaux sont souvent assurés par des services d'ambulances particuliers comme la Croix Rouge et le Croissant Rouge, mais également dans certaines régions, par les sapeurs-pompiers ou des prestataires privés, selon la réglementation nationale. Dans ce cas, le département des sapeurs-pompiers qui est chargé des services d'ambulances est considéré comme prestataire principal.

A titre d'exemples :

- Services d'ambulances pour patients avec ou sans secours d'urgence ;

- Etablissements principalement engagés dans la prestation de services de transport spécialisés aux patients autre que les services de secours parallèlement aux soins *ex* : services de transport pour dialyse ou chimiothérapie ;
- Transport de patient (par voie terrestre ou aérienne) relatif à des services médicaux spécifiques tels que la transplantologie ;
- Transport de patient par véhicules conventionnels spécialement adapté au besoin médical ;
- Services d'ambulance fournis en temps de paix ou de situations sans catastrophes par l'armée, la police ou les sapeurs-pompiers ;

Note: Le transport d'organes/fluides ou autres produits médicaux est exclus car, traité comme produit intermédiaire dans tous l'épisode du traitement.

Références croisées

- Le transport dans des véhicules conventionnels par des prestataires non spécialisés tels que les taxis, lorsque celui-ci est autorisé et que les coûts sont remboursés par l'assurance maladie (*ex* : transport de patients sous dialyse rénale ou chimiothérapie), est classé sous la rubrique HP.8.2 *Toutes autres industries prestataires secondaires de soins de santé*.

HP.4.2 Laboratoires d'analyses médicales et de diagnostique

Cette rubrique comprend les établissements dont l'activité principale consiste à fournir des services d'analyse ou de diagnostic, y compris l'analyse des liquides de l'organisme ou des tests génétiques directement aux patients non hospitalisés avec ou sans référence par des professionnels de la santé.

A titre d'exemples sont : centres d'imagerie diagnostique ; laboratoires de radiologie dentaire ou médicale ; laboratoires d'analyses médicales/cliniques ; laboratoires d'analyses médico-légales et pathologie ; banques de données de génome.

Note: Sont exclus tous prestataires de services de diagnostic, les laboratoires judiciaires, les centres de données de génome ou les banques de sang et d'organes qui fournissent leurs services uniquement en tant que produits intermédiaires à d'autres prestataires de soins de santé dans le cadre d'un épisode de traitement médical.

Références croisées

- Les établissements tels que les laboratoires optiques et orthopédiques, dont l'activité principale consiste à fabriquer des lentilles sur prescription ou à fabriquer des appareils orthopédiques ou prothétiques sur prescription sont classés dans la rubrique HP.5 *Détaillants et autres prestataires de biens médicaux* ;
- Les établissements tels que les laboratoires dentaires fabricant de dentiers, de dents artificielles et d'appareils orthodontiques sur prescription, offrent généralement leurs services directement aux cabinets dentaires et non aux patients. Dans ce cas, la valeur de leurs services doit être incluse dans HP.3.2 *Cabinets dentaires*. Mais il y a des exemptions : *ex* : les denturologistes aux Pays-Bas et les prothésistes en Australie sont autorisés à fournir des dentiers complets ; ils peuvent également travailler dans des cabinets privés. Dans ce dernier cas, ils doivent être classés dans la rubrique HP.3.3 *Autres professionnels de soins de santé*

HP.4.9 Autres prestataires de services auxiliaires

Cette sous-catégorie comprend les autres prestataires de services auxiliaires qui ne sont pas explicitement listés ci-dessus.

A titre d'exemples : services de contrôle de l'audition (autre que ceux dispensés par des cabinets d'audiologistes) ; services de surveillance des porteurs de stimulateurs cardiaques et services d'évaluation de la condition physique (autre que ceux dispensés par des cabinets de professionnels de la santé).

HP.5 Détaillants et autres prestataires de biens médicaux

Cette rubrique comprend les établissements spécialisés dont l'activité principale est la vente au détail de biens médicaux au grand public pour la consommation individuelle ou familiale ou à l'usage des particuliers ou des ménages. Les établissements dont l'activité principale consiste en la fabrication de biens médicaux tels que les lentilles, les appareils orthopédiques ou prothétiques pour la vente directe au grand public pour usage individuel ou familial, sont également inclus, ainsi que les ajustements et la réparation qui vont de pair avec la vente. Cette catégorie comprend trois sous-catégories.

Note: Compte tenu de la réglementation médicale spéciale en matière de sécurité et de qualité, les détaillants de la vente de produits médicaux sans ordonnance et autres prestataires de biens médicaux sont tenus d'avoir un agrément et/ou une autorisation pharmaceutique pour être éligibles à mener leurs activités. Les produits qui ne sont pas des traitements tels que les cosmétiques, les produits diététiques et les produits naturels sont exclus des dépenses de santé.

HP.5.1 Pharmacies

Cette sous-catégorie comprend les établissements dont l'activité principale est la vente au détail de produits pharmaceutiques (dont les produits manufacturés et ceux préparés les pharmaciens sur place) aux populations avec ou sans ordonnance. Les pharmacies opèrent strictement dans leur juridiction/dans les limites de leur agrément sous la supervision pharmaceutique nationale. Habituellement, le propriétaire de la pharmacie ou ses employés doivent être des pharmaciens, des chimistes ou docteurs en pharmacie agréés.

A titre d'exemples sont : les pharmaciens ; les pharmacies communautaires ; les pharmacies privés dans les supermarchés; et les pharmacies des hôpitaux qui servent essentiellement les malades non hospitalisés.

Références croisées

- Les pharmacies intégrées aux hôpitaux qui servent principalement les patients hospitalisés font partie des établissements classés sous HP.1 ;
- Les dispensaires spécialisés où la surveillance continue du respect de la prise de médicaments et du traitement joue un rôle important (par exemple pour les patients diabétiques) sont classés sous la rubrique HP.3.4, *Centres de soins ambulatoires (ex : HP.3.4.4 Centres de soins de dialyse, HP.3.4.9 Tous autres centres de soins ambulatoires)* ;
- Les médicaments distribués dans les cabinets de médecins sont enregistrés sous HP.3.1 *Cabinets médicaux* ;
- La vente libre de médicaments dans les supermarchés doit être classée sous la rubrique HP.8.2. *Toutes autres industries prestataires secondaires de soins de santé.*

HP.5.2 Détaillants et autres fournisseurs de biens médicaux durables et d'appareils médicaux

Cette rubrique comprend les établissements dont l'activité principale est la vente au détail de biens médicaux et d'appareils médicaux tels qu'appareils auditifs, verres optiques, autres produits de vision et prothèses au grand public pour usage individuel ou familial. Entrent également dans cette rubrique les réglages et réparations de produits effectués en relation avec la vente de produits durables, par exemple, dans le cas d'appareils auditifs, le nettoyage, le réglage, et la fourniture de

pires. Sont également inclus les établissements dont l'activité principale consiste en la fabrication d'appareils médicaux tels que les prothèses, pour lesquels la distribution au grand public, le réglage et la réparation sont généralement fait en lien avec la fabrication d'appareils médicaux.

A titre d'exemples sont : détaillants de lunettes et de produits de vision ; fournisseurs de chaises roulantes ; fournisseurs de chaussures orthopédiques, de membres artificiels et autres appareils prothétiques ; magasins de vente de produits médicaux.

Note: Les exemples de professions spécialisées de fournisseurs de produits de vision incluent les opticiens, les opticiens ophtalmiques, les optométristes et orthoptistes. Les professions de fournisseurs d'appareils auditifs incluent les audiologistes et les techniciens d'appareils auditifs. Habituellement, les professionnels de soins auditifs font intégralement partie de la sélection et la fourniture d'instruments auditifs appropriés. La fourniture de prothèses implique des professions telles que techniciens médicaux et de prothèses dentaires, techniciens orthodontiques, et fabricants d'appareils orthopédiques.

HP.5.9 Toutes autres formes de vente et autres fournisseurs de produits pharmaceutiques et de biens médicaux

Cette sous-catégorie inclut toute autre activité principale des fournisseurs de détail de biens médicaux au grand public destinés à la consommation ou à l'usage des particuliers ou des ménages non classée ailleurs.

A titre d'exemples sont : cartouches, vente de fluides (*ex* : pour les dialyses à domicile) ; tous autres fournisseurs de biens médicaux n.c.a. fournissant des biens médicaux directement aux consommateurs ; boutiques en ligne et entreprises de vente par correspondance spécialisées dans les biens médicaux.

HP.6 Prestataires de soins préventifs

Cette catégorie comprend les organisations exécutant principalement des programmes et campagnes de prévention collective/programmes de santé publique pour des groupes d'individus spécifiques ou à la population en général, tels que les institutions de promotion et de protection de la santé de même que les établissements spécialisés fournissant des soins de prévention primaires en tant qu'activité principale. Sont inclus la promotion de conditions de vie et de mode de vie saines dans les écoles par des professionnels de soins de santé externes, des institutions ou organisations (voir également HP.8.2).

A titre d'exemples :

- Institutions de la médecine du travail ;
- Réseaux/centres nationaux de santé et de sécurité des travailleurs ;
- Instituts / départements de santé publique (pour ce qui est d'activités de prévention majeures) ;
- Surveillance épidémiologique et centres de lutte contre la maladie ;
- Instituts de gestion des registres de santé relatifs aux programmes de lutte contre la maladie ;
- Instituts des maladies transmissibles ;
- Instituts de promotion de la santé ;
- Centre d'éducation de santé publique menant des activités impliquant la promotion de modes de vie sains, d'aliments et de régimes alimentaires sains ;
- Autorités nationales de la santé exécutant des programmes de prévention de la santé.

Références croisées

- Les programmes de prévention mis en œuvre dans les écoles sont classés par des professionnels de la santé recrutés sont classés sous la rubrique HP.8.2 *Toutes autres industries prestataires secondaires de soins de santé* ;
- La fourniture de services de dépistages préventifs individuels tels que la mammographie, est enregistré sous la rubrique HP.3.1 *Cabinets médicaux* ou HP.4.2 *Laboratoires médicaux et de diagnostique*. Si les services sont fournis aux patients hospitalisés, ils doivent être classés dans la rubrique HP.1 *Hôpitaux* ;
- La fourniture de services de médecine du travail pourrait s'enregistrer dans la rubrique *Prestataires de soins de santé ambulatoires* ex : HP.3.1.3 *Cabinets de médecins spécialistes (autres que les spécialistes de la santé mentale)* si ces services sont externalisés par les entreprises auprès de prestataires médicaux particuliers, ou dans la rubrique HP.8.2 *Toutes autres industries prestataires secondaires de soins de santé*, si ces services sont fournis par les entreprises à l'interne en tant qu'activité auxiliaire ;
- Les agences et laboratoires impliqués dans des activités relatives au contrôle de l'eau de boisson et des aliments en dehors de l'industrie de soins de santé (ex : la production de l'eau embouteillée) doivent être enregistrés dans la rubrique HP.8.9 *Autres industries* ;
- Les programmes de vaccination des enfants sont enregistrés sous la rubrique HP.3 *Prestataires de soins ambulatoires*, mais sous la rubrique HP.6 au cas où ils sont fournis par des institutions de maladies transmissibles.

Note: Bien que les coûts administratifs de fonctionnement des programmes de prévention soient enregistrés dans le cadre de la fonction « soins préventifs », la réglementation générale des programmes de prévention ou les mesures législatives y relatives prises par le Ministère de la Santé doivent être compilés dans la rubrique HP.7.1 *Institutions publiques d'administration de la santé*.

HP.7 Prestataires de services d'administration et de financement de la santé

Cette rubrique comprend les établissements qui sont principalement engagés dans la réglementation des activités des institutions qui fournissent des soins de santé et dans l'administration générale du secteur de la santé, y compris l'administration et le financement de la santé. Le premier porte sur les activités de l'état et de ses institutions chargés de la gouvernance et la gestion du système de soins de santé tout entier, alors que le dernier reflète l'administration de relative à la mobilisation des fonds et à l'acquisition de biens et services de santé par les agents publics et privés. La principale raison justifiant la prise en compte des agents de financements dans la classification HP vise à maintenir l'équilibre et la cohérence dans la compilation du système de transactions triaxial. Ainsi, les dépenses saisies dans la rubrique HP.7 pour l'administration et le financement du système de soins de santé couvrent les dépenses administratives des régimes de financement, présentés selon leur structure institutionnelle en tant qu'agents de financement. Les agents de financement peuvent être impliqués dans la gestion de plusieurs régimes de financement dans la classification HP.

Note: Les dépenses administratives des prestataires de soins de santé primaires (hôpitaux, médecins, etc...) de même qu'une partie des coûts administratifs relatifs à la fourniture de services de santé des prestataires secondaires de soins de santé doivent être inclus dans la catégorie respective du prestataire.

HP.7.1 Institutions publiques d'administration de la santé

Cette sous-catégorie comprend les administrations publiques (à l'exception de la sécurité sociale) dont l'activité principale consiste en la formulation et l'administration de la politique étatique de santé, l'administration du financement de la santé, et la mise en place et l'application des normes relatives au personnel médical et paramédical, aux hôpitaux, cliniques etc..., y compris la réglementation et l'accréditation des prestataires de services de santé. Les départements de santé des collectivités régionales ou municipales doivent être inclus. Cette rubrique couvre également les établissements tels que les instituts statistiques du ministère de la santé (mais pas les instituts gérant les registres de santé

de la population) et les registres publiques des prestataires de soins de santé, étant donné que les deux font partie de l'administration du système de santé.

A titre d'exemples sont : Le Ministère de la Santé ; les départements locaux et régionaux du Ministère de la Santé ; Le Conseil de santé ; les institutions de réglementation des médicaments, y compris l'application de la loi ; les institutions de réglementation de la sécurité sur le lieu de travail ; l'Institution d'Informations sur le Système de la Santé et autres instituts affiliés au Ministère de la Santé ; les autorités locales de la santé (pour ce qui est des principales activités administratives, telles que l'application de la loi, l'octroi d'agrément et l'enregistrement des prestataires) ; centres locaux d'inspections du contrôle des médicaments et l'administration financière des soins de santé.

Références croisées

- Les agences publiques de santé dont l'activité principale consiste à dispenser des services de santé publique, même si ceux-ci sont essentiellement de nature collective (surveillance, hygiène), sont classés dans la rubrique HP.6, *Prestataires de soins préventifs*.

Note: Administration publique des régimes des employés. Cette sous-catégorie inclut également l'administration des régimes obligatoires de sécurité sociale couvrant divers groupes d'employés de l'Etat (l'armée, les anciens combattants, les employés des chemins de fer et autres transports publics, la police, les agents de l'Etat, etc... pour ce qui est des régimes de financement distincts pour ces groupes). Elle exclut l'administration de l'assurance maladie sociale générale.

HP.7.2 Les caisses de sécurité sociales

Cette sous-catégorie comprend les institutions de sécurité sociale organisées (fonds maladie) assurant l'administration des régimes de sécurité sociale. Les fonds maladie peuvent également assurer l'administration des régimes d'assurance maladie des employeurs non offerts par l'administration publique. L'administration des régimes de sécurité sociale obligatoire couvrant différents groupes d'employés publics (l'armée, les anciens combattants, les employés des chemins de fer et autres transports publics, la police, les agents de l'Etat, etc...) est également prise en compte. Les institutions de sécurité sociale peuvent également gérer les régimes de sécurité sociale privés volontaires. Les organisations affiliées au fonds d'assurance maladie tels que les Conseils Consultatifs Médicaux doivent être également inclus.

A titre d'exemples :

- L'administration des régimes d'assurance maladie de la sécurité sociale ;
- L'administration des régimes d'assurance accidents (volet soins de santé) de la sécurité sociale ;
- L'administration des régimes d'assurance maladie volontaire de la sécurité sociale ;

Références croisées;

- Les comptes d'épargne-santé obligatoires sous administration publique doivent être classés sous la rubrique HP.7.1 *Agences publiques d'administration de la santé*, alors que les comptes d'épargne-santé sous administration de l'assurance privée doivent être classés sous la rubrique HP.7.3 *Agences privées d'administration de l'assurance maladie* ;
- L'assurance maladie volontaire à base communautaire gérée par les ISBLSM doit être classée sous la rubrique HP.7.9 *Autres agences d'administration de la santé*.

HP.7.3 Administration de l'assurance maladie privée

Cette sous-catégorie comprend les sociétés d'assurance qui peuvent gérer plus d'un type de systèmes d'assurance maladie à la fois (par exemple, assurance maladie privée obligatoire et assurance maladie volontaire). Cette sous-catégorie inclut des établissements principalement engagés dans des

activités relatives à ou étroitement liées à la gestion de l'assurance (activités des agents d'assurance, les experts en perte moyenne et sinistres, des actuaires, et l'administration de récupération). Elle couvre l'administration de tous types d'assurances maladie obligatoire et volontaire.

A titre d'exemples :

- Sociétés d'assurance assurant l'administration de l'assurance maladie obligatoire ;
- Fonds d'assurance maladie privée ;
- Agences assurant l'administration de l'assurance maladie complémentaire (par exemple : *la mutualité* en France) pour ce qui est des sociétés non-financières ;
- Agences assurant l'administration des programmes d'assurance maladie privée des employeurs (autre que la sécurité sociale de l'Etat, et les programmes santé de l'Etat pour ses employés).

Références croisées

- Les agences assurant l'administration de l'assurance maladie complémentaire (par exemple : *la mutualité* en France) pour ce qui est des ISBLSM doivent être classées sous la rubrique HP.7.9 *Autres agences de l'administration de la santé*.

HP.7.9 *Autres agences de l'administration*

Cette sous-catégorie est importante pour les organisations ou les unités administratives qui n'entrent pas clairement dans les catégories ci-dessus, par exemple, celles impliquées dans la mobilisation de ressources financières comme c'est le cas de comptes d'épargne santé. Cette catégorie comprend également les institutions sans but lucratif au service des ménages (autres que l'assurance sociale). L'administration du service santé des ISBLSM ne doit être prise en compte ici uniquement que si l'administration du financement de la santé ou des services n'est pas couverte par d'autres catégories de prestataires de soins de santé.

A titre d'exemples :

- Les ISBLSM qui gèrent des systèmes de financement des soins de santé publics pour des groupes spécifiques de la population tels que les étudiants.
- L'assurance maladie volontaire à base communautaire gérée par les ISBLSM.

Note: Sont exclus, les associations de médecins; les associations d'hôpitaux ; associations de professions médicales ; et les syndicats financés par les cotisations des membres, parce qu'ils fournissent des services (intermédiaires) à leurs membres et non directement aux patients.

Références croisées

- *Les unités administratives des HMO* (autres que celles dispensant des services de soins de santé) principalement engagés dans la souscription de polices d'assurance maladie et d'assurance santé sont classées dans la rubrique HP- 7.3. *Agences de l'administration des assurances maladie privées* ou HP.7.2 *Agences d'assurance maladie sociale*, en fonction de la classification institution des régimes.

HP.8 *Reste de l'économie*

HP.8.1 *Ménages privés prestataires de soins à domicile*

La délimitation de la frontière des soins de santé faite dans le SCS inclut les services de santé individuels dispensés au sein des ménages par les membres de la famille, dans les cas où ils correspondent à des transferts de paiements sociaux accordés à cette fin. Cette rubrique comprend par conséquent les ménages prestataires de soins à domicile. Les soins non payés dispensés par les membres de la famille ne sont pas inclus dans le cadre principal des comptes de la santé du SCS. Les problèmes de comparabilité des données entre pays et dans le temps peuvent se poser lorsque les ménages ont le choix entre prestations en espèces, dans quel cas, les deux types de soins (par des

profanes au sein de la famille et par des infirmiers formés spécialement) sont considérés comme des remplacements proches, mais sont traités différemment dans la pratique de la comptabilité nationale habituelle (en tant que prestation de soins de santé en nature ou en tant que transfert social en espèces). Toutefois, dans le SCS, ces parties des transferts aux ménages pour les aides-soignants de soins à domicile pour les malades et les handicapés sont traitées comme une production marchande des ménages des soins de santé.

HP.8.2 Toutes autres industries prestataires secondaires de soins de santé

Cette sous-catégorie comprend les organisations qui offrent principalement les soins de santé comme activité secondaire, ex : les services de soins de santé de la médecine du travail fournis au sein des entreprises, les prestataires de soins sociaux avec des services de santé occasionnels ou des services de transport fournis par les taxis. Cette catégorie de prestataires secondaires varie énormément d'un pays à un autre, selon les agréments et les règles d'autorisation. Dans ces établissements, la fourniture de biens et services de santé constitue généralement une part minoritaire de la valeur de la production. Cette rubrique comprend toutes les autres organisations et industrie qui dispensent des biens et services de soins de santé en tant qu'activité secondaire non classée ci-dessus.

A titre d'exemples :

- Services de la médecine du travail dispensés à domicile et non par des établissements de soins de santé ;
- Les taxis qui assurent le transport de patient sous la supervision d'un personnel médical ;
- Les services de soins médicaux pénitentiaires non dispensés dans des établissements indépendants/distincts de soins médicaux ;
- Les détaillants grossistes fournissant également des biens médicaux directement aux consommateurs ;
- Les écoles disposant de professionnels de la santé en qualité d'employés, *par ex* : pour le traitement des enfants malades ou pour l'éducation en santé ;
- Les structures de soins sociaux offrant, dans une mesure limitée, des services relatifs à la santé et aux soins infirmiers de longue durée.

Références croisées

- Les établissements qui sont principalement engagés dans la fourniture des soins infirmiers de longue durée en milieu hospitalier et des services de réadaptation sont classés sous la rubrique HP.2 *Etablissements résidentiels de soins de longue durée*.

HP.8.9 Autres industries n.c.a.

Cette catégorie dans la classification HP comprend les établissements qui sont hors de l'univers des prestataires de soins de santé, et qui ne fournissent pas de biens et services de santé ni aux individus, ni aux groupes de population, mais qui sont spécialisés dans les activités connexes à la santé telles que celles identifiées dans la classification fonctionnelle : i) *soins de longue durée (social)* et ii) *promotion de la santé avec une approche multisectorielle*.

Les établissements de *soins sociaux de longue durée* sont principalement ceux qui sont engagés dans la prestation de services d'assistance et de soins de type social pour les personnes âgées et les autres personnes 1) incapables de se prendre entièrement en charge ; et/ou 2) réticents à vivre de façon indépendante. Cette catégorie inclut également les organisations qui se focalisent sur les services sociaux avec pour objectif principal de prévenir et de lutter contre l'isolement social des personnes vivant avec des limitations corporelles ou fonctionnelles. Les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), telles que le ménage, la lessive, les courses, la préparation des repas, l'assistance pour les activités financières, etc... reflètent l'envergure des activités de soins sociaux de longue durée, et peuvent être entreprises soit dans un milieu résidentiel ou à domicile.

A titre d'exemples : les structures d'assistance à l'autonomie sans soins infirmiers sur place ; maisons de retraite avec soins de longue durée ; résidence pour personnes âgées ; prestataires de soins sociaux à domicile, *ex* : services d'AIVQ spécialisés, tels que les soins à domicile, les repas à domicile, etc. avec des services de soins infirmiers supplémentaires.

Références croisées

- Les services de soins de santé et les soins de longue durée sont pris en compte par les prestataires de soins de santé primaire et secondaire HP.1 – HP.8.2.

Les établissements impliqués dans *la promotion de la santé avec une approche multisectorielle* pourraient inclure diverses organisations qui traitent d'un éventail large de mesures de sécurité publique, telles que les mesures de sécurité alimentaire et de l'eau, les interventions de contrôle environnemental ou les mesures de sécurité routières et de voyage.

A titre d'exemples : les agences nationales de contrôle alimentaire ; les entreprises de gestion des déchets ; les agences de suivi du niveau du bruit ou de la pollution ; les départements/agences de sécurité du transport.

Références croisées

- Les instituts sanitaires, les laboratoires d'analyses de la qualité de l'eau de boisson, des risques liés à l'alimentation, et de la surveillance épidémiologique et les centres de lutte contre les maladies doivent être enregistrés dans la rubrique HP.6 *Prestataires de soins préventifs*

Note: Les activités relatives à la recherche et développement sur les soins de santé, de même que la formation et l'éducation dans le secteur des soins de santé ne sont plus incluses dans les rubriques relatives à la santé dans la classification fonctionnelle du SCS 2011. Ces dépenses, qui sont considérées comme étant un type d'investissement, doivent être recodifiées comme rubriques pour mémoire, respectivement dans la rubrique Recherche et Développement, ou Formation du Personnel dans le compte capital (Voir le Chapitre 11). Par conséquent, les établissements tels que les écoles d'infirmiers, les instituts de recherche médicale et les centres de formation peuvent être enregistrés dans le compte capital (*c'est-à-dire*, le compte élargi) dans la rubrique HP.8.9 *Autres industries n.c.a.* aux fins de la classification croisée de la classification des prestataires de soins de santé et la classification des agents de financement.

HP.9 Reste du monde

Cette rubrique comprend toutes les unités de non-résidents dispensant des biens et services de soins de santé de même que celles impliquées dans les activités de santé connexes. Dans les deux cas, la prestation est orientée à l'utilisation finale des résidents nationaux.

Le Chapitre 6 du Manuel SCS 2011 fournit plus d'explication du concept de la classification HP, avec plus de description et des conseils pour la compilation des comptes.

CHAPITRE 7. CLASSIFICATION DES RÉGIMES DE FINANCEMENT (ICHA-HF)

Introduction

Ce chapitre présente un résumé du cadre conceptuel de la comptabilité pour le financement de la santé et de l'une de ses principales composantes, la nouvelle classification des régimes de financement des soins de santé (ICHA-HF). Ce résumé est également une introduction au Chapitre 8, dans lequel on présente la classification des revenus des régimes de financement (ICHA-FS). En outre, dans le SCS 2011, le cadre de comptabilité du financement des soins de santé prend également en compte le concept des unités institutionnelles du financement de la santé et la classification annexe des agents de financement (ICHA-FA) en tant qu'outil pour une analyse nationale plus approfondie (voir l'Annexe D). Ces trois classifications offrent ensemble des outils pour rendre compte de façon exhaustive du financement des soins de santé et décrire le flux des ressources financières dans le système de santé. La pertinence des classifications spécifiques et des tableaux croisés peut varier pour les pays qui diffèrent sur le plan de la structure organisationnelle et du niveau des ressources de leurs systèmes de santé, de même qu'au niveau de leur développement économique et leur dépendance sur les ressources étrangères.

Ce chapitre porte sur le financement de la consommation finale des biens et services de santé ; le Chapitre 11 analyse le financement de la formation fixe de capital. Pour ce qui est des principales fonctions du financement de la santé, le Chapitre 7 se focalise sur les outils de la comptabilité pour l'allocation des ressources, alors que le Chapitre 8 met l'accent sur les outils de comptabilité pour la mobilisation des revenus.

L'objectif du cadre de comptabilité du financement de la santé est d'aider les comptables et analystes de la santé à avoir une situation claire et transparente des systèmes de financement de la santé, y compris les informations qui sont pertinentes pour la politique sanitaire sur la structure et les flux de fonds (transactions). Ce cadre comprend les indicateurs – comparables entre pays et dans le temps – qui peuvent contribuer à l'évaluation de la performance des systèmes de financement de la santé.

Les systèmes de financement de la santé mobilisent et allouent l'argent, au sein du système de santé, pour couvrir les besoins en santé courant des populations, (individuellement et collectivement), avec en vue les besoins futurs attendus. Les individus peuvent avoir accès aux soins au moyen de paiement direct des services et des biens ou à travers les dispositifs de financement d'une tierce partie, telle que le Service de Santé Nationale, l'assurance sociale ou l'assurance volontaire.

Le concept de régimes de financement des soins de santé est une application et un prolongement du concept de régimes de protection sociale défini par le Système Européen de Statistiques Intégrées de la Protection Sociale (SESPROS).

Le SESPROS définit les régimes de protection sociale comme suit : « Un régime de protection sociale est un ensemble de règles distinct, géré par une ou plusieurs unités institutionnelles, régissant la fourniture de prestations sociales et leur financement ... Les unités institutionnelles peuvent gérer plusieurs régimes de protection sociale lorsqu'ils administrent et versent plusieurs types de prestations sociales. A l'inverse, un régime de protection sociale unique peut être géré par plusieurs unités institutionnelles ... *L'ensemble de règles* visé dans cette définition peut être établi *de jure* par des dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles ou *de facto* par la pratique administrative... »

Dans ce Manuel des comptes de la santé chaque arrangement spécifique financier qui existe dans le système national de financement de santé devrait être défini comme un régime séparé.

La *structure* d'un système de financement des soins de santé comprend deux types d'entité : *les régimes de financement* (comme le service national de santé, l'assurance maladie sociale et l'assurance volontaire, etc.) et *les unités institutionnelles* (agents de financement, tels que les unités de l'administration publique, la caisse de sécurité sociale, les sociétés d'assurance privées, etc.) qui gèrent des systèmes de financement dans la pratique. *Le fonctionnement* d'un système de financement de la santé entraîne des transactions par les trois principales fonctions du financement de la santé : la mobilisation des revenus, la mutualisation et l'achat.

Concept principal

Résumé du cadre de comptabilité pour le financement des soins de santé

Le but du cadre de comptabilité pour le financement des soins de santé est de donner une situation claire et transparente des transactions essentielles d'un pays (flux) et de la structure de son système de financement de la santé. Une comptabilité globale des flux financiers nécessite des outils pour comptabiliser les transactions de mobilisation de revenus, d'allocation des ressources, de même que les unités institutionnelles impliquées.

Le cadre de comptabilité du financement de la santé comporte les principales composantes suivantes : les concepts clés et définitions ; les classifications ; les comptes (tableaux) : les indicateurs ; les comptes pour l'analyse sectorielle.

Concepts clés

Le cadre de financement des soins de santé du SCS 2011 n'a pas l'intention de montrer toutes les complexités et tous les détails d'un système de financement de la santé. Au contraire, il se focalise sur les questions les plus importantes du point de la comptabilité des dépenses de santé.

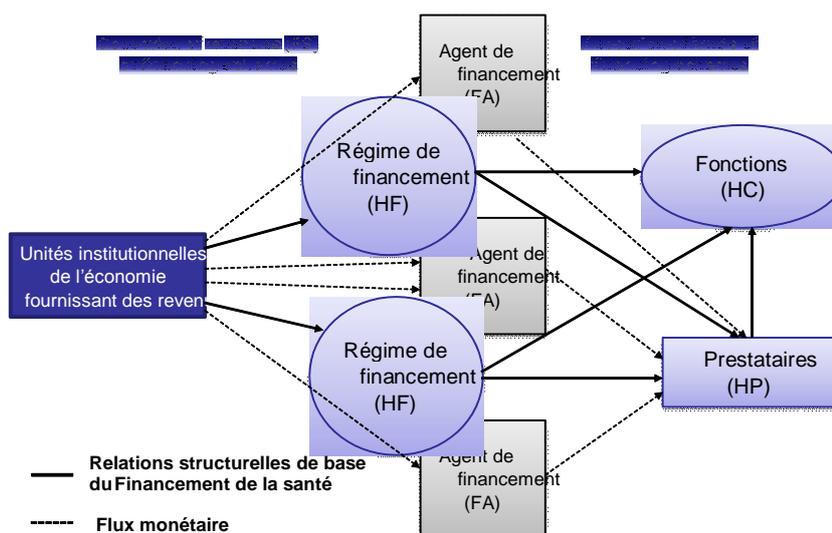
Les concepts clés du SCS 2011 pour décrire la structure du système de financement et de ses principales transactions sont les suivants :

- *Les régimes de financement des soins de santé* comme principaux « fondements » de la structure fonctionnelle du système de financement de la santé d'un pays : les principaux types de dispositifs de financement par lesquels les services de santé sont achetés et obtenus par les populations. A titre d'exemples, il y a les paiements directs par les ménages et les dispositions de financement par les parties tiers, telle que l'assurance maladie sociale, l'assurance volontaire, etc. Bien que les régimes de financement dans ce cadre soient essentiels à l'achat des soins de santé, ils incluent également les règles des autres fonctions, telles que la collecte et la mutualisation des ressources du régime de financement donné. L'étape de l'achat des soins de santé est cruciale et essentielle à la définition et la distinction des régimes divers.
- *Les types de revenus* des régimes de financement : l'approche utilisée pour identifier, classer et mesurer l'ensemble des sources de revenus pour chaque régime de financement (par exemple, les cotisations de la sécurité sociale utilisées pour financer les achats par les régimes de sécurité sociale et les subventions pour soutenir les régimes des organisations sans but lucratif). La mesure des sources de revenu pour chaque régime de financement, de même que du système dans son ensemble, fournit des informations, en particulier sur les dépenses privées et publiques conjointement (Voir le Chapitre 8).
- *Les unités institutionnelles* des systèmes de financement des soins de santé qui peuvent jouer le rôle de pourvoyeurs de revenus aux régimes de financement (tels que les ménages et les sociétés) ; et/ou le rôle des agents de financement qui gèrent un ou plusieurs régimes de

financement. *Les agents de financement* sont des unités institutionnelles qui gèrent les régimes de financement de la santé dans la pratique : ils font la collecte des revenus, et/ou l'achat des services. Par exemples, ce sont les collectivités locales, les caisses de sécurité sociale, les sociétés d'assurance privées, les organisations sans but lucratif etc. (La structure des agents de financement ne reflètent pas toujours les arrangements fonctionnels pour couvrir les stratégies d'achat et de paiement dans les systèmes de santé).

La Figure 7.1 présente les relations entre les entités clés du système de financement de la santé.

Figure 7.1. Une représentation schématique du cadre de financement du SCS 2011



Source: EICS pour le SCS 2011.

Les concepts clés pour décrire la structure du système de financement de la santé du SCS 2011 sont basés sur la mesure a) des dépenses des *régimes de financement de la santé*, dans lequel les biens et services sont achetés directement auprès des prestataires de soins de santé d'une part, et b) les types de revenus des régimes de financement de la santé d'autre part (tels que les revenus nationaux de l'administration publique, les cotisations de l'assurance sociale, les prépaiements volontaires, etc.). Les régimes de financement de la santé sont perçus comme étant les principaux « fondements » du système de financement de la santé d'un pays : ce sont les principaux dispositifs de financement par lesquels les populations peuvent avoir accès aux soins de santé, par exemple : les systèmes publics, l'assurance sociale et l'assurance volontaire. Les agents de financement sont perçus ici comme étant les unités institutionnelles qui gèrent des systèmes de financement dans la pratique. Il n'y a pas nécessairement de correspondance biunivoque entre les régimes de financement et les agents de financement. Dans certains pays, une société d'assurance privée gère en même temps un système d'assurance privée obligatoire et volontaire. Dans ce cas, les sociétés d'assurance suivent deux types de règlement différents. Par exemple, ils doivent accepter tout le monde dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire, mais peuvent appliquer des primes relatives aux risques et refuser les personnes qui ont une assurance volontaire.

Les régimes de financement des soins de santé (HF) sont les unités clés pour l'analyse du financement de la consommation des biens et services de santé, alors que les données concernant les transactions concernées peuvent être collectées soit auprès des agents de financement gérant les différents systèmes de financement, soit auprès des prestataires selon les systèmes statistiques des pays.

Concept et principales catégories des régimes de financement de la santé

Le système de financement de la santé de chaque pays consiste en plusieurs « fondements » sous forme d'un ensemble de sous-systèmes ou de dispositifs de financement. Les caractéristiques essentielles d'un sous-système de financement sont la couverture (qui a droit à quel service) et les caractéristiques des fonctions de base du financement de la santé : la collecte et la mutualisation des fonds et l'achat/paiement des services de santé (c'est-à-dire, l'allocation des fonds aux prestataires de services) (Kutzin, 2001 ; Mossialos et Dixon, 2002 ; OMS, 2000). Un sous-système de financement peut impliquer une combinaison de mécanismes de contributions et un mélange de méthodes et d'organisations d'achat. Par exemple, les régimes d'assurance sociale peuvent impliquer non seulement les cotisations des assurances obligatoires, mais également les transferts des recettes fiscales générales de l'administration.

Base juridique des systèmes de financement

Il est important d'analyser la base juridique des régimes de financement afin de distinguer l'assurance sociale obligatoire de l'assurance privée obligatoire. Les régimes de financement des parties tiers peuvent être mis en place et gérés comme suit : sur la base de la législation publique et gérés par l'administration publique ; sur la base du droit privé et gérés par le privé ; ou sur la base de la législation publique et gérés par des structures privées.

- Un régime de financement par des tiers peut être mis en place par une législation publique spécifique avec pour objectif la protection contre les risques financiers de la mauvaise santé pour la société dans son ensemble, ou pour des groupes spécifiques au sein de la société (personnes employées, groupes les plus vulnérables, etc.). Le fonctionnement d'un régime de financement est également régi par le droit public et les règles de fonctionnement des institutions impliquées diffèrent à plusieurs égards du fonctionnement de l'économie de marché (régimes publiques, assurance maladie sociale).
- Un régime de financement par des tiers peut être créé par des acteurs économiques privés et régi par le droit privé. L'assurance maladie volontaire en est un exemple.
- Un régime de financement par des tiers peut être mis en place par une législation publique spécifique avec pour objectif la protection contre les risques financiers de la mauvaise santé pour la société dans son ensemble, ou pour des groupes spécifiques au sein de la société. Toutefois, la nécessité de la contractualisation est une condition décisive dans la distinction entre l'assurance privée obligatoire et l'assurance maladie sociale. La gestion quotidienne du régime de financement (impliquant plusieurs aspects de la relation entre l'assuré et l'assureur) est régi par le droit privé.

Critères de distinction entre les catégories de régimes de financement

La liste suivante contient les principaux critères de distinction entre les différents régimes de financement des soins de santé :

- Régime pour résident ou non-résident (étranger) avec couverture obligatoire ou volontaire (mode de participation) ;
- Droit aux prestations – sur base contributive ou non-contributive (base du droit aux prestations) ;
- Cotisations obligatoires ou volontaires ;
- Cotisations prépayée ou versées au moment de l'utilisation du service ;
- La mutualisation est interpersonnelle ou uniquement pour l'individu ou la famille ;
- L'achat d'une police d'assurance nécessaire ou pas,

Les caractéristiques distinctives essentielles, du point de vue de la police sont :

- Si la participation est rendue obligatoire par la loi (ou la réglementation publique) ou volontaire ; et
- Si oui ou non le droit aux prestations est basé sur une cotisation (faite par les individus couverts) ou sur un autre critère, tel que la citoyenneté, la résidence, l'état des revenus/pauvreté, etc.

Le SCS 2011 utilise le terme « obligatoire » dans le sens de l'obligation par la loi (ou la réglementation publique).

Toutefois, il y a certains dispositifs de financement complexes qui nécessitent une catégorisation plus poussée de la participation et du droit aux prestations.

Le *mode de participation* renvoie à la relation entre les individus (résidents d'un pays) et les différents régimes de financement, qui conduisent aux catégories suivantes :

- Obligatoire :
 - La couverture de la population est automatique, universelle pour tous les citoyens/résidents (par exemple, les services nationaux de santé) ;
 - La participation (paiement des cotisations) est rendue obligatoire par la loi pour toute la population ou pour des groupes définis au sein de la population (assurance maladie sociale ou assurance privée obligatoire).
- Volontaire :
 - La couverture des individus ou des groupes est laissée à la discrétion des individus ou des sociétés (*ex* : l'assurance maladie volontaire individuelle ou de groupe).

La *base du droit aux prestations* relève des conditions générales (règles de base) pour l'accès aux soins dans le cadre des différents régimes de financement. L'accès individuel aux services de santé dans le cadre d'un régime de financement peut être :

- Non-contributive: définie par la constitution ou la loi (citoyens/résidents, ou des individus ou groupes définis dans le pays) et non liée au paiement d'une cotisation spécifique ;
- Contributive : définie par la loi/réglementation publique et requière le paiement d'une cotisation faite par l'individu couvert ou par un tiers pour le compte de celui-ci (*ex* : l'assurance maladie sociale) ;
- Discrétionnaire : relève de la discrétion d'une entité privée (fondation d'œuvre de charité, employeur, entité étrangère).

La *méthode de mobilisation de fonds* est le mécanisme par lequel les recettes d'un régime de financement particulier sont fixées et collectées. Les principaux types sont : les recettes publiques de l'état, les cotisations de l'assurance obligatoire liées au revenu, primes obligatoires non liées au revenu, primes d'assurance volontaire (liées au risque ou non liées au risque), autres transferts nationaux volontaires, transferts étrangers etc. La classification des revenus des régimes de financement des soins de santé (voir le Chapitre 8) porte uniquement sur les principaux types de revenus et ne fait pas la distinction entre les nombreux aspects mentionnés (*ex* : entre les primes d'assurance liées au revenu ou pas). Les distinctions essentielles sont :

- Obligatoire :
 - Recettes fiscales et autres sources de recettes générales de l'administration.
 - Prépaiement obligatoire (*ex* assurance maladie sociale, assurance privée obligatoire, Comptes d'Épargne Santé – CES- obligatoires)
- Volontaire :

- Assurance maladie volontaire et paiements directs.

Le *mécanisme et le degré de la mutualisation et réaffectation des fonds* sont définis par la réglementation du régime donné. Les principaux types peuvent être de cotisations liées au revenu collectées au niveau national ; primes communautaires imposées au niveau national ; primes communautaires au niveau local (niveau agent de financement) ; et les cotisations liées au risque. Pour ce qui est des sous-systèmes décentralisés (les systèmes d'assurance maladie et les systèmes financés sur les recettes fiscales), des mécanismes peuvent exister pour la ré-affectation des revenus mobilisés. Pour les paiements directs des ménages, il n'y a pas de mutualisation. Les distinctions clés sont :

- Mutualisation des contributions de tous les individus :
 - Niveau géographique, tel que le niveau national ou sous-national;
 - Niveau régime, tel que par fonds d'assurance ou « programme ».
- Pas de mutualisation interpersonnelle :
 - Paiements directs, comptes d'épargne santé obligatoires.

Le Tableau 7.1 résume les principales caractéristiques des régimes de financement conformément aux critères ci-dessus. La Figure 7.2 présente « l'arbre des critères » montrant la manière dont la combinaison de ces critères définit les principales catégories des régimes de financement des soins de santé. « L'arbre des critères » offre un algorithme précis afin d'aider les experts à catégoriser les composantes du système de financement de la santé d'un pays.

La classification des régimes de financement répond également aux principales exigences statistiques des classifications, à savoir, que les catégories s'excluent mutuellement.

Le libellé du HF.1.2.1 et l'arbre des critères contiennent certaines simplifications : le libellé du HF.1.2.1 *Régimes d'assurance maladie sociale* ne montre pas que les régimes d'assurance maladie sociale incluent les programmes de sécurité sociale dans lesquels le paiement des services de santé est complémentaire aux principaux types de prestations, tels que les indemnités de pension et de chômage. Ces régimes de sécurité sociale ne sont pas libellés comme assurance maladie dans la pratique nationale des pays concernés (pour plus de détails, voir la section sur le HF.1.2.1)

Tableau 7.1. Principaux critères des régimes de financement des soins de santé

	Mode de participation	Droit aux prestations	Méthode de base pour la mobilisation de fonds	Mutualisation
HF.1.1. régimes de l'administration	Automatique : pour tous les citoyens/résidents ; ou un groupe spécifique de population (<i>ex</i> : les pauvres) défini par la loi/règlementation publique.	Non contributive, typiquement universel ou disponible à un groupe de population spécifique ou une catégorie de maladie définie par la loi (<i>ex</i> : TB, VIH, oncologie).	Obligatoire : recettes budgétaires (principalement fiscales).	Niveau national, sous national, ou programme.
HF.1.2.1 Assurance maladie sociale	Obligatoire : pour tous les citoyens/résidents ; ou un groupe spécifique de population (<i>ex</i> : les pauvres) défini par la loi/règlementation publique. Dans certains cas, l'inscription nécessite des actions à entreprendre par les personnes éligibles.	Contributive : basée sur le paiement par ou pour le compte de la personne assurée.	Obligatoire : cotisation à l'assurance maladie non liée au risque. Les cotisations à l'assurance doivent être versées par l'administration publique (sur le budget de l'état) au profit de certains groupes de la population ne cotisant pas, et l'administration peut également accorder	National, sous national, ou par régime ; avec des fonds multiple dans les limites de la mutualisation e dépendra des mécanismes de répartition des risques entre les régimes.

	Mode de participation	Droit aux prestations	Méthode de base pour la mobilisation de fonds	Mutualisation
			des subventions générales au régime.	
HF.1.2.2 Assurance privée obligatoire	Obligatoire : pour tous les citoyens/résidents ; ou un groupe spécifique de population défini par la loi/règlementation publique.	Contributive : basée sur l'achat d'une police d'assurance auprès d'une compagnie d'assurance choisie (ou autre agence impliquée).	Primes d'assurance maladie obligatoire. Peut également impliquer des crédits d'impôts.	National, sous national, ou par régime ; avec des fonds multiple dans les limites de la mutualisation e dépendra des mécanismes de répartition des risques entre les régimes. Dépend également du degré de réglementation des primes, et la standardisation des prestations dans les différents régimes.
HF.1.3 Comptes d'épargne santé obligatoires (CESO)	Obligatoire : pour tous les citoyens/résidents ; ou un groupe spécifique de population défini par la loi/règlementation publique.	Contributive : basée sur l'ouverture de CES ; les personnes ayant des CES ne peuvent toutefois qu'utiliser l'argent épargné, peu importe si l'épargne couvre les coûts des soins nécessaires.	Obligatoire, défini par la loi (<i>ex:</i> correspondant à un pourcentage du revenu).	Pas d'inter-personnes (sauf peut-être les membres de la famille).
HF.2.1 Régimes d'assurance maladie volontaire	Volontaire.	Contributive : basée sur la souscription volontaire à une police d'assurance maladie (habituellement sur la base d'un contrat).	Habituellement, prime non liée au revenu (souvent liée indirectement au risque). L'administration publique peut subventionner directement ou indirectement (<i>ex:</i> crédits d'impôts).	Niveau régime
HF.2.2 Régimes de financement par les institutions sans but lucratif	Volontaire.	Non-contributive, discrétionnaire.	Dons du grand public, de l'administration (budget national ou aide étrangère) ou des sociétés.	Varie selon les programmes, mais typiquement au niveau programme.
HF.2.3 Régimes de financement des entreprises (autres que l'assurance basée sur l'employeur)	Choix volontaire d'une société particulière, avec une couverture basée sur l'emploi dans une entreprise (<i>ex :</i> soins obligatoires de la médecine du travail).	Non-contributive, discrétionnaire en ce qui concerne le type de services, bien que parfois, peut être spécifiée par la législation.	Volontaire : choix d'une entreprise pour utiliser ses recettes à cette fin.	Au niveau d'entreprise individuelle.
HF.3 Dépenses directes des ménages	Volontaire: Désir du ménage à payer.	Contributive : service fourni si l'individu paye.	Volontaire : revenue disponible et épargne des ménages.	Pas de mutualisation interpersonnelle.
HF.4 Régimes de financement du reste du monde	Obligatoire ou volontaire.	Critères fixés par des entités étrangères.	Subventions et autres transferts volontaires par des entités étrangères.	Varies d'un programme à l'autre.

Source: EICS pour le SCS 2011.

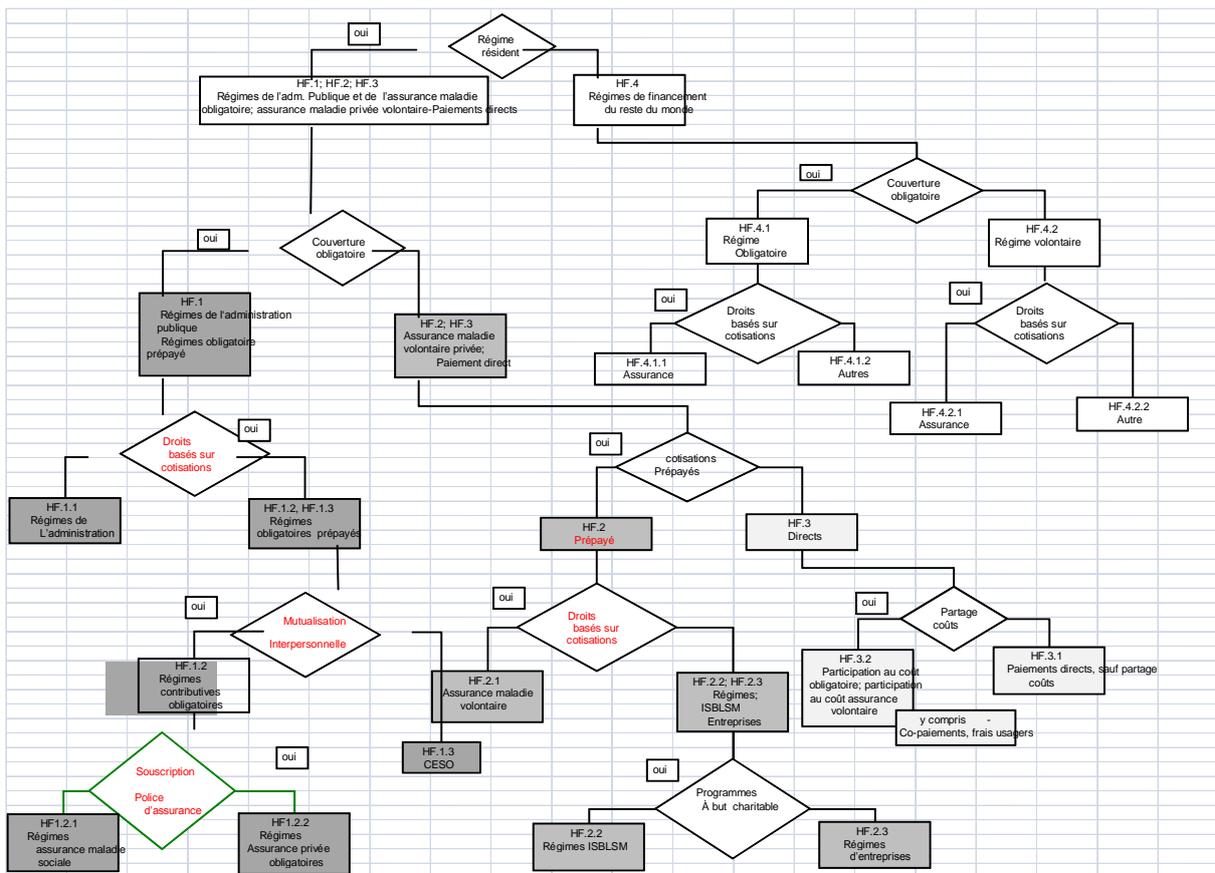
Le tableau 7.1 correspond au tableau 7.2 dans SCS 2011.

Pour faciliter la définition d'un régime de financement, les critères et les décisions annexes sont présentés ci-dessous. La logique de cet arbre est de répondre à une règle très pertinente : chaque régime ne peut être classé qu'une fois. Les critères de classification devraient être aussi clairs que possible, de sorte à ce que chaque régime ne puisse être classé que dans une seule position.

- La question initiale est de savoir si le régime est basé dans le pays ou à l'étranger. Les régimes de financement du reste du monde sont des régimes installés à l'étranger (créés et régis à l'étranger). Les régimes résidents sont classés sans tenir compte de l'origine de leurs ressources.
- Pour les deux cas, résident et étranger (régimes du reste du monde), le prochain critère de classification est basé sur le mode de participation. Notamment, la couverture obligatoire relative aux régimes de l'administration publique et les régimes obligatoires prépayés. Leur classification plus poussée est basée sur le fait que les caractéristiques du droit aux prestations sont basées sur les cotisations ou pas.

L'inclusion volontaire est classée sur la base du prépaiement et de sa couverture, *c'est-à-dire* qu'elle est liée aux cotisations, et à la participation aux coûts.

Figure 7.2. Arbre de critères des régimes de financement des soins de santé



Source: EICS pour le SCS 2011.

Définition des régimes de financement des soins de santé

Les régimes de financement de la santé sont des composantes structurales des systèmes de financement de la santé : ce sont les principaux dispositifs de financement par lesquels les populations obtiennent des services de santé. Les régimes de financement de la santé incluent les paiements directs par les ménages pour les services et biens de santé et les dispositifs de financement de tierce partie. Les régimes de financement d'une tierce partie consistent en un ensemble de règles distinct, régissant le mode de participation au régime, la base de l'éligibilité aux soins de santé et les règles de mobilisation et de mutualisation des recettes d'un régime donné.

Le Tableau 7.2 présente toute la classification HF.

Tableau 7.2. Classification des régimes de financement de la santé

Code	Description
HF.1	Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé
HF.1.1	Régimes publics
HF.1.1.1	Régimes de l'administration centrale
HF.1.1.2	Régimes de l'administration locale/régionale/des états fédérés
HF.1.2	Régimes contributifs obligatoires de financement de la santé
HF.1.2.1	Régimes d'assurance maladie sociale
HF.1.2.2	Régimes d'assurances maladie privée obligatoire
HF.1.3	Comptes d'épargne santé obligatoires (CESO)
HF.2	Régimes volontaire de paiement privé des soins de santé
HF.2.1	Régimes d'assurance maladie volontaire
HF.2.1.1	Régimes d'assurance maladie primaire /substitutifs
HF.2.1.1.1	Assurance employeur (autres que les Régimes d'entreprises)
HF.2.1.1.2	Assurance volontaire publique
HF.2.1.1.3	Autres régimes de couverture primaire
HF.2.1.2	Régimes d'assurance complémentaire/supplémentaire
HF.2.1.2.1	Assurance communautaire
HF.2.1.2.2	Autres assurances complémentaires / supplémentaires
HF.2.2	Régimes de financement des ISBLSM
HF.2.2.1	Régimes de financement des ISBLSM (à l'exception du HF.2.2.2)
HF.2.2.2	Régimes des institutions étrangères résidentes
HF.2.3	Régimes de financement des entreprises
HF.2.3.1	Régimes de financement des entreprises (sauf les prestataires de soins de santé)
HF.2.3.2	Régimes de financement des prestataires de services médicaux
HF.3	Paiement direct des ménages
HF.3.1	Paiement direct sans partage de coûts ^{vi}
HF.3.2	Participation aux coûts avec un tiers payant
HF.3.2.1	Participation aux coûts avec les Régimes publics et régimes d'assurance obligatoires
HF.3.2.2	Participation aux coûts avec des régimes d'assurance volontaire
HF.4	Régimes de financement du reste du monde (non résident)

HF.4.1	Régimes obligatoires (non-résident)
HF.4.1.1	Régimes d'assurance maladie obligatoires (non-résident)
HF.4.1.2	Autres régimes obligatoires (non-résident)
HF.4.2	Régimes volontaires (non-résident)
HF.4.2.1	Régimes d'assurance maladie volontaire (non-résident)
HF.4.2.2	Autres régimes (non-résident)
HF.4.2.2.1	Régimes Philanthropiques / ONG internationales
HF.4.2.2.2	Régimes des institutions de développement étrangères
HF.4.2.2.3	Régimes des Enclaves (ex., organisations internationales ou ambassades)
Postes pour mémoire	
Agents de financement gérant les régimes de financement	
HF.RI.1.1	Administration publique
HF.RI.1.2	Sociétés
HF.RI.1.3	Ménages
HF.RI.1.4	ISBLSM
HF.RI.1.5	Reste du Monde
Régimes de financement ainsi que les partages de coûts connexes	
HF.RI.2	Régimes publiques et assurance maladie obligatoire ainsi que les partages de coûts (HF.1 + HF.3.2.1)
HF.RI.3	Régimes d'assurance maladie volontaire ainsi que les partages de coûts (HF.2.1+ HF.3.2.2)

Source: EICS pour le SCS 2011.

Le Tableau 7.2 correspond au Tableau 7.3 dans SCS 2011.

Notes explicatives à la classification ICHA-HF des Régimes de financement des soins de santé

HF.1 Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires du financement de la santé

Cette catégorie inclut tous les régimes visant à assurer l'accès aux soins de santé de base pour toute la société, à une grande partie de la société ou tout au moins aux groupes vulnérables. Sont inclus : les régimes de l'administration publique, l'assurance maladie sociale, l'assurance privée obligatoire et les comptes d'épargne santé obligatoires.

Le but essentiel de l'intervention de l'administration publique dans les systèmes de santé est d'assurer l'accès aux soins de santé de base à toute la société (ou aux groupes vulnérables de la société). Ce but peut être poursuivi à travers différents régimes de couverture, qui impliquent différents niveaux de redistribution entre les groupes sociaux et les individus. Les comptes de la santé doivent également fournir des informations permettant d'évaluer dans quelle mesure les systèmes de santé parviennent à réaliser cet objectif essentiel de la politique de santé. Ainsi, pour les besoins de la comparabilité internationale, il est important d'avoir une catégorie générale agrégée, qui inclut tous les régimes de financement qui visent ce but.

HF.1.1 Régimes de l'administration publique (financement des soins de santé)

Les caractéristiques des régimes de financement des soins de santé de l'administration publique sont déterminées par des dispositifs législatifs ou par l'état. Un budget distinct est mis en place pour le programme, dont la responsabilité est confiée à une unité gouvernementale. Généralement, les régimes de l'administration publique sont gérés par des unités gouvernementales, mais pas nécessairement. Les régimes de l'administration peuvent également être gérés par les ISBLSM ou par une entreprise.

Les régimes de l'administration publique (financement des soins de la santé) ont les caractéristiques suivantes :

- Mode de participation : automatique pour tous les citoyens/résidents, ou pour un groupe spécifique de la population (ex : les pauvres) défini par la législation/règlementation publique ;
- Eligibilité aux prestations : non contributif, typiquement universel ou disponible à un groupe spécifique de la population ou une catégorie de maladie définie par des dispositions législatives (ex : TB, VIH, oncologie) ;
- Méthode de base pour la mobilisation des fonds : obligatoire ; recettes nationales de l'administration publique (principalement les recettes fiscales). Les revenus étrangers peuvent également jouer un rôle important dans certains pays à revenus faibles.
- Mécanisme et degré de mutualisation des fonds : national, sous-national, ou au niveau programme.

Un régime de l'administration publique ne couvre pas nécessairement le coût total des biens et services inclus dans le panier des prestations, c'est-à-dire, que le régime peut impliquer une participation aux coûts avec les patients à travers les co-paiements, ou autres formes de participation aux coûts. La totalité des coûts de certains services sont partagés entre deux régimes de financement : le régime de l'administration publique et les paiements directs (participation aux coûts). (Cela est valable pour les régimes d'assurance obligatoire et d'assurance volontaire.) De toute évidence, seuls les coûts couverts par le régime de l'administration publique sont comptabilisés dans la rubrique HF.1.1. Etant donné que la totalité des coûts de ces services constitue également une information importante, les rubriques pour mémoire suivantes sont incluses dans la nomenclature : régimes de l'administration publique et régimes d'assurance maladie obligatoires, parallèlement à la participation aux coûts (HF.1 + HF.3.2.1) ; et les régimes d'assurance maladie volontaire, avec participation aux coûts (HF.2.1 + HF.3.2.2).

Le traitement des charges de capital constitue une question spécifique à la comptabilité. Dans certains pays – dans un effort d'améliorer l'efficacité - on peut exiger des hôpitaux publics qu'ils payent des frais à l'Etat pour l'utilisation des biens physiques. Bien que le paiement des charges de capital constitue une composante des frais des hôpitaux, et en tant que tel, il doit être enregistré avec les autres facteurs de production (Chapitre 9), il peut arriver que les charges de capital soit déduites directement du budget que les hôpitaux reçoivent de l'Etat. Dans ces circonstances, les charges de capital doivent s'ajouter au paiement fait par l'administration publique à l'hôpital en vue d'enregistrer les dépenses totales des régimes de l'administration publique.

Sous-catégories des régimes de l'administration publique

Les sous-catégories des régimes de l'administration publique sont :

- Régimes de l'administration centrale (HF.1.1.1);
- Régimes des états fédérés / provinces (HF.1.1.2).

Régimes des salariés de l'Etat

Les salariés de l'administration publique (ou de la fonction publique) peuvent avoir un arrangement distinct : l'Etat peut mettre en place des programmes de santé spécifiques pour ses employés, ou souscrire à une assurance privée. Dans certains pays, l'Etat rembourse les factures de soins de santé à ses employés et prend en charge leurs soins de santé quand ils sont à l'étranger. On peut utiliser des sous-catégories optionnelles sous les régimes de l'administration publique pour comptabiliser ces cas, ainsi qu'il suit :

- HF.1.1.1.1 Régime de l'administration centrale (hors régimes des employés de l'Etat);
- HF.1.1.1.2 Régime des employés de l'administration publique.

L'agent de financement (*ex*: unité gouvernementale, société d'assurance privée, etc.) peut montrer la forme institutionnelle exacte du régime des employés de l'administration publique donné.

Il n'est pas nécessaire de faire la distinction entre les employés de l'Etat (ou de la fonction publique) et les autres assurés au cas où les employés de l'Etat participent au régime d'assurance sociale général et que l'Etat paie une cotisation d'assurance sociale au même titre que les autres employeurs.

HF.1.2 Régimes d'assurance maladie contributive obligatoire

L'assurance maladie obligatoire implique un dispositif de financement pour garantir l'accès aux soins de santé pour des groupes de population spécifiques au moyen d'une participation obligatoire et l'éligibilité basée sur le paiement des cotisations à l'assurance maladie par les personnes concernées ou pour le compte de celles-ci.

HF.1.2.1 Régimes d'assurance maladie sociale

L'assurance maladie sociale est un dispositif de financement qui garantit l'accès aux soins de santé sur la base du paiement d'une cotisation non liée au risque par la personne éligible ou pour le compte de celle-ci. Le régime d'assurance maladie sociale est établi par une disposition spécifique du droit public, définissant, entre autres, l'éligibilité, l'ensemble des prestations et les règles pour le paiement des cotisations.

Les caractéristiques d'assurance maladie sociale sont présentées dans le Tableau 7.1

Seules les dépenses relatives à la santé de ces régimes sont comptabilisées dans la rubrique HF.1.2.1.

HF.1.2.2 Régimes d'assurance privée obligatoire

L'assurance privée obligatoire est un dispositif de financement dans le cadre duquel tous les résidents (ou un grand groupe de la population) sont obligés de prendre une assurance maladie auprès d'une compagnie d'assurance maladie ou un fonds d'assurance maladie, ce qui signifie que la souscription à une couverture privée est obligatoire. L'assurance est établie (c'est-à-dire que le droit aux services est basé sur) par un contrat/accord d'assurance entre l'individu et l'assureur.

Les caractéristiques des régimes d'assurance privée obligatoire sont présentées dans le Tableau 7.1

Notes

Dans les pays où les compagnies d'assurance sont des agents de financement pour l'assurance obligatoire, les compagnies d'assurance offrent en même temps une assurance complémentaire. Dans ce cas, la compagnie d'assurance agit comme agent de financement pour deux différents régimes de financement. Ces régimes fonctionnent sous différentes réglementations.

HF.1.3 Comptes d'épargne santé obligatoire

Les Comptes d'Epargne Santé Obligatoire (CESO) ont les caractéristiques suivantes :

- Mode de participation: obligatoire, soit pour tous les citoyens/résidents ou pour un groupe spécifique de la population défini par des dispositions législatives / réglementation de l'Etat ;

- Droits aux prestations : contributif, basé sur l’ouverture de CES, les personnes ayant des CES ne peuvent toutefois qu’utiliser l’argent épargné, peu importe si l’épargne couvre les coûts des soins nécessaires ;
- Méthode de base pour la mobilisation des fonds : obligatoire, définie par la loi (*ex* : pourcentage du revenu) ;
- Mécanisme et degré de mutualisation des fonds : pas de mutualisation des fonds des individus, sauf peut-être les membres d’une même famille.

Dans le cadre des CES obligatoires, il est juridiquement obligatoire de souscrire à un compte d’épargne santé ; et les paiements minimums et certaines questions concernant l’utilisation des comptes pour payer les services de santé sont légiférés par l’administration publique. Son caractère obligatoire justifie qu’il soit catégorisé dans la rubrique HF.1.

Bien que les CESO soient une forme de prépaiement obligatoire, l’absence d’une mutualisation interpersonnelle signifie qu’ils ne doivent pas être considérés comme une sous-catégorie de l’assurance obligatoire.

HF.2 Régimes de paiement volontaire des soins de santé (autres que les paiements directs des ménages)

Cette catégorie inclut tous les régimes de financement prépayé de soins de santé^{vii} dans le cadre duquel l’accès aux services de santé est laissé à la discrétion des acteurs privés (bien que cette « discrétion » peut être et est souvent influencée par la législation et les réglementations de l’Etat). Sont inclus : l’assurance maladie volontaire, les régimes de financement des ISBLSM et les régimes de financement des entreprises.

Le terme « régime obligatoire » renvoie à des régimes pour lesquels l’adhésion est rendue obligatoire par l’Etat (au moyen de dispositions législatives). Tous les autres régimes sont considérés comme étant volontaires. Par exemple, un employeur peut décider de prendre une assurance de groupe pour ses employés : cela est considéré comme une assurance volontaire, bien qu’il soit possible que la participation de chaque employé à l’assurance soit imposée par l’employeur.

Il y a une différence importante entre ces régimes et les paiements directs des ménages qui est d’importance capitale en termes de politique : la présence ou l’absence de la mutualisation interpersonnelle et/ou inter-temporelle, qui se reflète également dans la séparation entre le temps de paiement et le temps de l’utilisation du service. Pour ce qui est des paiements directs, les ménages peuvent payer entièrement ou partiellement les coûts des soins au moment de la prestation des soins. Les dépenses directes montrent la charge financière *directe* des soins médicaux pour le ménage, ce qui peut avoir un effet catastrophique sur sa situation financière. Cela justifie une catégorie distincte de chiffres à premier niveau pour les régimes privés volontaires (autre que les paiements directs) et les paiements directs.

HF.2.1 Régimes d’assurance maladie volontaire

Les régimes d’assurance maladie volontaire (AMV) ont les caractéristiques suivantes :

- Mode de participation: volontaire, à la discrétion de l’individu ou de l’entreprise ;
- Eligibilité aux prestations : contributive : basée sur la souscription à une police d’assurance maladie volontaire (généralement sur la base d’un contrat) ;
- Méthode de base pour la mobilisation des fonds : généralement, primes non liées au revenu (souvent directement ou indirectement liées au risque) ; peut être directement ou indirectement subventionnée par l’Etat (*ex* : à travers les crédits d’impôts) ;

- Mécanisme et degré de mutualisation des fonds : au niveau du régime individuel.

L'assurance maladie volontaire est souscrite et payée à la discrétion des personnes ou des entreprises. L'assurance maladie volontaire peut également être souscrite par l'employeur.

Les primes peuvent être établies selon le risque ou à base communautaire, mais dans certains pays, elles peuvent même être liées au revenu. L'assurance volontaire est généralement souscrite auprès d'organisations d'assurance privées (à la fois à but lucratif et à but non lucratif), bien que dans certains cas, elle peut également être souscrite par des structures publiques ou parapubliques. Dans plusieurs pays, les entreprises peuvent également avoir leurs propres dispositions d'assurance.

Sous-catégories de l'assurance maladie volontaire

Il y a plusieurs aspects possibles qui permettent de distinguer les différents types d'assurance maladie volontaire. Ces aspects peuvent se chevaucher ou peuvent se combiner lors de la création des sous-catégories de l'assurance maladie volontaire. Par exemple, les polices de groupe et les polices individuelles peuvent fournir soit une couverture primaire ou une couverture complémentaire. Le type de couverture est le facteur le plus important pour la définition de sous-catégories, que l'assurance volontaire offre une couverture primaire ou complémentaire à l'individu ou pas.

HF.2.1.1 Régimes d'assurance primaire/substitutive

L'assurance maladie volontaire est intitulée couverture primaire ou « substitutive » si elle apporte une couverture à des personnes exclues ou dispensées du système public, et qui ne sont pas obligées de souscrire à une assurance maladie, ou simplement, s'il n'existe pas de système public qui leur convient.

HF.2.1.1.1 L'assurance des employeurs

Un des principaux types d'assurance de groupe est l'assurance souscrite par les employeurs, par un contrat entre l'employeur (la société) et l'entité d'assurance.

HF.2.1.1.2 Assurance volontaire de l'administration publique

Ce type spécifique de régime d'assurance est initié et subventionné par l'administration publique en vue d'offrir une couverture primaire à des groupes spécifiques de la population.

HF.2.1.1.3 Autres régimes de couverture primaire

Cette catégorie inclut l'assurance de couverture primaire souscrite par des individus ou des groupes autres que ceux de la rubrique HF.2.1.1.1 et HF.2.1.1.2. Par exemple, les compagnies d'assurance peuvent offrir une assurance de groupe aux organisations de malades et autres organisations du genre.

HF.2.1.2 Régimes d'assurance volontaire complémentaire ou supplémentaire

L'assurance maladie peut être complémentaire de deux manières : elle peut couvrir des services exclus du système public ou elle peut couvrir des obligations de participation aux coûts (à savoir, les frais des utilisateurs, les co-paiements, etc.) requises par l'assurance obligatoire ou le régime d'assurance maladie de l'administration publique. L'assurance maladie supplémentaire couvre les mêmes services que l'assurance obligatoire, mais garanti un accès plus rapide et/ou un meilleur choix des prestataires aux consommateurs (Thomson et Mossialos, 2009). L'AMV complémentaire et supplémentaire peut exister en certains cas dans le même régime.

L'AMV complémentaire qui rembourse les partages de coûts par le patient peut constituer une difficulté en matière de comptabilité. Ce cas devrait être traité de la même manière que les cas où l'assurance volontaire rembourse la facture pour un service non couvert par l'assurance obligatoire. Le paiement est considéré comme une dépense par l'assurance volontaire. Par conséquent, la part de la participation aux coûts remboursée par l'assurance volontaire devrait être comptabilisée comme dépense par l'assurance volontaire, et ne devrait pas être pris en compte dans le cadre des paiements directs par les ménages. Ce traitement garanti une bonne imputation des dépenses de santé.

HF.2.1.2.1 Assurance maladie volontaire à base communautaire.

HF.2.1.2.2 Autres régimes complémentaires ou supplémentaires

HF.2.2 Régimes de financement des institutions sans but lucratif

Les dispositions de financement des ISBLSM ou les programmes de financement consistent en un ensemble de règles « quasi-établis) qui définissent le mode de participation, l'éligibilité et les méthodes de mobilisation des fonds, et peuvent ainsi être traités comme des catégories de régimes de financement.

Les caractéristiques des régimes de financement des ISBLSM se présentent dans le tableau 7.1.

Une analyse qualitative de l'activité d'une ONG est toujours nécessaire en vue de décider si l'activité donnée peut être considérée comme l'opération d'un régime de financement. Ci-dessous, quelques exemples des différentes fonctions des ISBLSM.

- Une organisation ISBLSM peut fournir – parallèlement à ses activités non sanitaires – des ressources aux autres ISBLSM pour assurer le financement des programmes de santé spéciaux. L'ISBLSM en question n'a pas de relation directe avec les prestataires de soins. Dans ce cas, l'ISBLSM est un fournisseur de ressources, et le programme de l'ISBLSM constitue le régime de financement.
- Une institution sans but lucratif peut mettre en place un fonds spécial, habituellement à travers les dons pour financement des types de services de santé spéciaux, par exemple, pour gérer les structures spéciales pour les sans-abris, ou fournir des soins aux ménages affectés par les catastrophes naturelles ou la guerre. Les dons peuvent être fournis en espèces ou en nature par le grand public, les sociétés ou l'Etat. Au cours de la mise en œuvre, l'ISBLSM peut couvrir les frais de son propre personnel et également des prestataires de soins de santé et d'autres entités. (par exemple, une organisation de charité peut payer l'opération spéciale d'un enfant à l'étranger, qui n'est pas disponible dans le pays d'origine). Dans ces cas, le programme de l'ISBLSM est un régime de financement.
- L'institution « sans but lucratif » peut être la forme juridique par laquelle les prestataires reçoivent le paiement, par exemple, d'un régime d'assurance maladie sociale pour la compensation des services qu'ils offrent. Dans ce cas, l'ISBLSM est un prestataire, et l'assurance maladie sociale est le régime de financement.

HF.2.3 Les régimes de financement des entreprises

Cette catégorie inclut principalement les dispositions par lesquelles les entreprises fournissent directement ou financent les services de soins de santé pour leurs employés (tels que les services de la médecine du travail), sans l'implication d'un régime de type assurance. Par conséquent, cela exclut les régimes d'assurance des employeurs.

Les caractéristiques des régimes de financement des entreprises se présentent dans le tableau 7.1.

L'on propose une distinction entre les deux sous-catégories : (H.F.2.3.1) les régimes de financement des entreprises (à l'exception des prestataires de soins) ; et (H.F.2.3.2) les prestataires de soins de santé.

Dans la catégorie spéciale des régimes des prestataires de soins de santé (HF.2.3.2), les prestataires de soins de santé finance une partie des services qu'ils fournissent à leurs patients sur leurs fonds propres (qui sont des sources supplémentaires aux paiements qu'ils reçoivent des régimes de financement). Ce sont des dépenses « imputées » incluses dans les comptes de la santé en vue d'obtenir une estimation adéquate de la valeur des services consommés par des individus. En fait, les paiements sont faits pour les facteurs de la production des soins de santé par les prestataires ou les fournisseurs de ces facteurs (ex : les produits pharmaceutiques), car les paiements des acheteurs ne

couvrent pas la totalité des coûts de la prestation des services concernés. Pour une estimation adéquate de la valeur des services concernés, ces rubriques spécifiques sont estimées et comptabilisées comme dépenses par les régimes de financement des prestataires de soins de santé (HF.2.3.2), et les revenus sont comptabilisés dans la rubrique FS.6.2. Autres revenus des entreprises n.c.a.

HF.3 Paiements directs des ménages

Les dépenses directes des ménages sont par définition considérées comme un régime de financement. Son trait distinctif est qu'il s'agit d'un paiement direct pour des services prélevé sur la principale source de revenus^{viii} ou sur l'épargne du ménage (aucun tiers payant n'est impliqué) : le paiement est fait par l'utilisateur au moment de l'utilisation des services. Sont pris en compte : la participation aux coûts et les paiements informels (à la fois en espèces et en nature).

Les paiements directs montrent la charge directe des coûts médicaux que supportent les ménages au moment de l'utilisation du service. (C'est la raison pour laquelle les paiements directs sont catégorisés au niveau du premier chiffre comme catégorie de premier niveau de l'ICHA-HF). Les paiements directs jouent un rôle important dans chaque système de santé. Dans les pays à revenus modestes, les dépenses de paiements directs constituent souvent la principale forme de financement des soins de santé.

Les paiements directs (régimes) sont caractérisés par :

- Mode de participation : volontaire, basée sur le désir et la capacité de l'individu ou de ménage à payer, bien que l'administration publique ou le régime d'assurance volontaire puisse déterminer le montant du paiement requis ;
- Eligibilité aux prestations : contributive : le service est fourni si l'individu paye ;
- Méthode de base pour la mobilisation des fonds : volontaire, basée sur la décision du ménage à utiliser les services, et par donc, de payer pour les avoir.^{ix} L'Etat peut subventionner indirectement certaines dépenses de paiements directs à travers les prélèvements ou les crédits d'impôts ;
- Mécanisme et degré de mutualisation des fonds : pas de mutualisation interpersonnelle.

Les paiements informels sont considérés comme des paiements directs et comptabilisés dans la rubrique HF.3.1. Note : seule la participation aux coûts formels est enregistrée dans la rubrique HF.3.2 (participation aux coûts avec les tiers payants).

Notes

Un paiement fait par un individu n'est pas toujours comptabilisé comme un paiement direct, car ce paiement peut être remboursé par une assurance volontaire ou couvert par l'administration publique (sous réserve de transferts d'espèces) ou par une ONG nationale ou étrangère. Dans ces cas, le paiement des soins de santé est techniquement fait par le ménage, mais pas de la « poche » du ménage, c'est-à-dire, pas sur la source principale de revenu du ménage ni sur son épargne. Par conséquent, le premier pas serait de déduire les éléments qui doivent être comptabilisés comme autres paiements directs, tels que les régimes de l'administration publique (allocation conditionnelle d'espèces), l'assurance volontaire, les régimes de financement des ISBLSM et les régimes de financement du reste du monde. Les crédits d'impôts et les prélèvements d'impôts sur les revenus générés par les dépenses de santé devraient être pris en compte dans les estimations des paiements directs.

Les seules sources possibles de paiements directs sont les revenus des ménages (y compris les transferts de l'étranger) ou l'épargne ou les prêts qui sont contractés. (Le Chapitre 8 contient un tableau sur la distinction entre les paiements faits par les ménages mais non comptabilisés comme paiements directs).

Les paiements des Comptes d'Épargne Santé volontaires pour les biens et services de santé dans une période comptable donnée sont considérés comme un type spécial de paiement direct, mais non comptabilité distinctement des paiements directs. Note : les paiements faits dans les Comptes d'Épargne Santé Volontaires dans une période comptable donnée ne sont pas inclus dans les tableaux HF, car il ne s'agit pas de paiements pour des services ou de biens de santé.

Les ménages, en tant que secteur institutionnel, sont définis comme agent de financement pour les paiements directs des ménages.

Il est important de distinguer les ménages en tant que secteur institutionnel et les paiements directs des ménages en tant que régime de financement. Les ménages considérés comme secteur institutionnel, jouent plusieurs rôles dans le système de santé : en tant que bénéficiaires, prestataires de sources de revenus aux régimes de financement des tiers payants (en payant les impôts et/ou les cotisations d'assurance et/ou les primes d'assurance) ; en tant que prestataires informels de soins de santé, et enfin, mais pas le moindre, en tant qu'agent de financement pour les paiements directs.

Le cas spécial de la participation aux coûts des ménages couverts par l'assurance volontaire a fait l'objet d'analyse ci-dessus dans le point assurance maladie volontaire complémentaire.

HF.4 Régimes de financement du reste du monde

Cette rubrique comprend les dispositions financières impliquant les unités institutionnelles (ou gérées par des unités institutionnelles) qui résident à l'étranger, mais qui collectent, mettent en commun les ressources et achètent les biens et services de santé pour le compte des résidents, dans transmettre leurs fonds par un régime résident. Par exemple, une personne résident dans un pays A peut souscrire volontairement à une assurance dans un pays B, et peut utiliser cette assurance pour payer des services dans le pays A ou B.

Un régime résident a un intérêt économique prédominant dans le pays pour lequel les comptes sont établis. Il a une présence physique dans le pays, et se trouve dans la juridiction de l'administration locale (*ex* : Activités obligatoires pour l'élaboration des rapports). Les régimes non-résidents (RdM) peuvent également fonctionner dans le pays pour lequel les comptes de la santé sont produits, mais ces régimes sont issus et contrôlés par des agences soumises à une juridiction étrangère, y compris par exemple, les agences d'aides et les agences militaires.

Les dispositions de financement du reste du monde sont définies selon les caractéristiques suivantes :

- Mode de participation: 1) obligatoire, *ex* : basée sur les conditions d'emploi (telle que l'assurance étrangère), ou 2) volontaire ;
- Eligibilité aux prestations : 1) un contrat entre une société d'assurance et l'individu, ou 2) à la discrétion d'une entité privée (fondation de charité, employeur, entité étrangère) ;
- Méthode pour la mobilisation des fonds : les fonds sont collectés et mis en commun à l'extérieurs ;
- Couverture: les entités étrangères ont généralement la liberté de définir les prestations.

Il est à noter que le reste du monde contribue habituellement au financement des soins de santé dans le cas d'une économie modèle typique, telle que l'aide internationale et les autres flux, en canalisant les fonds à travers l'administration publique ou les agences ISBLSM résidentes. C'est le cas typique des revenus du RdM pour les régimes de financement résidents, et pourraient ainsi être classés dans la rubrique HF.1 ou HF.2 dépenses et revenus du RdM.

Les accords internationaux s'efforcent de garantir que les agences de financement externes travaillent avec les agences de soins de santé résidentes pour faire en sorte que les ressources externes

(revenus de financement) sont dirigées vers priorités nationales de manière coordonnée. Il est nécessaire de rendre compte aux autorités nationales et de coordonner avec les efforts nationaux pour atteindre le but et favoriser les actions de santé complémentaires. Les institutions gérant les fonds externes de l'aide agiraient donc comme des résidents (unités et régimes résidents). Si le SCS s'ajuste aux accords de l'aide internationale, les ressources externes s'enregistreraient comme sources externes (revenus) et seraient, dans la plupart des cas, exécutés par des régimes résidents, regroupés sous forme d'ONG et de sociétés.

Il n'est pas toujours clair si le programme d'assistance étrangère devrait être comptabilisé comme i) une source de financement du RdM (FS), ou ii) à la fois comme source de financement du RdM et un régime de financement du RdM.

Pour ce qui est des enclaves, il s'agit d'unités non résidentes qui sont physiquement situées dans le territoire hôte, mais bénéficient de l'immunité au regard des lois du pays hôte (*ex* : organisations internationales et ambassades). Quand les soins de santé du personnel des enclaves ne nécessitent pas d'allocation ni de juridiction du pays de résidence, le régime de santé étranger devrait alors être classé comme régime de financement du RdM (HF.4). Toutefois, une entité créée par l'administration publique conformément à la législation d'une autre juridiction est une unité résidente dans la juridiction hôte, et ne fait pas parti du secteur de l'administration générale dans aucune des économies (SCN 2008, 26.43). Ainsi, un programme d'aide étrangère mis en place par une organisation d'aide extérieure pour gérer les ressources dans un pays étranger doit être considéré comme une ONG résidente ou une société dans ce pays.

L'aide étrangère peut être accordée pour une raison spécifique (*ex* : un programme de lutte contre le SIDA), et une organisation distincte, faisant également partie de l'entité étrangère, peut être créée pour gérer le fonds, mais qui n'est pas nécessairement impliquée dans la fourniture du service.

Lorsqu'un régime fait partie d'une entité internationale ou multinationale, mais fonctionnant dans le pays en tant que « filiale », il est considéré comme résident, *ex* : une agence d'assurance ayant un emplacement local est résidente. L'élément clé est qu'il partage les intérêts économiques permanents avec les entités locales, de même que sa présence physique ; la comptabilité individuelle et les liens avec les règles des administrations locales, telle que la soumission de rapport, sont également des traits des régimes résidents.

Toutefois, lorsque le régime ne peut pas être différencié en que « filiale » spécifique, mais qu'il est maintenu en tant que régime unique parce qu'il est géré comme une opération indivisible sans comptes séparés, il est alors traité comme un régime du RdM. La valeur des régimes multinationaux présentés comme régimes du RdM ne peut pas être considérée comme représentant la totalité des régimes multinationaux, mais serait basée au prorata du volume des activités dans le pays.

Postes pour mémoire

Dans un but de continuité avec SCS 1.0 et pour refléter l'importance des agents de financement dans le système de financement, HF.RI.1 recouvre les agents de financement qui gèrent les régimes de financement. Les agents de financement sont groupés dans les secteurs institutionnels de SCS : HF.RI.1.1 Les Administrations publiques; HF.RI.1.2 Sociétés; HF.RI.1.3 Ménages; HF.RI.1.4 ISBLSM et HF.RI.1.5 Reste du monde.

Il y a trois composantes dans la couverture d'un régime de financement du tiers payant (régime d'assurance ou de l'administration publique) : la couverture des populations, l'ensemble des prestations couvertes et la part des coûts des services donnés couverts par le régime. La participation aux coûts par les patients devrait être considérée comme une composante des paiements directs et ne devrait pas être considérée comme dépense par un régime de financement du tiers payant.

Cependant la totalité des coûts des biens et services concernés constitue également une information importante, les rubriques pour mémoire suivantes sont inclus dans la classification : régimes de l'administration publique et les régimes d'assurance maladie obligatoire contributifs, en

même temps que la participation au coût (HF.1 + HF.3.2.1) ; et les Régimes d'assurance maladie volontaire, en même temps que la participation au coût (HF.2 + HF.3.2.2).

Relations entre régimes de financement et agents de financement

Les agents de financement sont des unités institutionnelles qui gèrent un ou plusieurs régimes de financements : ils collectent les revenus et/ou achètent les services selon les règles du(es) régime(s) de financement des soins de santé donné(s). Les ménages sont pris en compte en tant qu'agents de financement des paiements directs.

Selon le SCS 2011, les régimes de financement sont interprétés comme des composantes essentielles du système de financement de la santé, du point de vue de l'accès aux soins, et établi ainsi un lien entre eux et les prestataires et les fonctions des soins de santé dans le système triaxial du SCS.

En même temps, il est également important de tenir compte des agents de financement, du point de vue de la redevabilité des institutions du système de financement de la santé. La redevabilité accrue au niveau national, à travers l'amélioration de la gouvernance et de l'efficacité constitue une question essentielle en matière de politique. Cela nécessite de bien comprendre qui gère les régimes de financement (ressources financières) et dans quelle mesure ils le font bien. En d'autres termes, au niveau national, les agents de financement peuvent constituer un élément très important de l'analyse. Le Tableau 7.3 offre un outil pour illustrer les dispositions institutionnelles des régimes de financement d'un pays.

Tableau 7.3. Agents de financement possibles pour les principales catégories des régimes de financement

Régimes de financement	Agents de financement	
	Agences de collecte de revenus	Agents acheteurs
Régimes de l'administration publique	Unité(s) de l'administration publique	Unité(s) de l'administration publique : ministères, administrations locales ISBLSM Sociétés
Régimes d'assurance maladie sociale	Unité de l'administration publique Agence Nationale d'Assurance Maladie Fonds d'assurance maladie sociale Sociétés d'assurance privées	Agence Nationale d'Assurance Maladie Fonds d'assurance maladie sociale Sociétés d'assurance privées
Régimes d'assurance privée obligatoire	Unités de l'administration publique Sociétés d'assurance privées	Sociétés d'assurance privées Sociétés publiques
Régimes d'assurance maladie volontaire	Sociétés d'assurance privées Fonds d'assurance maladie sociale ISBLSM	Sociétés d'assurance privées Fonds d'assurance maladie sociale ISBLSM
Régimes de financement des ISBLSM	ISBLSM	ISBLSM
Régimes de financement des entreprises	Sociétés	Sociétés
Régimes de financement du reste du monde	RdM	RdM ISBLSM Unités de l'administration publique

Source: EICS pour le SCS 2011.

Comme on l’a déjà dit, il y a une grande diversité dans les systèmes organisationnels des régimes de financement des soins de santé de base d’un pays à l’autre. Pour ce qui est des pays ayant des dispositions institutionnelles complexes, il est extrêmement important de faire la distinction entre les régimes de financement et les agents de financement, et de clarifier sans aucune ambiguïté les différents rôles possibles des unités institutionnelles clés impliquées dans le financement de la santé (ex : l’administration publique, le reste du monde).

Dans plusieurs pays, il y a une correspondance biunivoque entre les régimes de financement et les agents de financement (Figure 7.3). Par exemple, dans un Pays A ayant un dispositif organisationnel simple, tous les soins financés par l’administration publique peuvent être gérés par les unités de l’administration locale, l’assurance volontaire est offerte par les sociétés d’assurance, et les ménages payent directement de leur poche certains services.

La correspondance biunivoque n’est toutefois pas nécessaire du point de vue théorique. En outre, en réalité, il y a beaucoup de pays dans lesquels les relations entre les régimes de financement et les agents de financement sont plutôt complexes, et ont considérablement changé au cours des dernières années (Figure 7.4). Par exemple :

- Le même acteur peut servir d’agent de financement à plus d’un régime de financement (ex : les sociétés d’assurance privées, en plus d’offrir une assurance volontaire, peuvent être impliqués dans la gestion du régime d’assurance sociale) ;
- Les acteurs appartenant à différents secteurs institutionnels de l’économie peuvent servir d’agents de financement au même régime de financement (ex : le régime d’assurance sociale obligatoire peut être géré – en même temps, dans certains pays – par l’agence d’assurance sociale et les sociétés d’assurance privées) ;
- Le même acteur (ex : le service des impôts) peut agir en tant qu’organisation de collecte pour plus d’un régime de financement (ex : le régime de l’administration centrale et l’assurance sociale, etc.).

Figure 7.3. Relations entre régimes de financement et agents de financement : correspondance biunivoque

Pays A. Correspondance biunivoque entre régimes de financement et agents de financement					
Régimes de financement	Agents de financement (Unités institutionnelles)				
	Unités de l’administration publique (FA.1.1, FA.1.2)	Fonds de l’assurance sociale (FA.1.3)	Sociétés d’assurance (FA.2)	Ménages (FA.5)	Reste du monde (FA.6)
Régimes de l’administration publique (HF.1.1)					
Assurance maladie sociale obligatoire (HF.1.2.1)					
Assurance maladie volontaire (HF.2.1)					
Paiements directs (HF.3)					

Programmes d'assistance étrangère(HF.4)					
---	--	--	--	--	--

Source: EICS pour le SCS 2011.

Figure 7.4. Relations entre régimes de financement et agents de financement: exemple d'un dispositif institutionnel plus complexe

Pays B. Relations complexes entre régimes de financement et agents de financement					
Régimes de financement	Agents de financement (Unités institutionnelles)				
	Unités de l'administration publique (FA.1.1, FA.1.2)	Fonds de l'assurance sociale (FA.1.3)	Sociétés d'assurance (FA.2)	Institutions sans but lucratif (FA.4)	Ménages (FA.5)
Régimes de l'administration publique (HF.1.1)					
Assurance maladie sociale obligatoire (HF.1.2.1)					
Assurance maladie volontaire (HF.2.1)					
Paiements directs (HF.3)					
Programmes d'assistance étrangère(HF.4)					

Source: EICS pour le SCS 2011.

Note : Les ménages en tant qu'agents du financement jouent également un rôle dans les régimes d'assurances par leur participation aux coûts. Le rôle n'est pas explicité dans les Figures 7.3 et 7.4.

Le Chapitre 7 du Manuel SCS 2011 élabore certains aspects, en particulier :

- Notes explicatives supplémentaires et exemples de pays
- Classifications et tableaux
- La relation entre régimes de financement et agents de financement
- Questions conceptuelles spécifiques :
 - L'interprétation des termes « publique » et « privée » dans le financement ;
 - Le traitement de la participation aux coûts ;
 - Le traitement des surplus et des déficits dans SCS 2011
- La relation entre les régimes de financement et SCN 2008, SCS 1.0, et le Guide des Producteurs et les étapes principales en vue d'ajuster SCS 1.0/PG a SCS 2011.

PARTIE 2

AUTRES CLASSIFICATIONS, APPLICATIONS ET METHODOLOGIE CONCERNANT LES COMPTES DE LA SANTE

CHAPITRE 8. CLASSIFICATION DES REVENUS DES REGIMES DE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTE (ICHA-FS)

Introduction

Ce chapitre traite du concept de revenus des régimes de financements des soins (FS) et leur nomenclature. Le cadre de comptabilité utilisé pour le financement des soins présenté au chapitre 7 sert de base conceptuelle à ce chapitre.

Concept principal

Les comptes de la santé fournissent les informations concernant à la fois i) les mécanismes de contribution utilisés par les régimes de santé respectifs pour prélever leur revenu, et ii) les unités institutionnelles de l'économie à partir desquelles les revenus sont directement générés.

Le prélèvement des revenus peut être analysé selon trois points de vues différents : selon la source des revenus ; selon la destination des revenus ; et selon la nature du flux des revenus.

Il est essentiel de prendre en compte la contribution totale de chaque secteur institutionnel de l'économie, car cela permet d'indiquer le fardeau financier porté par chaque secteur. Pour cette raison, il est proposé d'inclure les secteurs institutionnels (en utilisant les catégories du SCN) en tant que postes pour mémoire dans la nomenclature des RF, qui fait ainsi la synthèse des revenus de chaque secteur institutionnel selon les types de revenus.

Définition des revenus des régimes de financement des soins

Le revenu est une accumulation de fonds d'un régime de financement de soins par des mécanismes de contribution spécifiques. Les catégories de la nomenclature sont les différents types de transactions par lesquels les régimes de financement mobilisent leurs revenus.

Si besoin est, la catégorie de revenu contient des sous-catégories permettant de définir la source (ou le secteur institutionnel) qui prélève le revenu donné. (Par exemple, le prépaiement volontaire en tant que catégorie de "revenus des régimes de financement" contient les sous-catégories suivantes : les cotisations volontaires des ménages, les cotisations volontaires venant des employeurs, etc.)

Les revenus peuvent aussi être des transferts en nature (par exemple l'aide étrangère en nature donnée aux régimes de financement de l'Etat).

Dans plusieurs pays, les agences de sécurité sociale ou des compagnies d'assurances privées font office d'agents de financement, non seulement pour l'assurance maladie, mais aussi pour les systèmes de retraites, les allocations chômage et les allocations logement. Dans ces cas, *seuls les revenus destinés au financement de la santé doivent être pris en compte.*

Le tableau 8.1 présente la nomenclature des revenus des régimes de financement dont les catégories principales seront élaborées dans les paragraphes successifs.

Tableau 8.1. Nomenclature des revenus des régimes de financement des soins de santé

Code	Description
FS.1	Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé)
FS.1.1	Transferts internes et allocations
FS.1.2	Transferts par l'administration publique au nom des groupes particuliers
FS.1.3	Subventions
FS.1.4	Autres transferts des revenus nationaux de l'administration publique
FS.2	Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique
FS.3	Cotisations d'assurance sociale
FS.3.1	Cotisations d'assurance sociale venant des employés
FS.3.2	Cotisations d'assurance sociale venant des employeurs
FS.3.3	Cotisations d'assurance sociale venant des travailleurs indépendants
FS.3.4	Autres cotisations d'assurance sociale
FS.4	Prépaiement obligatoire (autres que FS.3)
FS.4.1	Prépaiement obligatoire venant des individus/des ménages
FS.4.2	Prépaiement obligatoire venant des employeurs
FS.4.3	Autres prépaiements obligatoires
FS.5	Prépaiement volontaire
FS.5.1	Prépaiement volontaire venant des individus/des ménages
FS.5.2	Prépaiement volontaire venant des employeurs
FS.5.3	Autres prépaiements volontaires
FS.6	Autres revenus nationaux n.c.a.
FS.6.1	Autres revenus venant des ménages n.c.a.
FS.6.2	Autres revenus venant des entreprises n.c.a.
FS.6.3	Autres revenus venant des ISBLSM n.c.a. .
FS.7	Transferts directs étrangers
FS.7.1	Transferts financiers directs étrangers
FS.7.1.1	Transferts financiers directs bilatéraux
FS.7.1.2	Transferts financiers directs multilatéraux
FS.7.1.3	Autres transferts financiers directs étrangers
FS.7.2	Aide directe étrangère en nature
FS.7.2.1	Aide directe étrangère en biens
FS.7.2.1.1	Aide directe bilatérale en biens
FS.7.2.1.2	Aide directe multilatérale en biens
FS.7.2.1.3	Autres Aide directe étrangère en biens
FS.7.2.2	Aide directe étrangère en nature : services (hors Aide technique)
FS.7.3	Autres transferts directs étrangers (n.c.a.)
Postes pour mémoire	
Postes comptables supplémentaires	
FS.RI.1	Unités institutionnelles fournissant des revenus aux régimes de financement
FS.RI.1.1	Administration publique
FS.RI.1.2	Entreprises
FS.RI.1.3	Ménages
FS.RI.1.4	ISBLSM
FS.RI.1.5	Reste du monde
FS.RI.2	Revenus étrangers totaux (FS.2 +FS.7)
Postes comptables connexes FS	
FSR.1	Prêts
FSR.1.1	Prêts souscrits par l'administration publique
FSR.1.2	Prêts souscrits par les organisations privées
FSR.2	Aide en nature selon la valeur estimée par le donateur

Source: EICS pour le SCS de 2011.

Le tableau 8.1 correspond au tableau 8.2 dans SCS 2011.

Notes explicatives relatives à la nomenclature ICHA-FS des revenus des régimes de financement des soins

FS.1 Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique

Cette rubrique couvre les fonds issus des revenus nationaux de l'administration publique destinés au financement de la santé. Les pays dont l'administration publique est décentralisée (et dont le recouvrement des recettes publiques est décentralisé) peuvent ressentir le besoin de souligner le rôle joué par les administrations centrale et locale dans l'allocation des revenus aux régimes de financement des soins et, par conséquent, souhaiter la création des sous-catégories pour FS.1.1 à FS.1.4.

FS.1.1 Transferts internes et allocations

Cette rubrique couvre les transferts au sein de l'administration centrale et – dans les pays dont le système fiscal est décentralisé (où l'administration régionale/locale recouvre également des recettes fiscales) – les transferts au sein de l'administration régionale/locale, ainsi que les subventions de l'administration centrale et locale. Les transferts internes constituent les éléments clés du budget gouvernemental des régimes de financement des soins (HF.1.1). Le tableau 8.3 fait état des sources de revenu alternatives, notamment les autres revenus nationaux (FS.6, les dons, par exemple) et les revenus venant de l'étranger (FS.7).

- *Sont inclus dans cette rubrique* : les revenus alloués aux régimes gouvernementaux (FS.1.1), qui peuvent constituer un transfert interne au sein d'un même niveau de l'administration publique ou un transfert entre l'administration centrale et locale. Sont également inclus : le budget des services de santé nationaux, les fonds alloués aux programmes de santé de l'administration centrale dans les pays dotés d'une assurance maladie sociale, etc.

Cette rubrique comprend également les subventions reçues d'autres unités d'administration nationale.

- *Sont inclus* : les allocations venant de l'administration centrale aux régimes de financement de l'administration locale, les revenus alloués aux régimes spéciaux aux employés de l'administration publique (cf. la définition des régimes de financement des soins publics au chapitre 7), etc.
- *Sont exclus* : les cotisations d'assurance sociale payées par l'administration publique en tant qu'employeur. (Celles-ci sont incluses dans FS.3.2).

FS.1.2 Transferts par l'administration publique au nom des groupes particuliers

Cette rubrique renvoie principalement aux paiements effectués à l'assurance maladie sociale. Dans plusieurs pays, l'Etat cotise pour certains groupes de la population (par exemple les enfants, les personnes âgées, certains groupes de chômeurs, etc.) afin de garantir une couverture maladie pour ces groupes.

Le gouvernement peut acheter une assurance volontaire pour prendre en charge le ticket modérateur forfaitaire des pauvres. Dans ce cas, les cotisations d'assurance volontaire effectuées par l'Etat sont également incluses dans cette catégorie.

- *Sont exclues* : les cotisations payées par l'administration publique en qualité d'employeur.

FS.1.3 Subventions

Cette rubrique renvoie aux fonds venant des revenus nationaux de l'administration publique alloués aux régimes de financement administrés par des unités institutionnelles autres que les unités de l'administration publique ou les ISBLSM.

- *Sont incluses* : les subventions payées aux régimes d'assurances maladie obligatoires ou volontaires (gérées pas les compagnies d'assurance privées), les allègements fiscaux accordés aux ménages qui souscrivent à une assurance maladie privée, etc.

FS.1.4 Autres transferts des revenus nationaux de l'administration publique

Cette rubrique comprend les transferts de l'administration publique aux régimes de financement ISBLSM. Ces transferts sont normalement destinés à financer les activités des ISBLSM ou à financer les transferts courants des ISBLSM aux ménages (par ex. la prise en charge des enfants malades à l'étranger). Cette catégorie inclut également les transferts en nature.

FS.2 Transferts d'origine étrangère répartis par l'administration publique

Cette rubrique comprend les transferts d'origine étrangère (bilatéraux, multilatéraux ou autres types de financement étranger) redistribués par l'administration publique. Le régime de financement reçoit les fonds de l'administration publique, bien que la source des fonds soit d'origine étrangère. L'origine du revenu ne peut être enregistrée qu'au niveau de la transaction.

Les transactions qui concernent les revenus venant d'entités étrangères répartis par l'administration publique peuvent être les suivantes :

- *Les revenus financiers étrangers exclusivement alloués à la santé.* Ces revenus sont souvent en forme de subventions venant des agences internationales ou des gouvernements étrangers dont l'Etat peut s'en servir pour approvisionner les régimes de financement gouvernementaux ou les ISBLSM, ou de transferts volontaires (des dons) par des ONG étrangères ou des individus en faveur de l'Etat.
- *Les revenus financiers étrangers dont la destination n'est pas précisée.* Ce sont des subventions ou autres transferts volontaires (hors subventions) reçues par le gouvernement sans que l'agence étrangère donatrice en précise l'usage.

FS.3 Les cotisations d'assurance sociale

Les cotisations d'assurance maladie sociale comprennent celles à la charge des employeurs au nom de leurs employés ou les contributions directes des employés, des travailleurs indépendants ou des chômeurs qui cotisent eux-mêmes afin de garantir leur droit à la couverture sociale. Les sous-catégories des cotisations à l'assurance sociale sont classées en fonction du type d'unités institutionnelles qui paient les cotisations d'assurance sociale au nom de l'assuré.

Cette catégorie *exclue* les cotisations d'assurance sociale à la charge de l'administration publique au nom des groupes particuliers (inclus dans FS.1.2). Sont également exclues "les contributions d'assurance sociale imputées" (prises en compte dans FS.6).

RS.3.1 Les cotisations d'assurance sociale venant des employés

Cette rubrique comprend les cotisations d'assurance maladie sociale à la charge des ménages. Techniquement parlant, les employés cotisent directement ou leurs contributions sont déduites de leurs salaires et transférées en leur nom par leurs employeurs.

FS.3.2 Les cotisations d'assurance sociale venant des employeurs

Cette rubrique comprend les cotisations d'assurance maladie sociale dont les employeurs sont directement responsables. Celles-ci comprennent les cotisations d'assurance payées par l'administration publique *en tant qu'employeur, si les employés publics participent au régime d'assurance maladie sociale générale* (dans le cas où aucun régime particulier n'existe pour les employés de l'administration publique).

D'un point de vue macroéconomique, les cotisations sociales des employés et des employeurs font parties de la compensation des employés (éléments des coûts salariaux). Il est cependant utile de faire la distinction entre les deux lors de l'analyse des politiques de santé.

FS.3.3 Les cotisations d'assurance sociale venant des travailleurs indépendants

Cette rubrique comprend les cotisations d'assurance maladie sociale reçues des travailleurs indépendants.

FS.3.4 Autres cotisations d'assurance sociale

Cette rubrique comprend les revenus des régimes d'assurance maladie sociale (HF.2) autres que ceux répertoriés aux FS.1.2 et FS.3.1 à 3.3. Cela comprend par exemple les cotisations d'assurance maladie venant des fonds de pensions en faveur des retraités.

FS.4 Prépaiements obligatoires (qui ne figurent pas dans FS.3)

Cette catégorie comprend les primes d'assurance privée obligatoires et les cotisations obligatoires faites aux MSA. Les primes d'assurance privée obligatoires sont des paiements reçus de la personne assurée elle-même ou d'autres unités institutionnelles ayant été mandatées par l'administration publique qui cotisent au nom de l'assuré et qui lui garantissent le droit aux allocations des régimes d'assurance maladie obligatoires. Dans le cas des régimes d'assurance maladie obligatoires, tous les résidents (ou groupes définis en tant que résidents) sont tenus de souscrire à une police d'assurance maladie. La législation peut également définir les règles des primes d'assurance et, par exemple, obliger les compagnies d'assurance à appliquer un classement communauté.

Les sous-catégories de prépaiement obligatoire (qui ne figurent pas dans FS.3) sont classées en fonction du type d'unités institutionnelles responsable du financement, de la manière suivante :

- Les prépaiements obligatoires venant des individus/ des ménages (FS.4.1) ;
- Les prépaiements obligatoires venant des employeurs (FS.4.2) ;
- Autres prépaiements obligatoires (FS.4.3), par exemple, les primes d'assurance privée obligatoires reçues des unités institutionnelles autres que des ménages ou des employeurs.

FS.5 Prépaiement volontaire

Cette rubrique comprend les primes d'assurance privée volontaires. Les primes d'assurance volontaires sont des paiements reçus de l'assuré ou d'autres unités institutionnelles au nom de l'assuré qui garantissent le droit aux allocations des régimes d'assurance maladie volontaires. Les sous-catégories de prépaiement volontaires sont classées en fonction du type d'unités institutionnelles responsable du financement, de la manière suivante :

- Les prépaiements volontaires venant des individus/ des ménages (FS.5.1) ;
- Les prépaiements volontaires venant des employeurs (FS.5.2) ;
- Autres prépaiements volontaires (FS.5.3) (par exemple les paiements reçus des unités institutionnelles autres que les ménages ou les employeurs).

Note méthodologique

Comme précisé précédemment, les types d'assurance maladie volontaires varient selon les différents pays. Par conséquent, les règles utilisées pour fixer les primes varient également. Les principaux types de primes sont : les primes individuelles classées par risque ; les primes classées par groupe et les primes classées par communauté. Bien qu'un tel classement des catégories ne s'impose pas pour le recueil des données internationales, une telle définition des sous-catégories des primes d'assurance volontaire selon ces types peut s'avérer utile pour les comptes de la santé publique des pays.

FS.6 Autres revenus nationaux n.c.a.

Cette catégorie traite des revenus nationaux des régimes de financement qui ne figurent pas dans FS.1 à FS.5. Les sous-catégories sont définies en fonction de l'unité institutionnelle responsable des transferts volontaires :

- Autres revenus venant des ménages n.c.a. (RS.6.1) ;
- Autres revenus venant des entreprises n.c.a. (FS.6.2) ;
- Autres revenus venant des institutions à but non lucratif n.c.a. (RS.6.3).

FS.6.1 Autres revenus venant des ménages n.c.a

Cette catégorie inclut les sources des versement directs des ménages, ainsi que des transferts volontaires des ménages aux régimes de financement des soins, autres que ceux inclus dans FS.5, par exemple des dons aux programmes des soins ISBLSM.

FS.6.2 Autres revenus venant des entreprises n.c.a

Cette catégorie comprend les ressources provenant des entreprises destinées au financement de la santé qui ne figurent pas dans FS.3 à FS.5. Cette catégorie est la principale source de financement des régimes de financement d'entreprises (HF.2.3). Les régimes de financement d'entreprises incluent principalement les dispositions leur permettant de proposer à leurs salariés ou de leur financer directement les services de santé (comme les services de médecine du travail) sans passer par un régime particulier de type assurance.

Le SCN utilise le terme "cotisations sociales imputées" pour désigner les prestations sociales directement fournies par l'employeur sans la création d'un fond spécial. Ces revenus figurent dans cette catégorie du SCN de 2011.

Cette catégorie comprend également les dons volontaires venant des entreprises dont voici une illustration particulière : Certains prestataires de soins (par ex. les hôpitaux) peuvent accumuler de l'argent (des intérêts) sur leurs fonds en banque. Ces fonds peuvent leur servir à financer les prestations de santé - le régime en occurrence est "HF.2.3.2 Régime de financement des prestataires de soins" (une sous-catégorie des régimes de financement d'entreprises) ; et la catégorie de revenu en l'occurrence est "FS.6.2 Autres revenus venant des entreprises".

De même, les compagnies d'assurance privées peuvent utiliser le revenu provenant des intérêts pour effectuer des activités relatives aux services d'assurance maladie. Ces recettes doivent être prises en compte en tant que revenus de santé uniquement quand elles servent à financer les services de santé (y compris l'administration de l'assurance maladie). Le SCS ne fait pas explicitement la distinction entre les systèmes provenant des fonds et ceux qui ne viennent pas des fonds ; les premiers pouvant être caractéristiques de plusieurs types de régimes, y compris l'assurance sociale. Les revenus venant des intérêts doivent toujours figurer dans FS.6.2.

FS.7 Transferts directs étrangers

Les principales transactions de revenus par transfert direct des entités étrangers vers les régimes de financement des soins sont les suivantes :

- Les revenus financiers étrangers directement alloués à la santé. Ces revenus sont normalement en forme de subventions venant des agences internationales ou des gouvernements étrangers, ou des transferts volontaires (des dons) en provenance des ONG étrangères ou des individus qui contribuent directement au financement des régimes nationaux de financement de soins ;
- Aide directe étrangère en nature (biens des soins de santé et services).

Les transferts courants en argent ou en nature dans le cadre de la coopération internationale comprennent l'aide d'urgence suite aux catastrophes naturelles. Ceux-ci doivent être distingués des transferts des capitaux d'une même nature, qui eux seront pris en compte en tant que formation de capital.

Deux sous-catégories de revenu direct étranger sont à distinguer :

- Les transferts financiers ou l'aide étrangère en nature (biens ou services) ;
- Les transferts bilatéraux, multilatéraux ou autres.

Les sous-catégories de revenu étranger sont les suivantes : les transferts financiers directs bilatéraux, les transferts financiers directs multilatéraux, autres transferts financiers direct étrangers ; l'aide directe bilatérale en biens, l'aide directe multilatérale en biens, autre aide directe étrangère en biens ; et aide directe étrangère en services (y compris l'aide technique).

Note : Si les dons ou autres types d'aide des sources étrangères sont redistribués par l'administration publique ou des agences publiques, ces flux figurent dans FS.2 et non pas dans FS.7. La rubrique FS.7 est réservée aux contributions directes étrangères reçues par les différents régimes. [Les transferts directs étrangers (dont la destination est précisée) versés aux régimes de financement des soins gouvernementaux sont également inclus dans FS.7.]

Postes pour mémoire

FS.RI.1 Unités institutionnelles fournissant des revenus aux régimes de financement

Le deuxième groupe de postes pour mémoire est composé d'unités institutionnelles qui versent des revenus aux régimes de financement. Sont inclus dans ce groupe : l'administration publique ; les entreprises ; les ménages ; les ISBLSM ; le reste du monde.

Ces catégories permettent d'estimer et d'analyser les transactions génératrices de revenus de la perspective des unités institutionnelles de l'économie qui versent les revenus aux régimes de financement de santé. (La section "tableaux SCS sur le prélèvement des revenus" fournit de plus amples explications.)

Ce rôle des unités institutionnelles (pourvoyeur de revenu) doit être distingué du rôle des unités institutionnelles en tant qu'agences qui collectent des fonds comme l'agence nationale d'administration fiscale.

FS.RI.2 Revenus étrangers totaux.

Revenus étrangers totaux est la somme de FS.2+FS.7

FSR.1 Traitement des Prêts

Les prêts sont par définition les changements dans les actifs ou passifs financiers (c'est-à-dire que des prêts ne sont pas pris en compte en tant que revenu). Les prêts sont en règle générale souscrits pour couvrir les dépenses budgétaires de l'Etat qui ne sont pas soldés par les revenus nationaux. Il existe également des prêts particuliers au secteur de la santé, normalement censés être investis dans le secteur de la santé. On propose d'inscrire les montants des prêts utilisés durant la période comptable en tant que postes pour mémoire. (Ce montant peut bien évidemment être différent de celui représentant les prêts souscrits durant la même période.) Dans le cas de certains pays à faible revenu, il peut être important de mettre en valeur le rôle des prêts étrangers dans le financement du système de santé. En l'occurrence, on propose d'appliquer le "Relevé de l'opération gouvernementale" répertorié dans le manuel SFP pour le secteur de la santé.

Les comptes sectoriels constituent des outils possibles pour rendre compte des déficits ou des excédents des régimes de financement de la santé (et des agents de financement) et de tous les prêts et autres instruments financiers utilisés pour solder les déficits. Les comptes sectoriels montrent comment les déficits ou les besoins de financement sont pris en charge par la capacité de financement d'autres secteurs de l'économie ou par le reste du monde. Les déficits et les excédents des unités institutionnelles du même secteur sont consolidés.^x

Les ménages peuvent également souscrire des prêts pour financer leurs soins de santé. Or, ces transactions ne sont pas prises en compte dans les postes de mémoire, car leur estimation exacte n'est pas possible.

Estimation de l'aide en nature et de soutien technique

Selon les SFP, les subventions en nature doivent être évaluées aux prix en vigueur. Si les prix de marché ne sont pas disponibles, la valeur prise en compte doit être celle des frais explicite encourus lors de l'octroi des ressources ou les montants qui seraient perçues si les ressources étaient vendues. Dans certains cas, le donateur et le bénéficiaire n'apprécient pas la valeur de la même manière. Le SCS de 2011 diffère des SFP et enregistre la valeur qui appliquée par les bénéficiaires en tant que dépenses de la santé. Dans certains cas, l'estimation de la perspective du donateur est cependant celles qui est retenue en tant que poste pour mémoire (RFR.2), afin de faire la distinction entre l'estimation du donateur et celle du pays bénéficiaire.

Le Chapitre 8 du Manuel SCS 2011 fournit plus d'explication, des outils additionnels de comptabilités relatifs aux revenus des régimes de financement liées au gouvernement et les ménages. Il y a plus de discussion des concepts avec des exemples.

CHAPITRE 9. CLASSIFICATION DES FACTEURS DE PRESTATION DES SOINS DE SANTE (ICHA-FP)

Introduction

L'information sur le montant que les prestataires de soins investissent dans les intrants nécessaires à la production des biens et services de santé (facteurs de prestation) peut servir à plusieurs fins politiques. Ce chapitre présente la classification des facteurs de prestation (ICHA-FP).

Le total de la répartition des dépenses par facteurs de fourniture doit être égal aux dépenses courantes de santé. De toute évidence, et pour des raisons de fonctionnement, les services importés sont désagrégés par facteur, mais, dans la mesure du possible, les ressources utilisées pour l'exportation des services devraient être exclues.

En termes de sources de données, la plupart des rapports de l'administration publique contiennent des valeurs auditées avec une approche par « rubrique » que l'on retrouve fréquemment dans le système de santé du secteur public. La classification des facteurs fait également partie des autres systèmes de production de rapports publics, et elle constitue un outil standard pour l'analyse des statistiques des finances publiques au niveau international. Pour les prestataires privés, les entreprises ont également certaines obligations de rendre compte des coûts pour les besoins de la comptabilité interne. La classification des facteurs de prestation est également nécessaire pour les rapports à soumettre aux autorités des impôts (ex : pour la TVA et l'impôt sur le revenu). Ainsi, pour élaborer des comptes de la santé de manière plus exhaustive, certains pays pourraient envisager la réalisation du FP.

Concept principal

Le champ d'application de la classification des facteurs

Les facteurs de fourniture sont définis dans le SCS comme étant les ressources valorisées. La délimitation de la frontière des soins de santé (tel que définie dans le Chapitre 4) détermine la délimitation de la fourniture des soins de santé et par implication, des facteurs de prestation par prestataire. La fourniture implique un ensemble de facteurs de production – la main d'œuvre, le capital et équipements et les services externes – pour fournir des biens et services de santé.

Pour leur fonctionnement, les prestataires doivent également effectuer d'autres dépenses sur les intrants, tel que le paiement des impôts (ex : la TVA). Ainsi, les facteurs de fourniture de soins de santé représentent la valeur totale des ressources, en espèces ou en nature, utilisée dans la fourniture des biens et services de santé. Elle est égale au montant payable aux prestataires de soins de santé par les régimes de financement pour les biens et services de santé consommés au cours de la période comptable. Les dépenses en facteurs de fourniture sont relatives aux dépenses courantes pour la fourniture des biens et services de santé. Les dépenses en capital qui servira à la fourniture des périodes futures devraient être séparées de l'utilisation des ressources pour la fourniture courante de services de santé, comme c'est le cas dans les autres classifications ICHA.

Tableau 9.1. Classification des facteurs de prestation de soins de santé

Code	Désignation
FP.1	Compensation des employés
FP.1.1	Traitements et salaires
FP.1.2	Cotisations sociales
FP.1.3	Tous autres coûts relatifs aux employés
FP.2.	Rémunération des professionnels particuliers
FP.3	Équipements et services utilisés
FP.3.1	Services de soins de santé
FP.3.2	Biens de santé
FP.3.2.1	Produits pharmaceutiques
FP.3.2.2	Autres produits de santé
FP.3.3	Services non sanitaires
FP.3.4	Biens non sanitaire
FP.4	Consommation du capital fixe
FP.5	Autres rubriques de dépenses en ressources (entrées)
FP.5.1	Impôts
FP.5.2	Autres rubriques de dépenses

Source: EICS pour le SCS 2011.

Notes explicatives de la nomenclature ICHA-FP des facteurs de fourniture des soins de santé

FP.1 Rémunération des employés

La rémunération des employés porte sur la rémunération totale, en espèces ou en nature, payée par une entreprise à un employé en retour du travail exécuté par ce dernier au cours de la période comptable. Elle inclut les traitements et salaires et toutes formes de prestations sociales, des paiements pour les heures supplémentaires ou le travail de nuit, les primes, les allocations, de même que la valeur des paiements en nature tels que la fourniture d'uniformes au personnel médical.

La rémunération des employés constitue la mesure de la rémunération de toutes les personnes employées par les prestataires des soins de santé, qu'elles soient professionnelles de la santé ou pas.^{xi}

Il est important de noter que tout service contracté, tel que les services de nettoyage et de restauration dans les hôpitaux sont considérés comme des achats, et le traitement et salaires du personnel impliqués ne doivent pas être comptabilisés dans cette rubrique.

Lorsque les actionnaires travaillent également pour la société et reçoivent une rémunération en numéraire autre que les dividendes, ils sont traités comme employés. Les propriétaires de tout type de société qui travaille dans la société et reçoit un salaire versé autres que le retrait sur l'épargne de la société, sont également traités comme employés.

Les étudiants qui apportent leur travail comme ressource dans le processus de production d'une entreprise, par exemple, en tant que stagiaires, les infirmiers en formation et les internes des hôpitaux, sont traités comme des employés, qu'ils reçoivent un salaire en numéraire ou pas pour le travail qu'ils font en plus de la formation qu'ils reçoivent comme paiement en nature.

FP.1.1 Traitement et salaires des employés

Le traitement et salaires des employés incluent la rémunération, en espèces et en nature, versée soit par intervalle de paiements régulier, ou sous forme de paiement à la pièce, des heures supplémentaires, du travail de nuit, du travail les week-ends ou autre travail en dehors des heures normales, des indemnités d'affectation loin du foyer ou pour un travail dans des conditions difficiles ou dangereuses, telles que les indemnités de logement, de voyage, de prise en charge médicale, des primes ad hoc, des commissions, des gratifications et la fourniture en nature des biens et services nécessaires pour l'exécution du travail, ou sous forme de repas et boissons, d'uniformes^{xii} et de transport. Ils excluent les cotisations de sécurité sociale payées par l'employeur. Les cotisations

sociales versées pour le compte des employés sont les paiements effectifs ou imputés aux régimes sociaux pour garantir leurs droits aux prestations sociales telles que la sécurité sociale.

FP.1.2 Cotisations sociales (voir le SCS 2008 7.56 pour plus de détails)

Les cotisations sociales sont des paiements, effectifs ou imputés, aux régimes d'assurance sociale pour obtenir les droits aux prestations sociales pour les employés, y compris les pensions et autres prestations de retraite. Sont pris en compte, les paiements à la sécurité/assurance sociale pour le compte des employés (de même que les cotisations pour les pensions).

Les cotisations sociales des employeurs sont faites au profit de leurs employés, leur valeur est enregistrée comme l'une des composantes de la rémunération des employés. Les cotisations sociales sont alors enregistrées comme si elles avaient été payées par l'employé sous forme de transferts courants aux régimes de sécurité sociale ou autres régimes d'assurance sociale relative à l'emploi.

FP.1.3 Tous autres coûts relatifs aux employés

Des politiques de rétention ont été développées dans beaucoup de pays pour garantir les prestations de service par le personnel de santé dans des conditions difficiles. Ces conditions peuvent varier selon les situations sociales, géographiques et les conditions de maladie, telles que les maladies transmissibles comme le VIH/SIDA, et les conditions météorologiques extrêmes, le faible niveau des salaires, etc. Des mesures incitatives spécifiques en termes monétaires et en nature sont enregistrées dans cette rubrique.

Les avantages en nature sont également enregistrés ici, telle que la mise à disposition de véhicules aux employés,^{xiii} ou les prestations d'avantages qui permettent aux employés d'acheter une voiture avec une grande réduction.

FP.2 Rémunération des professionnels particuliers^{xiv}

La classe FP.2 est prévue pour les professionnels particuliers privés, menant des activités de santé. Cette classe vise la rémunération du cabinet du professionnel privé de la santé, le revenu des professionnels particuliers non-salariés, et le revenu complémentaire ou supplémentaire généré par le cabinet privé du personnel de santé salarié, ce qui est courant dans les systèmes de santé de la plupart des pays. Malgré la fréquence, la pertinence et l'importance du travail réalisé par les praticiens indépendants qualifiés dans le domaine des soins de santé, les normes de mesures pleines n'ont pas été proposées ni définies dans la plupart des guides. Les mesures ont été abordées à travers les enquêtes et les données des prestataires, notamment en relation avec le SCN. En fait, ce type de revenu s'applique à tous les cabinets des praticiens et les quasi-sociétés.

Le revenu des professionnels indépendants de la santé non salarié est la rémunération de leur travail, moins les autres éléments de coûts de leur travail.

Au cas où la famille est traitée comme une quasi-société, et présente une comptabilité complète, la composante revenu du propriétaire peut être séparée des profits gagnés en tant qu'entrepreneur et doit être classé comme rémunération des employés. Le solde restant (total des gains moins le total des coûts) est considéré dans ce cas comme un excédent brut d'exploitation, comme c'est le cas pour les sociétés.

L'acquisition des fournitures (FP.3) et la consommation de capital (FP.4) ne devrait pas être incluse, ni les coûts du capital (financiers et non financiers). Le coût du capital financier est enregistré dans la rubrique FP.5.2 : autres rubriques de dépenses en ressources.

FP.3 Matériels et services utilisés

Cette catégorie correspond à la valeur totale des biens et services utilisés pour la fourniture des biens et services de santé (non produit à l'interne) achetés auprès d'autres prestataires de service et autres industries de l'économie. Tout le matériel et services doivent être entièrement consommés pendant la période de l'activité de production.

Le matériel consiste en tous les apports de soins de santé et les apports non sanitaires nécessaires aux multiples activités de production qui doivent être exécutées dans le système de santé. Ils vont du matériel hautement spécifique tel que les produits pharmaceutiques et intrants pour les examens de laboratoire, à ceux ayant un but beaucoup plus universel, tel que le papier et les stylos. Le matériel détérioré, perdu, endommagé accidentellement ou volé est pris en compte. Le matériel utilisé sur plus d'une période de production est classé comme capital (équipement et autre du genre) et est ainsi exclu de cette classification. Habituellement, le matériel est moins cher que les biens d'investissement tels que les machines et les équipements.

Les services utilisés impliquent l'achat de services produits par un autre agent. Ils peuvent être définis comme services externalisés ou externes achetés par le prestataire et impliqués dans leur propre processus de production. Les services consommés renvoient habituellement aux services généraux fournis par des industries non sanitaires, tel que les services de sécurité, le paiement pour la location de bâtiments et d'équipement de même que leur entretien et nettoyage. Ils peuvent également inclure les services de soins de santé tels que le travail de laboratoire, d'imagerie et de transport des patients.

Du point de vue politique, les produits pharmaceutiques constituent un des types de matériel les plus importants, pour lequel une sous-catégorie a été spécifiquement créée.

FP.3.1 Les services de soins de santé

Une des raisons pour lesquelles la fourniture des services de soins de santé est si complexe est qu'elle peut impliquer un volume important de sous-traitance de services de soins de santé, tels que des services de diagnostic et de suivi, des services de radiologie et de laboratoire, ou la fourniture directe de soins de santé par un personnel spécialisé, telle que la réadaptation, les soins (santé) de longue durée, la dialyse rénale et certaines thérapies du cancer.

Inclus sont les services de soins de santé achetés par un prestataire pour compléter l'ensemble de services offerts par ce prestataire peuvent être offerts dans la même unité ou dans une unité différente.

FP.3.2.1 Dépenses en produits pharmaceutiques ;

FP.3.2.2 Dépenses en autres biens de santé

Cette rubrique de dépenses n'est que partiellement couverte par la classification fonctionnelle, avec une présentation des produits médicaux consommés indépendamment (HC.5.1 dans le SCS 1.0 et le SCS 2011) et pour la consommation hospitalière, non présentée séparément, mais contenue dans la prestation de service (la même situation est possible pour les services de jour et les soins ambulatoires également). Dans la classification des facteurs de prestation, cette rubrique devrait couvrir la totalité de l'utilisation des médicaments et autres produits médicaux, quel que soit leur mode de fourniture. Ainsi, les services fournis aux patients hospitaliers en utilisant les médicaments, les prothèses, les appareils et équipements médicaux et autres produits relatifs à la santé, devraient également être détaillés ici.

Les dons de matériels et de produits doivent être traités de sorte à refléter les valeurs d'achat, ainsi, les montants enregistrés doivent correspondre aux prix du marché et déductions faites des subventions moins les impôts indirects. Lorsqu'un don de matériels ou de produits ne porte pas de prix acheteur parce qu'ils ne sont pas disponibles sur le marché local, le prix à utiliser doit être celui payé par l'entité qui a effectué le don. A titre d'exemple, il y a les médicaments ou produits pour le traitement du cancer ou du VIH/SIDA, tels que les médicaments antirétroviraux.

- Sont inclus : tous les médicaments et produits pharmaceutiques tels que les vaccins et sérum et autres biens consommables tels que le coton, les pansements et outils utilisés exclusivement ou principalement au travail, tel que par exemple les habits ou chaussures que l'on porte exclusivement ou principalement au travail (tels que les tenues de protection et les uniformes).

- Sont exclus : tous les produits acquis en vue d'augmenter les stocks ne doivent pas être pris en compte, tels que les médicaments stockés pour usage futur. Sont également exclus les équipements et outils qui sont utilisés à répétition, et qui font partie du capital.

FP.3.3 Les services non sanitaires et FP.3.4 les biens non sanitaires

Ces classes concernent les biens et services utilisés pour la production des soins de santé, mais de nature non spécifiquement sanitaire.

Ils sont tels que ceux nécessaires aux activités de fonctionnement du prestataire, comme dans la gestion des bureaux (*ex* : logiciels, stylo et papier), des cuisines (dans les hôpitaux et pour servir les patients qui passent la nuit s'ils n'ont pas externalisé les services), le transport (*ex* : les lubrifiants et les outils pour faire fonctionner les véhicules) ou les autres types d'usage plus général, tel que l'électricité, l'eau et autres services similaires.

Les services non médicaux tels que les services d'infrastructures sont également nécessaires (*ex* : l'entretien des bâtiments et les équipements). En général, tout service acheté, tel que la formation du personnel, la recherche opérationnelle, le transport, l'hébergement, les repas et boissons, et le paiement des frais de location des équipements et des bâtiments sont pris en compte ici. Les services utilisés pour la rémunération des employés sont exclus.

L'entretien est l'un des services qui présentent souvent un intérêt. La distinction entre l'entretien et les réparations, et la formation brute de capital fixe (voir le Chapitre 11) n'est pas bien claire. L'entretien ordinaire et régulier, et la réparation d'une immobilisation utilisée dans la production constitue un élément de coût normal, et est enregistré dans la rubrique matériel et services utilisés. L'entretien ordinaire et les réparations, y compris le remplacement de pièces défectueuses, sont typiquement des activités menées à l'interne, mais ces services peuvent également être acquis auprès d'autres entreprises. Que ces services d'entretien et de réparation soient assurés à l'interne ou acquis auprès d'autres entreprises, ils doivent être inclus comme facteurs de coûts. Toutefois, l'évaluation est différente dans les deux cas, en fonction de la manière dont les charges sont effectuées :

- L'entretien assuré à l'interne permettrait d'avoir une facture distincte pour les ressources humaines (Rubrique FP.1) et tout matériel utilisé (*ex* : FP.3.4) ;
- L'entretien externalisé fait l'objet généralement d'une facture complète, comprenant tous les facteurs.

Le problème pratique consiste à distinguer l'entretien et les réparations ordinaires des grands travaux de rénovation, reconstructions et agrandissement qui vont considérablement au-delà de ce qui est requis pour simplement maintenir les actifs immobilisés en bon état de fonctionnement. Les principaux travaux de rénovation, de reconstruction et d'agrandissement des immobilisations existantes peuvent améliorer leur efficacité ou capacité ou prolonger leur durée d'utilité prévue. Ils doivent donc être traités comme une formation brute du capital fixe, car ils prolongent l'existence du stock d'immobilisations.

FP.4 Consommation du capital fixe

La consommation du capital fixe est un coût de production. Elle peut être définie en termes généraux comme coût, de la période comptable, de la baisse de la valeur courante du stock d'immobilisation du producteur suite à une détérioration physique, l'obsolescence prévue ou de dommage normal ou accidentel. Elle exclut les pertes liées aux dommages causés par la guerre ou les catastrophes naturelles (voir le SCN 2008, 6.244). En comptabilité, la consommation du capital fixe est un concept économique qui doit se distinguer de la dépréciation, qui est un concept juridique. Dans beaucoup de cas, les deux concepts conduisent à des résultats différents.^{xv} La consommation du capital fixe devrait refléter l'utilisation sous-jacente du capital comme facteur de production au moment où la production a lieu. Pour plus de détails, voir le Chapitre 11 « Formation de capital dans les systèmes de santé ».

Sont pris en compte, les estimations sur l'utilisation des bâtiments, des équipements et autres biens d'investissement tels que les véhicules. Sont exclus les frais de location versés pour l'utilisation d'équipements ou de bâtiments, et les frais, commissions et les redevances, etc. payables dans le cadre des dispositions d'autorisation. Ils sont pris en compte en tant qu'achat de services.

FP.5 Autres rubriques de dépenses en entrées

Cette rubrique inclut tous les coûts financiers, tels que les paiements des intérêts sur les prêts, les impôts, etc.

FP.5.1 Les impôts

Conformément à la définition du SCN, les impôts sont des paiements obligatoires, sans contrepartie, en espèces ou en nature, effectués par des agents économiques aux unités de l'administration publique. Ils sont définis comme n'ayant pas de contrepartie, car l'Etat n'offre rien en retour aux agents économiques qui effectuent les paiements, bien que l'administration peut utiliser les fonds mobilisés à partir des impôts pour offrir des biens ou des services à d'autres unités, soit collectivement à la communauté dans son ensemble ou individuellement. La rubrique FP.5.1 : Impôts dans le facteur coût, comprend les impôts sur la production et les impôts sur les produits. Comme l'indique l'intitulé, les impôts sur les produits sont payables par unité du produit. L'impôt peut être un montant forfaitaire qui dépend de la quantité physique du produit, ou il peut s'agir d'un pourcentage de la valeur à laquelle le produit est vendu.

FP.5.2 Autres rubriques de dépenses

Les autres rubriques de dépenses incluent toutes les transactions relatives aux rubriques non classées ailleurs. Les transactions enregistrées ici incluent par ex, les dépenses sur la propriété, les contraventions et les pénalités imposées par l'administration publique ; les taux d'intérêt et les coûts pour l'utilisation des prêts ; et les primes d'assurance autres que l'assurance vie, et les demandes de remboursement.

Les paiements d'intérêts sur les prêts effectués par différentes entités ne sont pas négligeables. L'intérêt est défini comme paiement en sus du principal emprunté qui doit être payé au créancier par le débiteur sur une période de temps donnée et qui ne réduit pas le montant impayé. L'intérêt peut être une somme prédéterminée ou un pourcentage sur le principal impayé. L'intérêt est ajouté au principal. Lorsque les unités de l'administration publique paient les intérêts de dette au nom d'une autre unité, car le gouvernement encourt la dette en tant qu'obligataire primaire (débiteur), la dette existante de l'autre unité doit être enregistrée comme une subvention (lorsque l'autre unité est une entreprise) ou un transfert (s'il s'agit d'une unité de l'administration publique).

<p>Le Chapitre 9 du manuel SCS 2011 fournit plus d'explications et examine une classification croisée des classifications fonctionnelles et économiques des dépenses (du Manuel SFP).</p>

CHAPITRE 10. CLASSIFICATION DES DÉPENSES DE SANTÉ PAR CARACTÉRISTIQUES DES BÉNÉFICIAIRES

Introduction

Ce chapitre illustre un exemple comment on peut utiliser des données du système des comptes de la santé (SCS) en association avec des données provenant d'autres sources pour une meilleure élaboration des comptes de la santé. Il s'agit en l'occurrence d'identifier les dépenses courantes de santé pour effectuer des analyses spécifiques à partir d'un classement des caractéristiques de bénéficiaires, notamment par maladie, âge, sexe, région et situation économique. Il est recommandé que les analyses de dépenses par bénéficiaire soit limitée aux dépenses courantes (HC.1-HC.9), avec l'option analyser et présenter séparément les dépenses capitaux par bénéficiaire.

Classifications des bénéficiaires

Au vu de l'expérience récente et la demande croissante au niveau international pour les analyses par caractéristiques des bénéficiaires, les principaux types de caractéristiques à inclure dans un cadre standardisé pour la classification par bénéficiaires sont les suivants : âge et sexe ; type de maladie ou état de santé ; situation socioéconomique et région géographique.

Certains pays pourront souhaiter une autre classification pour répondre à leurs propres besoins d'informations ou leurs besoins politiques particuliers. A titre d'exemple, certains pays pourront ressentir le besoin de comparer les dépenses de santé entre les populations assurées et non assurées. Les lignes directrices proposent plus de détails pour chacun des quatre groupes proposés ci-dessus.

Âge et sexe

La répartition des dépenses par âge et par sexe constitue sans doute la forme de répartition la plus courante. Pour effectuer de telles analyses, le classement des dépenses doit être suffisamment détaillé dans la catégorisation par âge pour faire ressortir les variations significatives qui s'opèrent dans les dépenses, et permettre une modélisation adéquate de l'impact des changements futurs dans la structure de l'âge.

Suite à l'impact significatif des paramètres d'âge et de maladie situés aux antipodes de l'échelle, il est préconisé d'inclure des classes d'âge plus détaillées pour les très jeunes et pour la population la plus âgée. Pour cette raison, il convient d'utiliser des groupes d'âge de 5 ans, jusqu'à 95 ans (avec le groupe d'âge de 0 ans séparé) pour les estimations des dépenses par âge et par sexe au niveau international, afin de permettre une couverture complète de la plupart des types de groupements d'importance politique rencontrés dans le monde. Les pays et les régions ont néanmoins la liberté d'agréger ces différentes classes, ou de faire une ventilation plus détaillée, en fonction de leur besoins politiques et de ce qui correspond mieux aux informations des dépenses non engagées pour lesquelles ces résultats leur pourront être utiles. Cette classification vise principalement la comparaison entre pays, ou s'il convient, à faciliter la comparaison avec des pays spécifiques ; les pays ou groupes de pays devront utiliser d'autres classifications qui répondent aux besoins propres à leurs pays et à leurs capacités.

Maladie

Un travail considérable a été effectué au cours des dernières années sur les estimations des dépenses par type de maladie dans le cadre du SCS, à la fois au niveau national que dans les analyses comparatives entre les pays.

Les lignes directrices de l'OCDE pour l'estimation des comptes de la santé par âge, sexe et maladie et les études nationales ont jeté les bases pour le développement d'une classification standardisée pour les analyses des dépenses par maladie.

En l'absence d'une classification internationale unique et standardisée pour recueillir les données, deux classifications alternatives sont conseillées : la classification GBD (légèrement adaptée) fournit un niveau d'agrégation très détaillé et les principaux chapitres de la CIM-10. Une catégorisation des maladies basée sur le système de classification GBD s'avère la plus appropriée pour une comparaison internationale des dépenses par maladie. Alors que le cadre CIM vise à mettre en évidence les statistiques sur la mortalité et la morbidité, la classification GBD est axée autour des données épidémiologiques et les causes des infirmités ou des décès. La classification GBD de l'OMS présente l'avantage supplémentaire d'avoir principalement été développée pour comparer la charge des maladies dans un grand nombre de pays développés et de pays en voie de développement. Il faut souligner que la GBD est un groupement agrégé des classes CIM, permettant ainsi une mise en correspondance totale aux classes CIM.

Les tableaux ci-dessous présentent ces deux classifications : Le tableau 10.1 présente les groupements de la GBD à deux chiffres ; le tableau 10.2 présente les principaux chapitres de la CIM-10. Des informations plus détaillées sur les classifications de la GBD et l'ISHMT se trouvent en annexe F.

Tableau 10.1. Classification de la maladie par catégories de la Charge mondiale de morbidité (GBD)

Code GBD	Cause	Code CIM-10
GBD.1	Maladies transmissibles, maternelles, périnatales et nutritionnelles	A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, O00-O99, P00-P96, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-64
GBD.1.1 ^{avi}	Maladies infectieuses et parasitiques	A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73
GBD.1.2	Infections respiratoires	J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66
GBD.1.3	Maladies maternelles	O00-O99
GBD.1.4	Maladies périnatales	P00-P96
GBD.1.5	Déficiences nutritionnelles	E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64
GBD.1.9	Toutes autres maladies transmissibles, maternelles, périnatales et nutritionnelles	
GBD.2	Maladies non transmissibles	C00-C97, D00-D48, D55-D64 (moins D 64.9) D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99
GBD.2.1	Néoplasmes malins	C00-C97
GBD.2.2	Autres néoplasmes	D00-D48
GBD.2.3	Diabète sucré	E10-E14
GBD.2.4	Troubles endocriniens	D55-D64 (moins D64.9), D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88
GBD.2.5	Troubles neuropsychiatriques	F01-F99, G06-G98
GBD.2.6	Troubles sensoriels	H00-H61, H68-H93
GBD.2.7	Maladies cardiovasculaires	I00-I99
GBD.2.8	Maladies respiratoires	J30-J98
GBD.2.9	Maladies digestives	K20- K92
GBD.2.10	Maladies de l'appareil génito-urinaire	N00-N64, N75-N98
GBD.2.11	Troubles cutanés	L00-L98
GBD.2.12	Maladies musculo-squelettiques	M00-M99
GBD.2.13	Malformations congénitales	Q00-Q99
GBD.2.14	Maladies buccales	K00-K14
GBD.2.99	Toutes autres maladies non transmissibles	
GBD.3	Blessures	V01-Y89

GBD.3.1	Involontaires	V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89
GBD.3.2	Intentionnelles	X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871
GBD.3.9	Toutes autres blessures	
GBD.n.c.a.	Résultats d'examen clinique et de laboratoire anormaux ou non spécifiés et autres états non clairement définis et consultations aux services de santé ; facteurs qui influencent l'état de santé ou consultations aux services de santé	R00-R99, Z00-Z99
Unités déclarantes		
GBD.RI.1	Blessures à la tête	S00-S09
GBD.RI.2	Blessures au cou	S10-S19
GBD.RI.3	Blessures au thorax, blessures à l'abdomen, au bas du dos, à la colonne vertébrale lombaire et au pelvis	S20-S39
GBD.RI.4	Blessures à l'épaule et au bras, blessures au coude et à l'avant-bras, blessures au poignet et à la main	S40-S69
GBD.RI.5	Blessures à la hanche et à la cuisse, blessures au genou et à la jambe inférieure, blessures à la cheville et au pied	S70-S99
GBD.RI.6	Blessures impliquant de multiples parties du corps, blessures à des parties non clairement définies du tronc, des membres ou autre partie du corps	T00-T14

Source: Etude de la Charge mondiale de la morbidité 2008, à paraître prochainement.

Tableau 10.2. Classification des statistiques internationales des maladies ou des problèmes de santé connexes (CIM-10) 10^{ème} révision

Chapitre CIM	Blocs	Description
I	A00-B99	Certaines maladies infectieuses et parasitiques
II	C00-D48	Néoplasmes
III	D50-D89	Maladies du sang, des organes hématopoïétiques et certaines troubles du système immunitaire
IV	E00-E90	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques
V	F00-F99	Troubles mentaux et comportementaux
VI	G00-G99	Maladies du système nerveux
VII	H00-H59	Maladies de l'œil et ses annexes
VIII	H60-H95	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde
IX	I00-I99	Maladies du système circulatoire
X	J00-J99	Maladies du système respiratoire
XI	K00-K93	Maladies du système digestif
XII	L00-L99	Maladies cutanées et du tissu sous-cutané
XIII	M00-M99	Maladies du système musculo-squelettique du tissu conjonctif
XIV	N00-N99	Maladies de l'appareil génito-urinaire
XV	O00-O99	Grossesses, accouchement et puerperium
XVI	P00-P96	Etats de santé déclenchés durant la période périnatale
XVII	Q00-Q99	Malformations congénitales, déformations et anomalies chromosomiques
XVIII	R00-R99	Symptômes, signes et résultats cliniques et de laboratoire anormaux, non classifiés ailleurs
XIX	S00-T98	Blessures, intoxications et autres conséquences de causes externes
XX	V01-Y98	Causes externes de morbidité et mortalité
XXI	Z00-Z99	Facteurs qui influencent l'état de santé et consultations aux services de santé
XXII	U00-U99	Codes à des fins spéciales

Source : OMS (2004).

Il convient d'ajouter une catégorie supplémentaire à la GBD pour prendre en compte les dépenses liées aux *Résultats des examens cliniques et de laboratoire anormaux ou non spécifiés et autres états non clairement définis et consultations aux services de santé ; facteurs qui influencent l'état de santé ou consultations aux services de santé*. (GBD n.c.a). La classification des blessures mérite également d'être examinée.

Co-morbidité

Il est globalement accepté qu'une approche standardisée devrait s'aligner avec la première option. Celle-là vise donc à classer les dépenses selon le premier diagnostic, sauf dans le cas où le premier diagnostic ne peut être distingué des autres diagnostics disponibles dans les données, en quel cas les dépenses doivent alors être réparties au prorata de façon égale entre toutes les maladies concernées.

Situation socioéconomique

Les résultats de santé varient dans tous le pays selon le niveau socioéconomique des personnes et de telles disparités constituent une préoccupation majeure pour les politiques aux niveaux national et mondial. La Commission de l'OMS des déterminants sociaux de la santé (OMS 2008a) a lancé un appel à tous les gouvernements pour mesurer de telles disparités de façon systématique.

Dans le contexte de l'extension du cadre du SCS et en vue d'analyser la répartition des dépenses par situation socioéconomique, il convient d'adopter une approche qui permette une ventilation directe des dépenses de santé entre les différents groupes de population et qui les présente sous forme de tableau. Pour ce faire, les bénéficiaires doivent être classés et regroupés selon leur niveau relatif de situation socioéconomique.

Compte tenu de l'expérience acquise dans les études passées, des mérites conceptuelles de chacune d'entre elles, ainsi que des besoins fréquemment exprimés par les décideurs, il est préférable, lors des présentations internationales de la répartition des dépenses par situation socioéconomique, de classer les bénéficiaires par quintiles de leur niveau socioéconomique relatif, représenté par le niveau de vie.

Cependant, il existe plusieurs approches alternatives fréquemment utilisées pour mesurer l'affluence relative : le revenu, les dépenses et la consommation, ou la richesse (en termes d'actifs plutôt que de flux), voire une combinaison de plusieurs indicateurs comme le revenu, l'éducation et l'emploi. En règle générale, la théorie économique préconise la consommation en tant qu'indicateur, car elle correspond mieux au bien-être et aux ressources économiques sur le long terme. Or, il est souvent difficile de mesurer la consommation, étant donné qu'il faut également tenir compte de la valeur des biens et services consommés qui n'ont pas fait l'objet d'un paiement ou d'une transaction financière mesurable, telles que le fait d'habiter dans une maison dont on est propriétaire. Faute de données pour analyser la consommation, l'indicateur alternatif serait les dépenses, suivi par le revenu. Dans certains contextes où les sources de données disponibles ne permettent pas de calculer la consommation ou les dépenses d'un ménage, un indice de richesse basé sur les actifs détenus peut être utilisé. Dans plusieurs enquêtes, un indice de richesse correspond d'ailleurs bien aux valeurs de la consommation et des dépenses des ménages. La richesse est aussi en corrélation avec le niveau de vie sur le long terme. Par conséquent, elle peut en pratique être considérée comme étant plus pertinente que le revenu pour mesurer l'affluence.

Le revenu, les dépenses et la consommation sont fréquemment mesurés dans les enquêtes sur les ménages, qui constituent la première source de données pour ce type d'analyse des dépenses. Il faudrait néanmoins noter que ces types d'analyses nécessiteront normalement l'utilisation des données d'enquêtes sur les ménages qui ne sont généralement pas réalisables à partir des données générées par les prestataires.

Les enquêtes sur les ménages servent normalement à mesurer la consommation d'un ménage. Or, la consommation totale agrégée d'un ménage ne constitue pas en elle-même une mesure fiable du bien-être relatif des membres du ménage, puisque cela dépend également du nombre de personnes entre lesquelles cette consommation est répartie. Cela fait ressortir le besoin d'ajuster la consommation du ménage à la taille du ménage. Plusieurs approches sont proposées dans la littérature à cet effet : la première consiste simplement à retenir la valeur de la consommation par habitant, que l'on obtient en divisant la consommation totale du ménage par la taille du ménage. La faiblesse de cette méthode réside dans le fait qu'elle ne prend ni en compte les différents besoins en consommation des adultes et des enfants, ni les éventuelles économies d'échelle que les ménages peuvent réaliser en

mettant en commun la consommation du ménage. Pour y remédier, les économistes proposent une équivalence d'échelles pour ajuster la consommation des ménages en prenant en compte la taille réelle et la composition par âge du ménage. Il n'existe pas d'équivalence d'échelle standardisée qui soit communément utilisée par les différentes organisations ou dans la littérature. Quelques équivalences d'échelles sont également propres aux pays individuels et chacun doit faire l'objet d'une estimation séparée. Les lignes directrices récemment publiées par la Banque mondiale (O'Donnell *et al.* 2008) apportent une argumentation plus détaillée sur les différentes méthodes de calcul des statistiques qui peuvent être utilisées, ainsi que sur les questions qu'elles soulèvent.

La première option préconisée pour la classification de la situation socio-économique par personne est donc la consommation, suivie par les dépenses, le revenu et finalement, l'indice de richesse. Toutefois, compte tenu des difficultés à estimer les données individuelles de la consommation, des dépenses et du revenu, un groupement par ménage s'impose comme méthode alternative.

Région géographique

L'OMS a produit des lignes directrices détaillées pour l'estimation de la répartition des dépenses par région géographique (OMS 2008b). Dans la pratique, la classification des régions doit se faire séparément pour chaque pays, tenant compte à la fois des besoins politiques et de la disponibilité et la faisabilité des données. Par conséquent, aucune classification standardisée des régions n'est envisageable.

Cependant, deux questions importantes sont à noter à cet égard. La première concerne la base sur laquelle une dépense doit être attribuée à un individu. Deux options s'offrent à nous : premièrement d'attribuer les dépenses aux régions en fonction du lieu où le service médical est rendu, et deuxièmement, d'attribuer les dépenses à la région de résidence du bénéficiaire. La seconde option est préconisée par ces lignes directrices pour des raisons de cohérence avec les limites et principes généraux des comptes de la santé (les lignes directrices de l'OMS proposent plus de détails au sujet de la première option). Toutefois, dans la pratique, les sources de données utilisées pour ventiler les dépenses correspondent souvent au lieu où les dépenses sont effectuées, ce qui rend la deuxième option irréalisable. Dans de tels cas, il convient de faire un compromis, et d'opter pour une approche pragmatique.

La deuxième question porte sur le traitement des dépenses de services de santé collectifs, services souvent ignorés par la plupart des études. Il est préférable que toutes les études de ce genre fassent une analyse totale de telles dépenses (HC.6-HC.7), en les répartissant de manière égale entre les populations géographiques pertinentes.

Le chapitre 10 du SCS 2011 donne plus de contexte sur les usages politiques et analytiques, les indicateurs et les approches méthodologiques.

CHAPITRE 11. FORMATION DE CAPITAL DANS LES SYSTEMES DE SANTE

Introduction

Le fait de savoir combien un système de santé investit dans les infrastructures, les machines et l'équipement constitue un élément très important pour l'élaboration de politiques et l'analyse. Bien que les systèmes de santé restent un secteur à très forte intensité de main-d'œuvre, le capital y a été de plus en plus important en tant que facteur de production des services de santé au cours des dernières décennies. Ce chapitre donne la définition des agrégats de capitaux dans les systèmes de santé, détermine leurs délimitations et les critères d'évaluation. SCS 2011 Chapitre 11 donne l'exemple d'un compte de capital pour le SCS. La recherche et le développement en matière de santé de même que l'éducation et la formation du personnel de santé sont inclus en tant que postes pour mémoire du compte de capital.

Définition de formation brute de capital dans le SCS

L'agrégat de la « formation brute »^{xvii} de capital se mesure par la somme de trois éléments:

- La formation brute de capital fixe (par exemple les bâtiments hospitaliers ou les ambulances);
- Les variations des stocks (les vaccinations conservées en stock); et
- Les acquisitions moins les cessions des objets de valeur (par exemple les objets d'art).

La formation brute de capital fixe est généralement l'élément le plus important et se définit comme suit:

Formation brute de capital fixe

La formation brute de capital fixe dans le système de soins de santé est mesurée par la valeur totale des actifs fixes que les prestataires de santé ont acquis au cours de la période comptable (moins la valeur des cessions d'actifs) et qui sont utilisés de façon répétée ou continue pendant plus d'un an dans la production de services de santé.

Les actifs sont définis comme «une réserve de valeur», ou un moyen de reporter la valeur d'un exercice à l'autre. En détenant ou en utilisant les actifs, le propriétaire peut accumuler des avantages. Les actifs fixes ont vu le jour en tant que fruits d'un processus de production. Les Actifs sont considérés comme «fixes» seulement s'ils peuvent être utilisés de façon répétée ou continue pendant plus d'un an dans la production. Les biens qui ne peuvent être utilisés qu'une seule fois (par exemple le charbon), même s'ils sont physiquement très durables, ne sont pas considérés comme des actifs fixes. Au nombre des actifs fixes du secteur de la santé figurent les bâtiments hospitaliers, les ambulances et les appareils d'imagerie médicale.

Les prestataires de soins de santé, tels que définis dans le chapitre 6, peuvent acquérir des actifs fixes par achat ou troc ou sous forme de transferts en nature. De façon symétrique, les prestataires de santé peuvent disposer des biens en les vendant, en les cédant sous forme de troc ou de transferts en nature.

Notez qu'il est possible que la formation brute de capital fixe soit négative. Ce serait le cas si la valeur des actifs cédés dépassait la valeur de ceux acquis.

Délimitations

Propriété

Par principe, la formation brute de capital n'est enregistrée dans les comptes de la santé que si les actifs sont la propriété légale des prestataires de soins de santé. Seuls les actifs détenus légalement par les prestataires de soins de santé sont inclus dans la formation de capital.

Le SCS enregistre la valeur des actifs acquis et cédés, par tous les prestataires de soins de santé à l'exception des prestataires de soins de santé classés sous « reste du monde ». L'exclusion du « reste du monde » permet d'éviter l'enregistrement des mêmes actifs dans deux pays. Une attention particulière doit être accordée aux actifs acquis par les prestataires de soins de santé dont l'activité principale n'est pas la fourniture de services de santé. Les actifs utilisés de façon répétée ou continue pour la fourniture de services de santé doivent être inclus indépendamment du fait que la fourniture de services de santé soit l'activité principale du propriétaire. Les actifs détenus par les prestataires de soins non sanitaires ne sont pas comptabilisés dans le SCS.

Période d'enregistrement

Les acquisitions et cessions d'actifs fixes sont enregistrées lorsque la propriété est transférée au prestataire de soins de santé qui a l'intention de les utiliser dans la production (dans le cas des acquisitions) ou par le prestataire de soins de santé qui les a déjà utilisés dans la production (dans le cas des cessions). En général, cette période ne correspond pas à celle au cours de laquelle les actifs fixes sont produits. Elle ne correspond pas non plus forcément à la période au cours de laquelle les actifs sont mis en service dans la production de biens ou services de santé.

Exceptions

Des exceptions aux principes de propriété et de changement de la propriété juridique sont possibles dans le cas du crédit bail ou lorsque la construction des actifs fixes s'étend sur une longue période de temps, comme c'est souvent le cas pour les bâtiments hospitaliers (généralement plusieurs années).

Encadré 11.1. Terminologie

Consommation de capital fixe (CCF)

Les biens d'équipement perdent progressivement leur valeur au fur et à mesure que le temps passe. Cette perte peut être le résultat de l'utilisation physique ou de l'obsolescence. Prenons l'exemple d'un ordinateur personnel acheté à un moment donné à 1 000 Euros: trois ans plus tard, sa valeur marchande serait fortement réduite et après cinq ans, elle serait presque dérisoire. La perte de la valeur des biens d'équipement en raison de leur usure normale ou à l'obsolescence est appelée *consommation de capital fixe* ou *consommation de capital*. La consommation de capital est un coût *imputé* et non un coût réel. En d'autres termes il s'agit d'une dépense hors trésorerie. La consommation de capital est ajoutée à tous les autres coûts de production pour l'estimation indirecte de la valeur de la production non marchande. La mesure indirecte est une approximation nécessaire pour surmonter l'absence de prix économiquement importants pour le secteur non-marchand.

Différence entre formation de capital et consommation de capital fixe (CCF)

La formation de capital détermine la valeur des actifs acquis au cours de la période comptable (par exemple, les nouvelles ambulances acquises ou les nouveaux hôpitaux construits au cours de cette période), tandis que la consommation de capital fixe se réfère à la perte de valeur (en raison de l'usure normale ou de l'obsolescence) de tout le stock de capital existant (qui comprend non seulement les actifs nouvellement acquis, mais également tous ceux qui sont encore disponibles quel que soit le moment de leur acquisition initiale).

Différence entre la formation brute et nette de capital

Une mesure affinée de l'importance de la valeur qui a été ajoutée au stock de capital existant dans la période comptable doit prendre en compte la perte de valeur des biens de capital existants, valeur qui a été perdue en raison de l'utilisation ou de l'obsolescence. Une telle mesure affinée, appelée formation nette de

capital s'obtient en soustrayant la valeur de la consommation du capital de la formation brute de capital.

Investissement

Bien que la formation brute de capital constitue un investissement, tous les investissements ne peuvent être classés comme formation brute de capital. Par exemple, l'achat d'un produit financier est un investissement, même s'il n'est pas inclus dans la formation brute de capital

Evaluation

La valeur des différentes composantes de la formation brute de capital s'obtient par la somme des acquisitions moins les cessions. Les acquisitions comprennent toute la valeur des actifs fixes achetés, acquis par troc ou reçus sous forme de transferts de capital en nature, plus la valeur des actifs fixes produits par les prestataires de soins de santé et conservés pour leur propre usage (tels que les logiciels). Les cessions comprennent la valeur des actifs fixes existants, vendus ou cédés par troc ou transferts de capital en nature. La valeur des actifs fixes achetés ou produits par les prestataires de soins de santé et conservés pour leur propre usage comprennent les nouveaux actifs, les actifs existants, la valeur des aménagements apportées aux actifs et le coût des transferts de propriété relatifs à ces actifs. Les cessions comprennent les actifs que leur nouveaux propriétaires (par exemple, un hôpital vendu par la collectivité locale au gouvernement central) pourraient avoir cessé d'utiliser comme actifs fixes, les actifs qui sont mis au rebut ou démolis par leurs nouveaux propriétaires (par exemple les ambulances obsolètes) et les actifs qui sont exportés.

Les actifs acquis (ou les aménagements réalisées) sont évalués aux prix d'acquisition qui comprennent tous les frais de transport et d'installation ainsi que tous les coûts du transfert de propriété

Type d'actif

Une liste de catégories d'actifs dont la valeur doit être incluse dans l'agrégat de la formation brute de capital figure au tableau 11.1. La classification des types d'actifs est destinée à être utilisée principalement pour l'identification des biens d'équipement et de services à déclarer.

Tableau 11.1. Classification de la formation brute de capital fixe dans les systèmes de santé par type d'actif

HK.1.1.1 Infrastructure
HK.1.1.1.1 Bâtiments résidentiels et non résidentiels
HK.1.1.1.2 Autres ouvrages
HK.1.1.2 Machines et équipements
HK.1.1.2.1 Equipements médicaux
HK.1.1.2.2 Matériel de transport
HK.1.1.2.3 Equipements TIC
HK.1.1.2.4 Machines et équipements n.c.a
HK.1.1.3 Produits de la propriété intellectuelle
HK.1.1.3.1 Logiciels et bases de données informatiques
HK.1.1.3.2 Produits de la propriété intellectuelle n.c.a

Source: EICS pour le SCS 2011.

HK.1.1.1 Infrastructure

Dans le système de soins de santé, l'infrastructure comprend deux composantes: « bâtiments résidentiels et non résidentiels » et « autres ouvrages ».

HK.1.1.1.1 Bâtiments résidentiels et non résidentiels

Les bâtiments résidentiels et non résidentiels acquis (moins ceux cédés) par les prestataires de soins de santé sont inclus dans cette catégorie. Les exemples incluent les maisons médicalisées et autres établissements de soins avec hébergement, les cadres hospitaliers, les établissements ambulatoires, etc. les bâtiments résidentiels et non résidentiels sont inclus dans les sous-classes

« bâtiments d'habitation collective », les « bâtiments commerciaux » et « Autres bâtiments non résidentiels ».

HK.1.1.1.2 Autres ouvrages

Les autres ouvrages comprennent les ouvrages autres que les bâtiments acquis (moins ceux cédés) par les prestataires de soins de santé, par exemple, les installations d'atterrissage d'urgence pour hélicoptères, les hangars d'aéronefs, etc. lorsque ceux-ci ne sont pas incorporés dans le bâtiment.

HK.1.1.2 Machines et équipements

La catégorie « Machines et équipements » comprend l'équipement médical, les équipements de transport, les équipements d'information, de communication et des télécommunications (TIC), et autres machines et équipements non classés ailleurs. Comme expliqué plus haut, les machines et les équipements loués sont enregistrés au titre de la formation de capital des prestataires de santé dans le cas de baux financiers uniquement (c'est-à-dire que le prestataire finira par devenir propriétaire de l'actif). En revanche, les actifs utilisés par les prestataires de soins de santé sous contrat de location-achat ne sont pas enregistrés au titre de la formation de capital de l'utilisateur, étant donné que la propriété des actifs constitue le principe directeur pour l'inclusion ou l'exclusion des actifs. Les outils relativement peu coûteux et achetés à un taux relativement stable, tels que les outils à main, sont considérés comme des consommations intermédiaires et sont donc exclus de la formation de capital. Les machines et équipements faisant partie intégrante du bâtiment en sont également exclus.

HK.1.1.2.1 Equipements médicaux

Les équipements médicaux comprennent les actifs utilisés pour le diagnostic, la surveillance ou le traitement des états pathologiques. Au titre des exemples figurent les équipements de diagnostic (par exemple appareils d'échographie et d'IRM, scanners TEP et de TDM et machines de radiographie), le matériel thérapeutique (par exemple pompes à perfusion, lasers médicaux et machines de chirurgie LASIK), l'équipement de survie (par exemple ventilateurs médicaux, machines cœur-poumons, machines pour l'ECMO et la dialyse), les moniteurs médicaux (par exemple, ECG, EEG pression sanguine), ou les robots miniatures utilisés pour effectuer des interventions chirurgicales complexes, le matériel de laboratoire (appareils de test sanguin) et les lits d'hôpital peuvent également figurer dans cette catégorie.

HK.1.1.2.2 Matériel de transport

Le matériel de transport comprend les équipements pour déplacer les patients, les organes et le personnel de santé. Au nombre des exemples figurent les véhicules terrestres (ambulances, véhicules de transport des patients, voitures de transport des patients, voitures d'intervention rapide et voitures utilisées par le personnel de santé dans le cadre des programmes de vaccination) et les ambulances aériennes (à voiture fixe ou à voiture tournante). Dans quelques cas particuliers les ambulances maritimes (bateau) ou les motocycles et bicyclettes spéciales d'intervention rapide des zones urbaines pourraient également être incluses. Les dispensaires mobiles sont également inclus dans cette catégorie.

HK.1.1.2.3 Equipements TIC

Les équipements d'information, d'informatique et de télécommunications (TIC) comprennent les dispositifs utilisant des commandes électroniques ainsi que les composants électroniques intégrés dans ces dispositifs. Dans le système de la santé, les dispositifs TIC peuvent être utilisés pour fournir des services de santé là où la distance constitue un facteur essentiel, par exemple lorsque les professionnels de la santé échangent des informations pour le diagnostic, le traitement et la prévention de maladies et de blessures, pour la recherche et l'évaluation, ainsi que pour la formation continue des prestataires de soins de santé. En outre, les dispositifs TIC peuvent être utilisés dans l'administration des prestataires de santé.

HK.1.1.2.4 Machines et équipements non classés ailleurs

Autres machines et équipements non classés ailleurs incluent, par exemple le matériel de cuisine utilisé dans les hôpitaux pour la préparation des repas des patients et le personnel ou la télévision en circuit fermé (TDC) utilisé pour la sécurité des établissements de soins de santé.

HK.1.1.3 Produits de la propriété intellectuelle

Les produits de la propriété intellectuelle sont le résultat de recherches, de développements, d'enquêtes ou d'innovations aboutissant à des connaissances que les promoteurs peuvent commercialiser ou utiliser à leur profit dans la production étant donné que l'utilisation des connaissances est limitée par des protections juridiques ou autres.

Les prestataires de soins de santé pourraient produire des produits de la propriété intellectuelle pour leur propre compte. Les produits de la propriété intellectuelle sont entre autres les logiciels et bases de données informatiques et les résultats de la recherche et développement.

HK.1.1.3.1 Logiciels et bases de données informatiques

Les logiciels informatiques comprennent les programmes informatiques, les descriptions de programmes et les documents accompagnant les systèmes et logiciels d'applications. Les bases de données comprennent les fichiers de données organisés de sorte à permettre un accès et une utilisation efficaces des données.

En raison de la nature spécifique de la recherche et développement et aux difficultés méthodologiques liées à l'estimation de cet élément spécifique, le SCS 2011 ne considère pas les dépenses de R&D comme un investissement et cet élément n'est donc pas inclus dans la formation du capital de la santé. La R&D en santé doit être enregistrée séparément en tant que poste pour mémoire. Cette mesure tranche avec le SCN 2008.

Compte de capital

Outre les informations sur le montant dépensé pour l'acquisition des immobilisations de la santé, il peut être utile pour les décideurs et les acteurs de savoir quels mécanismes de financement ont été utilisés pour couvrir les frais du capital. Ces informations peuvent être enregistrées dans le compte de capital (SCS 2011 Le Tableau 11.2), qui consigne les transactions pour l'acquisition et l'aliénation des actifs non financiers et indique le changement de la valeur nette en raison de l'épargne et des transferts de capitaux en tant qu'élément de contrepartie.

Dans le SCS 2011, les dépenses de «recherche et développement en matière de santé» et d'«Education et formation du personnel de la santé» sont considérées comme des investissements et sont enregistrées en tant que postes pour mémoire supplémentaires du compte de capital.

Le Chapitre 11 du manuel SCS 2011 donne plus d'explications et de conseils méthodologiques sur l'estimation des dépenses de nature capital dans les systèmes de santé, aussi que sur la création d'un compte de capital.

CHAPITRE 12. LE COMMERCE INTERNATIONAL DANS LES SOINS DE SANTE

Introduction

SCS 2011 met l'accent sur la consommation finale des biens et services de santé par la population *résidente*, indépendamment du lieu où cette consommation a lieu. Cela signifie l'inclusion explicite des importations et l'exclusion des exportations pour la détermination correcte de la dépense totale de santé.

Les tableaux 7.1 et 7.2 sont des tableaux supplémentaires pour rendre compte du commerce international des biens et services de soins de santé dans le cadre de SCS

Tableau 12.1: Dépenses d'importations de soins de santé selon la fonction et le régime de financement

Régimes de financement		HF.1	HF.1.1	HF.1.2	HF.1.3	HF.2	HF.3	HF.4	
<i>Million en monnaie locale</i>		Régimes de l'administration publique et régimes de financement de soins de santé contributifs et obligatoires	Régimes de l'administration publique	Régimes d'assurance maladie contributifs et obligatoires	Comptes d'Épargne Santé Obligatoires (CESO)	Régimes de paiement volontaire de soins de santé	Paiement direct des ménages	Régimes de financement du reste du monde (non résidents)	TOTAL
Fonctions									
HC.M.1-4	Soins (santé) curatifs/de réadaptation/de longue durée et services auxiliaires								
	<i>dont :</i>								
	HC.M.1.1/2.1/3.1 Soins hospitaliers								
	HC.M.1.3/2.3/3.3 Soins ambulatoires								
	<i>dont:</i>								
	HC.M.1.3.2 Soins dentaires								
HC.M.5	Biens médicaux (non spécifié par fonction)								
HC.M.6	Soins préventifs								
HC.M.7	Gouvernance, gestion et administration du système de santé								
HC.M.9	Autres services de soins de santé non classés ailleurs (n.c.a.)								
	TOTAL								
Rubriques pour mémoire :									
HC.RI.M.2	Medicine Traditionnelle, Complémentaire et Alternative (MTCA)								

Source: EICS pour le SCS 2011.

Tableau 12.2: Dépenses d'exportations de soins de santé selon la fonction et le prestataire

Prestataires		HP.1	HP.2	HP.3	HP.4	HP.5	HP.6	HP.7	HP.8	
<i>Million en monnaie locale</i>		Hôpitaux	Etablissements résidentiels de soins de longue durée	Prestataires de soins de santé ambulatoires	Prestataires de services auxiliaires	Détaillants et autres fournisseurs de biens médicaux	Prestataires de soins préventifs	Prestataires de services administratifs et financier du système de santé	Reste de l'économie	TOTAL
Fonctions										
HC.X.1-4	Soins (santé) curatifs/de réadaptation/de longue durée et services auxiliaires									
	<i>dont :</i>									
HC.X.1.1/2.1/3.1	Soins hospitaliers									
HC.X.1.3/2.3/3.3	Soins ambulatoires									
	<i>dont:</i>									
HC.X.1.3.2	Soins dentaires									
HC.X.5	Biens médicaux (non spécifié par fonction)									
HC.X.6	Soins préventifs									
HC.X.7	Gouvernance, gestion et administration du système de santé									
HC.X.9	Autres services de soins de santé non classés ailleurs (n.c.a.)									
	TOTAL									
Rubriques pour mémoire :										
HC.RI.X2	Medicine Traditionnelle, Complémentaire et Alternative (MTCA)									

Source: EICS pour le SCS 2011.

Le Chapitre 12 du manuel SCS 2011 examine plus profondément le commerce international relatif aux dépenses de santé. Il donne des lignes directrices pour déclarer les importations et exportations dans les tableaux SCS aussi que des idées pour trouver des sources de données.

CHAPITRE 13. MESURES DES PRIX ET VOLUME

Introduction

L'optimisation des ressources est un souci commun aux décideurs politiques et aux consommateurs. Ce chapitre traite de la question difficile de la mesure des prix et volumes des soins de santé et examine les développements dans ce domaine.

Les soins de santé posent des difficultés conceptuelles fondamentales à la mesure des prix et de volume communes aux autres secteurs des services, par exemple, le secteur des communications, de l'informatique et des services d'information. Certaines de ces difficultés sont partiellement dues aux problèmes fondamentaux bien connus de mesure dans le secteur des services, telle que la définition de la production, le choix approprié de l'unité de mesure, et le suivi des changements de qualité.

Le Manuel du SCS se focalise sur la consommation finale des biens et services de santé, avec une évaluation au prix acheteurs. L'agrégat « dépense courante de santé » combine en un seul chiffre la valeur monétaire de la consommation finale de tous les biens et services de santé par les résidents d'un pays donné sur une période donnée.

Un indicateur clé qui intéresse les acteurs, c'est l'augmentation de la valeur des dépenses de santé dans le temps. Ce changement de l'agrégat monétaire observé peut se distinguer en deux parties : la part de l'augmentation provenant d'un changement dans le volume et la part qui est due à un changement de prix.

Le volume est associé aux quantités. Dans une série chronologique, l'indice de volume récapitule les changements proportionnés des quantités d'un ensemble précis de biens ou services entre deux périodes successives. La comparaison des quantités dans le temps fini doit se faire pour des rubriques homogènes, et les changements de quantité qui s'en suit pour différents biens et services doivent être pondérés par leur importance économique, telle que mesurés par leurs valeurs relatives dans l'une ou l'autre, période où les deux. Pour cette raison, le volume est le terme le plus correct et le plus approprié pour les comparaisons dans le temps que quantité (SCN 2008, 15.13). De même, pour des comparaisons entre pays, des écarts de des niveaux des prix entre les pays sont supprimés des valeurs des dépenses pour la comparaison entre les volumes des pays concernés.

Le Chapitre 13 du manuel SCS 2011 donne une vue globale des travaux méthodologiques et développements dans le domaine de mesures des prix et volumes dans le cadre SCS, les comparaisons de prix dans le temps, différents indices de prix, les situations marchandes et non marchandes, classifications utiles de produits pour les mesures de prix, les comparaisons de prix entre pays, les méthodes qui focalisent sur les industries de prestataires, les changement de qualité dans les services, les parités de pouvoir d'achat (PPA) et le programme de comparaison international (ICP) de la Banque mondiale.

CHAPITRE 14. COMPTABILITE DE BASE ET DIRECTIVES DE COMPILATION

Introduction

Le système des comptes de la santé fournit des outils descriptifs et de synthèse des dépenses de santé en vue de faciliter l'analyse des paramètres de consommation, de prestation des soins et de financement des biens et des services des soins de santé sur une période de temps et entre les pays. Ce chapitre propose une série de directives de comptabilité fondamentale du SCS et fournit des informations initiales utiles au processus de compilation, ainsi que quelques conseils des bonnes pratiques relatifs aux difficultés de la sélection des variables à mesurer.

Les directives pratiques sur le processus de compilation présentées ici sont une énumération sommaire des principales étapes dans le développement des comptes de la santé, telles que la compréhension du système national de la santé, l'élaboration d'un inventaire des sources de données, l'identification des lacunes dans les données, la création d'une base de données des comptes de la santé et enfin le remplissage des tableaux et la présentation des données. Il propose des techniques comme les calculs des contributions proportionnelles.

Critères de comptabilité fondamentale

Exhaustivité de la couverture

Le SCS vise à comptabiliser l'ensemble des transactions du système de la santé déterminées par la délimitation fonctionnelle exposée aux chapitres 4 et 5, y compris la consommation des services de santé par la population résidente, quel que soit le lieu où la dépense est effectuée ou qui la finance. Cela signifie qu'il ne se borne pas aux programmes de santé financés ou gérés par l'administration publique, mais inclut des transactions privées, comme des versements directs des ménages ou des paiements à travers une assurance tierce. En principe, il tient compte des transactions formelles et informelles, à condition qu'elles soient conformes aux critères de santé exposés au chapitre 4. La nature triangulaire du cadre de comptabilité fondamentale du SCS requiert que l'agrégat de ces transactions fonctionnelles soit à la fois égale au coût des biens et des services fournis, et au coût du financement total des régimes de financement. En dehors de ce principe, les sommes peuvent varier.

Cohérence et comparabilité des données

Par sa référence aux délimitations et classifications communes des soins de santé, le SCS permet une communication cohérente des estimations des dépenses de santé au fil du temps. La cohérence interne des règles de comptabilité du SCS, ainsi que la cohérence entre ses différents composants sont importantes pour la vérification par recoupement et validation des estimations selon les différents paramètres de santé qu'elles représentent.

La délimitation et les catégories des systèmes de santé communément utilisées dans le SCS, peuvent se distinguer à quelques égards de celles utilisées dans les comptes de santé nationaux qui répondent avant tout aux besoins nationaux d'un pays donné.

Compatibilité internationale

Grâce à ses tableaux des dépenses, le cadre de comptabilité SCS basé sur la consommation est conçu pour être méthodologiquement compatible avec les grandes lignes du SCN. Cette compatibilité méthodologique avec le SCN permet de calculer un certain nombre de ratios des dépenses obtenus d'une comparaison entre les agrégats des dépenses de santé et les agrégats appropriés de l'économie dans son ensemble afin de faciliter les comparaisons internationales. Le chapitre 15 fournit quelques exemples de ces ratios.

Opportunité et exactitude

Les comptes de la santé doivent prendre en considération deux autres critères de qualité lors de la mise au point des comptes. Les critères d'opportunité et d'exactitude sont essentiels bien que

contradictoires. Il convient de respecter un seuil minimum de détails et d'exactitude pour la communication régulière des rapports, tout en veillant à ce que cette communication soit suffisamment opportune pour satisfaire aux besoins des utilisateurs de recevoir les informations à temps pour éventuellement leur permettre d'ajuster leur budget ou politiques, par exemple.

Pertinence

Les données des dépenses de santé produites par le SCS se doivent de répondre aux défis et aux enjeux actuels en matière de politiques de santé, notamment lorsque interviennent des changements réguliers dans les politiques publiques des soins de santé. Dans le passé, par exemple, il était impossible de faire le suivi des conséquences économiques des réformes de santé en raison de l'incapacité des systèmes de communication des données d'établir la différence entre les changements dans la couverture et le mode de financement et les changements réels. Le cadre de données doit permettre suffisamment de flexibilité pour s'adapter aux besoins d'analyse du moment aussi bien que futurs.

Introduction succincte aux processus de compilation du SCS

Cette section propose un panorama sommaire des principales étapes à suivre lors de la mise au point des comptes du SCS. Elle s'inspire largement des directives du SCS de l'UE (et le *Guide des producteurs*), avec une mise à jour du SCS 2012. Cela peut s'avérer utile pour les pays qui n'ont pas encore développé des comptes de santé nationaux (CSN) et plus globalement pour les lecteurs qui voudraient s'initier à la comptabilité de santé. Il est également nécessaire de développer des directives pour la transition du SCS 1 vers le SCS 2011 à l'adresse des pays qui disposent déjà des CSN basés sur le SCS. De telles directives doivent faire l'objet d'une mise au point séparée.

Avant d'entamer quelconque travail de comptabilité de la santé, il faut au préalable œuvrer à obtenir un mandat, mettre en place un projet, associer les institutions principales, financer le projet et recruter du personnel et enfin développer un plan assorti d'un calendrier. D'une perspective d'optimisation des coûts, la planification d'une production régulière des comptes de santé, soit annuellement ou tous les deux ans, comporte de multiples avantages. Cette approche permet, en son temps, d'esquisser certaines tendances dans les données aussi bien que de tirer des instantanés de la situation du système de la santé, ou encore de répartir les coûts initialement engagés pour effectuer l'exercice. En règle générale, une approche par étapes est recommandée pour l'ensemble du processus. Suivent ci-dessous une description de quelques jalons du processus :

Etape I. Comprendre le système national des soins de santé en question

Avant de commencer la saisie des données et d'examiner les méthodes de calcul, il convient de prendre le temps pour connaître le fonctionnement du système national de santé. Cette étape comprend la préparation d'une liste des régimes de financement et des parties prenantes institutionnelles (entreprises, unités gouvernementales, ISBLSM, ménages, reste du monde), avec les rôles respectifs qu'elles jouent dans l'attribution des ressources financières (collecte, mutualisation et achats), ainsi qu'une liste des prestataires des soins de santé. La préparation d'un graphique des flux de transactions financières peut être utile, notamment si l'on peut en identifier les unités responsables.

Etape II. Etablir les délimitations des CNS et expliquer les éventuels écarts entre les délimitations nationales du système des soins de santé et les délimitations du SCS

La définition et les délimitations des soins de santé du SCS sont susceptibles de s'écarter à des degrés divers des définitions et des délimitations des soins de santé en vigueur dans les systèmes nationaux de comptabilité de santé pour des raisons telles que l'existence de différences dans les dispositifs institutionnels, les systèmes de paiement et les traditions particulières aux pays. Il est donc important d'identifier les points de divergence entre les deux systèmes. A titre d'exemple, pour les pays qui basent leurs estimations des dépenses de santé sur les comptes nationaux, le principal écart de délimitation concernera le fait que la *production* nationale sera incluse dans les délimitations des comptes nationaux, tandis que le SCS situe toute *consommation* dans les délimitations.

Dans les pays où la majorité des dépenses de santé sont financées par l'administration publique, à travers l'Etat (principalement à partir des recettes fiscales) ou des fonds de sécurité sociale, selon les pays, le premier point de contact pour une définition officielle de ce qui relève du domaine de la santé est sans doute le Ministère de sa santé ou les autorités des fonds de sécurité social.

Etape III. Vérifier et évaluer les sources des données

Il est essentiel d'identifier et de cataloguer les sources de données disponibles en fonction de leurs caractéristiques principales, et d'en évaluer la qualité en vue d'obtenir des renseignements relatifs à leur utilité. Cette étape devrait également servir à dresser une liste exhaustive des acteurs dans le système des soins de santé identifiés lors de l'étape précédente. Ces différents acteurs et institutions de santé pourront disposer des rapports ou des dossiers utiles. En cas d'existence d'une semblance de système national des comptes, ces sources de données pourraient servir de point de départ bien que ne représentant pas la même étendue ou structure que celles du SCS.

Descendant ou ascendant ?

Une approche *descendante* est employée lorsque la plupart des données des comptes de santé proviennent directement des systèmes de classification et d'enregistrement des agrégats des dépenses de santé existants. Cela demande un recours à un système extensif de substitution et d'estimation pour ventiler les agrégats. La technique permettant de faire des estimations proportionnelles est exposée dans la section traitant des questions des variables à mesurer. Un exemple de l'usage des estimations agrégées est lorsque les comptables de santé procèdent à un transfert direct des données à partir des comptes nationaux.

Une approche *ascendante* est employée lorsque la plupart des données des comptes de santé proviennent des données détaillées d'un certain nombre de sources comme les rapports internes de l'assurance maladie faisant état de la portée et des valeurs des services contractés auprès des prestataires des soins de santé, les rapports sur les activités spécifiques du Ministère de la santé ou l'ISBLSM qui ont rapport à l'information financière et aux données budgétaires. Les données agrégées peuvent toujours être utilisées et être rapprochées au système.

Ce manuel expose les avantages d'une approche *ascendante* au cours de laquelle plusieurs sources d'information, de nature monétaire et non monétaire, peuvent être utilisées et combinées soit directement ou soit à l'aide des clés d'attribution pour les besoins de la compilation des données. Le comptable de santé doit dans la mesure du possible avoir recours aux sources détaillées. Cet exercice doit néanmoins être complété par des méthodes de classement descendantes employées une fois les agrégats des dépenses de santé estimés, par exemple, lorsque, les dépenses hospitalières sont classées selon les différentes fonctions (cf. l'estimation proportionnelle).

Identifier les séries de données essentielles

Lors de la compilation de l'inventaire, les points suivants doivent être déterminés pour chaque source : l'objectif initial, le contenu principal, les informations fournies et les réponses qu'elle propose. Il est également utile de procéder à une évaluation de base de la qualité des données, notamment pour déterminer leur impartialité, exactitude et opportunité. Ce processus permettra d'obtenir des métadonnées (informations sur les données) très utiles pour la compilation et l'analyse du SCS. Il est très important de démontrer le rapport entre une base de données particulière et les classifications fondamentales du SCS 2011. Les postes suivants peuvent être utiles pour la description des données : nom de la source des données ; institution ; type de source des données ; méthode de saisie ; disponibilité des données ; concept des unités de mesure ; interruptions dans le temps ; couverture des acteurs de santé et la configuration des données.

Les compilateurs des comptes de santé doivent gérer les sources de données multiples présentées selon les perspectives du prestataire ou des institutions financières, demandant par conséquent une harmonisation permanente. Ils utilisent aussi des sources de données de base et des données agrégées. Cependant, les deux approches adoptées par les compilateurs des comptes de santé sont généralement :

- Approche financière : les compilateurs des comptes de santé qui adoptent cette approche se servent principalement des données produites selon la perspective des institutions financières. Les données principales sont des informations financières concernant les dépenses effectuées par chaque régime de financement. Ces données sont ensuite rapprochées aux sources des données sur les prestataires des soins si celles-ci sont disponibles.
- Approche prestataire : les compilateurs des comptes de santé qui adoptent cette approche ont principalement recours aux données produites par les prestataires des soins de santé. Les données principales comprennent les informations financières comme les recettes des prestataires, mais également les données sur les intrants utilisés par ces prestataires (principalement le coût du personnel et la consommation intermédiaire) et sur leurs résultats (activités et prix/coûts). Ces données sont ensuite rapprochées aux données financières si celles-ci sont disponibles.

En règle générale, une fois les informations sur les données rassemblées, notamment celles de la disponibilité, la qualité et l'opportunité des données, une décision doit être prise sur la source principale à utiliser pour obtenir les séries de données de base – soit la base de données des institutions financières ou celle des prestataires. Il se peut également que des bases de données différentes soient identifiées en tant que séries de données principales pour des fonctions différentes (telles que les produits pharmaceutiques et les soins hospitaliers). Cela dit, toutes les séries de données doivent être incluses pour obtenir une série complète des comptes principaux.

Si les bases de données des régimes de financement (ou agents) constituent la source principale des séries de données, la première étape consiste à effectuer une analyse qualitative. Cet exercice doit permettre de distinguer entre les différents types de transactions de l'Etat : les transferts des ressources de l'Etat vers les régimes de financement ou les régimes gouvernementaux et les dépenses effectuées par les régimes gouvernementaux. Il est également important de vérifier si un agent de financement (tel qu'une agence d'assurance sociale ou une compagnie d'assurance) est responsable de plus d'un régime de financement. Dans un tel cas, les dépenses effectuées par les différents régimes financiers doivent être saisies séparément, comme c'est notamment le cas pour les coûts administratifs. Il conviendrait de s'assurer que toutes les dépenses encourues pour les fonctions des soins de santé par les régimes de financement soient prises en compte, ainsi que toute autre transaction (par exemple les transferts de l'Etat à destination des régimes de financement facultatifs) soient exclues. Les informations provenant des bases de données des institutions financières seront ensuite rapprochées aux informations des fonctions et des prestataires, par exemple, mais le chiffre de référence utilisé pour les dépenses courantes de santé sera celui qui est basé sur les dépenses globales des soins de santé effectuées par les régimes de financement.

Si l'approche adoptée et celle des bases de données des prestataires de soins, ces données présentent leurs revenus. L'exhaustivité est encore une fois de mise, car le chiffre de référence pour les dépenses courantes de santé représentera la somme des revenus générés par les prestataires pour les prestations des biens et services de santé fournies à la population résidente.

En principe, l'estimation des dépenses en santé et des sous-agrégats doit adopter les deux approches et puis seront comparées.

Les agences de l'Etat ont plusieurs rôles à jouer dans le SCS – en tant que source de revenu pour les régimes de financement, agence de financement et prestataire des soins de santé – et même les agences qui à première vue ne s'occupent pas directement de la santé peuvent constituer des sources de données importantes. Les Ministères de la santé, les agences des systèmes de santé, les Ministères des finances, les agences nationales des statistiques (source importante de données), les Ministères des services sociaux, les agences de sécurité sociale, les banques centrales, les départements des gouvernements régionaux et locaux, les régulateurs financiers et les registres des entreprises sont tous des éventuelles sources de données. Toujours reste-il le problème d'accès à ces agences. Par

conséquent, ces sources doivent être complétées par d'autres sources, en l'occurrence les compagnies d'assurance maladie, des associations commerciales, des informations sur le marché commercial et des données des comptes ISBLSM.

Etape IV. Création d'une base de données des comptes de santé

Après avoir fait l'inventaire des sources de données et une liste initiale des acteurs institutionnels des systèmes de santé et des régimes financiers a été dressée, les données peuvent être compilées et saisies dans une base de données ou des tableurs. Bien que la structure finale de la base de données soit importante, une structure simple basée sur les prestataires et les fonctions et qui permet de saisir des métadonnées peut être suffisante au début.

Le processus peut comprendre les étapes suivantes :

- Décider de la structure de la base de données et des sources des données ;
- Décider des données à recueillir et saisir les données existantes dans la base de données ;
- Attribuer les codes de classification SCS à tous les postes de données ;
- Déceler les éventuels lacunes et vérifier les sources de données ; et
- Finalement, préparer les tableaux SCS.

Une approche itérative est recommandée afin d'améliorer les estimations initiales, de combler les lacunes de données et de rapprocher les données aux autres sources.

Quelles données sont à recueillir ? En principe, plus il y a de données, mieux cela est, mais les coûts pour accéder à ces données doivent être pris en considération, à la fois en termes de temps et de l'argent.

Etape V. Pré-calculs et remplissage des tableaux

Une fois que la base de données est déclarée aussi complète que possible et une itération et/ ou vérification finale a été effectuée, le processus débouche sur la classification croisée des dépenses courantes de santé, d'abord par fonction, prestataire de soins et régime de financement, et ensuite tout tableau jugé réalisable. Il est important de déterminer s'il faut préparer les tableaux de pré-calculs/ de travail. A titre d'exemple, il peut s'avérer utile dans un premier temps de préparer un tableau séparé HC x HF pour chaque régime de financement afin de rapprocher les sous-agrégats des bases de données des institutions financières aux bases de données des prestataires par régime de santé.

Finalement, il est important d'effectuer un audit de qualité du processus de compilation en termes de données, méthodes et manipulation des données avant d'approuver le travail pour publication. Les informations décrivant les méthodes d'obtention des chiffres utilisées doivent également être présentées à cette fin. La qualité relative des différents composants des tableaux doit notamment être mis en exergue et justifiée. Cela permet d'améliorer la qualité des données, puisque les responsables des sources de données comprendront comment leurs informations sont utilisées et ils tenteront par la suite d'en améliorer la qualité.

Etape VI. Préparation d'une documentation détaillée du travail des comptes de santé

Lors de la systématisation du travail des comptes de santé en vue d'une production régulière, il sera nécessaire d'enregistrer les sources de données détaillées, les méthodes de calcul, les procédures d'ajustement et d'estimation utilisés lors de la production du SCS. Ces informations peuvent ultérieurement faire l'objet d'une publication synthétisée destinée à faciliter la compréhension des utilisateurs.

Etape VII. Vérification de la qualité des résultats

Outre la vérification de la qualité déjà incorporée dans les différentes étapes de la production des comptes de la santé, les résultats définitifs doivent également faire l'objet d'une vérification spécifique. Ces vérifications comprendront notamment la confrontation des données obtenues des

sources multiples, la validation des points de données de l'année la plus récente avec les points de données correspondantes de l'année antérieure et la vérification de tout changement important et non anticipé.

Etape VIII. Présentation des résultats (tableaux des résultats, indicateurs clés, analyse pour des publics différents, etc.)

La dernière étape concerne la présentation des résultats et des indicateurs clés et les informations succinctes sur les données, telles que tout écart significatif des normes acceptées ou des informations concernant la couverture. La présentation peut également inclure quelques analyses particulièrement pertinentes ciblant un public donné. Le SCS 2011 chapitre 15 contient des informations supplémentaires sur cette étape, assorties d'exemples des tableaux et des indicateurs dont les comptables de santé peuvent se servir ou qu'ils peuvent adapter en fonction de leurs besoins.

Questions d'ordre général sur les variables à mesurer.

Cette section expose quelques questions générales à prendre en compte lors du captage des données. Celles-ci concernent notamment les paramètres de la fonction, du prestataire des soins et du financement du cadre de comptabilité du SCS, autres composants spécifiques au cadre, ainsi que la technique d'estimation proportionnelle. Finalement, la section traitera de l'estimation des dépenses de santé du secteur privé.

Calendrier

Ce manuel préconise la méthode de comptabilité d'exercice, selon laquelle les dépenses sont affectées pour la période pendant laquelle l'activité s'est déroulée, contrairement à la méthode de comptabilité de trésorerie où une dépense est enregistrée chaque fois qu'une transaction s'opère pour payer une activité. Cependant, la comptabilité de trésorerie a fait ses preuves dans certains pays ou dans certains composants du système de santé. Les comptables de santé disposent d'une variété de pratiques de comptabilité, certaines de trésorerie et d'autres d'exercice. Dans la mesure du possible la meilleure pratique est de convertir toutes les sources à la comptabilité d'exercice.

HC La classification par fonction

HC.1 et HC.2 Soins curatifs et rééducatifs

Afin de distinguer entre les fonctions des services médicaux (curatif, rééducatif et soins à long-terme), il est impératif de déterminer le type d'épisode de soin. Alors que les types de fonctions peuvent avoir des profils de coûts différents, en particulier dans les hôpitaux, le défi auquel beaucoup de pays font face est celui de distinguer entre les deux premiers services médicaux, à savoir les soins curatifs et rééducatifs. Cette difficulté est prise en compte dans les tableaux du SCS, de sorte que les dépenses de ces deux fonctions puissent être assimilées afin de constituer une seule unité déclarante.

Au sens large, les soins curatifs comprennent également une série d'activités hétérogènes, contrairement aux définitions plus étroites d'autres fonctions, qui constituent souvent des activités homogènes. Pour y remédier, certains pays ont procédé par une estimation résiduelle de la fonction, à savoir sous forme de dépenses totales de santé (ou de somme des services médicaux) moins les autres fonctions pertinentes.

Mode de provision et administration et frais d'hébergement.

A un niveau à deux chiffres les soins curatifs et rééducatifs (ainsi que les soins à long terme) se subdivisent en quatre types de mode de prestation de soins, à savoir les soins hospitaliers, les soins ambulatoires, les soins en hôpital de jour et les soins à domicile. Cette subdivision est importante pour l'élaboration des politiques de santé, et il est également utile d'avoir des données globales par mode de prestation d'un pays donné. Etant donné l'importance de ce sujet, des directives consacrées aux modes de production dans les hôpitaux ont été développées en parallèle.

Le concept de mode de provision résume un certain nombre de paramètres : i) selon que les soins sont administrés dans les locaux du prestataire ou non ; ii) selon que le patient est officiellement

admis pour des soins dans les locaux du prestataire ou non (ou officiellement autorisé à quitter l'hôpital) ; et iii) selon que le patient passe la nuit dans les locaux du prestataire ou non.

Afin d'éviter les répétitions, ces directives mettent l'accent sur les modes de prestation dans les hôpitaux. Or, il s'agit des principes généraux qui s'appliquent également à d'autres prestataires.

Quand les soins sont administrés au domicile du patient, il s'agit à l'évidence des soins à domicile. Les modes de production pour les soins administrés dans les locaux du prestataire sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 14.1. Allocation des soins institutionnels par mode de prestation

	Admission ou autorisation à quitter l'hôpital	Aucune admission officielle
Pas de nuitée	Soins hospitaliers de jour	Soins ambulatoires
Nuitée	Soins hospitaliers	Sans objet

Source: EICS pour le SCS 2011.

Soins hospitaliers

Pour les soins hospitaliers, les frais d'hébergement – la cuisine, le nettoyage, le logement, et aussi l'hébergement d'un parent du patient (si indispensable) – qui s'appliquent à une nuitée à l'hôpital doivent être pris en compte dans le coût des soins de santé dans le cas où l'objectif de l'admission est d'administrer des soins médicaux. Ce cas limite s'avère particulièrement épineux pour les prestataires mixtes, c'est-à-dire les établissements des soins résidentiels à long terme HP.2. Les soins hospitaliers s'effectuent normalement en milieu hospitalier, mais également dans les locaux d'autres prestataires, par exemple les soins résidentiels ou ambulatoires, les prisons et les hôpitaux militaires. Dans le SCS, le terme "soins hospitaliers" accepte un sens plus large que dans les systèmes des comptes nationaux (où ce terme peut se borner à des soins en milieu hospitalier).

Soins en hôpital du jour

Le séjour (admission officielle) dure normalement entre 3 et 8 heures et se déroule dans les institutions ou des unités spécialement dédiées à ce type de soins, par exemple dans le cas de la chirurgie non urgente.

Soins ambulatoires

Les soins ambulatoires sont par exemple administrés dans le cabinet du médecin, des centres de soins ambulatoires hospitaliers, etc. Les services de télésanté peuvent également en faire partie. De nouveau, le terme "soins ambulatoires" dans le SCS accepte un sens plus large que dans les systèmes des comptes nationaux.

Soins à domicile

Les soins à domicile excluent la consommation des biens médicaux vendus en pharmacie de la consommation privée des ménages. Quelques exemples de ce type de service sont les services obstétricaux, les dialyses, les services administrés par les infirmiers et professionnels de santé mobiles et les soins à longue durée (soins de santé ou les services sociaux).

HC.4 Services auxiliaires

HC.4 : Les services auxiliaires à la santé comprennent une gamme de services, principalement administrés par le personnel paramédical ou les techniciens médicaux, que ce soit sous la supervision directe d'un médecin ou non. On distingue trois sous-catégories des services auxiliaires : HC.4.1 : Services laboratoires ; HC.4.2 : Services d'imagerie ; et HC 4.3: le transport des patients. Seuls les services directement demandés par le patient méritent d'être enregistrés séparément ; les services demandés par les services intermédiaires sont exclus. Les services de diagnostic au sein des départements des soins ambulatoires font normalement partie de la gamme d'activités des soins et sont également à inclure dans cette catégorie.

HC.4.3 : Le transport des patients comprend tous ces services, quel que soit leur mode de production, bien que ces services soient liés aux services médicaux répertoriés parmi les paramètres de mode de production.

Ces services auxiliaires sont des services de soutien et non des interventions médicales et ne nécessitent pas forcément une formation ou des connaissances médicales. Pour les modes de production des soins hospitaliers et des soins en hôpital du jour, les coûts de ces services ne peuvent pas facilement être séparés des coûts des autres services médicaux, et par conséquent, ne sont pas identifiés séparément dans le SCS. Or, ces services auxiliaires sont enregistrés séparément en milieu ambulatoire ou en milieu des soins à domicile. Puisque l'administration des soins de santé varie d'un pays à l'autre en termes du mode de production, la proportion relative des services auxiliaires identifiée dans le cadre du SCS varie également. C'est pour cette raison que, pour leurs besoins nationaux certains pays trouvent utile de recueillir les informations concernant les services auxiliaires administrés dans tous les milieux. La somme de ces "services auxiliaires" peut constituer une unité déclarante séparée dans les comptes de la santé nationaux.

Les services auxiliaires peuvent principalement être administrés de deux manières : Premièrement, par une institution autre que celle responsable des services médicaux correspondant. Deuxièmement, la même institution administre ces services. La disponibilité des données et les méthodes de comptabilité relatives aux services auxiliaires administrés peuvent varier.

HC.5 Biens médicaux

La compilation des données sur cette rubrique paraîtrait relativement simple, puisque les biens médicaux sont tangibles et par conséquent facilement comptables. Cependant, suite aux difficultés enregistrés dans un certain nombre de pays à distinguer entre les biens relatifs à des modes de production différents, cet aspect n'est pas pris en compte dans le SCS 2011 et tous les biens médicaux vendus directement aux patients sont répertoriés dans cette catégorie de HC.5.

HC.5 est divisée en deux groupes : i) produits pharmaceutiques et autres consommables, et ii) appareils thérapeutiques et autres biens médicaux.

Dans certains pays, les données peuvent être fournies par le prestataire HP.5, tels les détaillants (achats de biens médicaux à la pharmacie ou au supermarché) et autres fournisseurs des produits médicaux. Il convient également de noter la relation très forte qui existe entre HC.5 et COICOP 6.1 (SCS 2011 Annexe A).

Les enquêtes auprès des entreprises constituent une source d'informations des dépenses privées des biens médicaux. Dans les enquêtes réalisées auprès des pharmacies, la somme des ventes peut bien être supérieure à celle de la vente de médicaments, les pharmacies vendant également autres produits comme les aliments, les provisions domestiques et la papeterie. Il convient dans de tels cas d'effectuer des ajustements nécessaires pour exclure les articles qui ne relèvent pas du domaine des dépenses de santé tel qu'il est entendu dans les comptes de la santé. Des données supplémentaires permettront d'ajuster les données primaires. (cf. Rannan-Eliya et Lorenzoni 2010).

D'autres domaines à prendre en compte sont notamment la répartition des différentes fonctions des soins de santé, telles que l'administration de l'assurance maladie ou les services intégrés curatifs-rééducatifs -préventifs, ainsi que la différenciation entre les fonctions des soins de santé d'autres activités comme la recherche. La section portant sur les estimations proportionnelles propose quelques renseignements à cet égard.

HP La classification par prestataire

L'approche par prestataire est utilisée par les compilateurs qui utilisent les "données basées sur le prestataire" comme série de données principale. Les données des dépenses de santé obtenues grâce à cette approche proviennent principalement des recettes financières des prestataires. Quelques exemples des sources principales de données utilisées dans ce cas sont : les enquêtes auprès des

entreprises, les enquêtes sur les activités financières, les données comptables soumises aux bureaux de statistiques et à l'administration fiscale, les informations sur les marchés portant sur l'offre et la demande recueillies auprès des instituts de recherche sur les marchés. Dans le cas où ces informations ne sont pas disponibles ou sont incomplètes, une estimation des recettes peut être obtenue à partir des intrants et leur coût (salaires du personnel et consommation intermédiaire), ou des résultats ou activités (nombre d'activités menées et leur prix ou coût respectifs). Il faut cependant éviter le double comptage. Lorsqu'un hôpital soustrait les services laboratoires à un prestataire de services auxiliaires, le compilateur des comptes de santé doit s'assurer que cette dépense n'est pas comptée deux fois ; une première fois lors de l'analyse des comptes de l'hôpital, et une seconde fois lorsqu'il analyse les comptes du prestataire de services. En outre, il faut prendre soin d'exclure les dépenses qui ne relèvent pas du domaine de la santé et qui sont prises en charge par le prestataire (par ex. les dépenses des services sociaux).

Le déroulement du processus général est comme de suite : premièrement, le compilateur des comptes de la santé constitue la base de données avec tous les prestataires des soins de santé, à savoir les prestataires des soins primaires et secondaires pour toutes les activités considérées comme relevant de la santé au sein de la classification par fonction. Il est particulièrement important de séparer les prestataires commerciaux des non commerciaux afin de pouvoir estimer la valeur des biens et services de santé fournis. La deuxième étape consiste à estimer la valeur des prestations des soins, en vue d'obtenir un chiffre égal à celui qui représente les revenus provenant des régimes de financement. Le tableau de classification croisée HPxHF facilite l'estimation et le rapprochement des flux financiers des dépenses courantes de santé en provenance des régimes de financement et à destination des prestataires de soins. Il prend également en charge les rapprochements supplémentaires assortis des ventilations par fonction.

HF, FS et FA Les classifications de financement

Les sources originales des données de financement détaillées proviennent des unités institutionnelles engagées dans le système de financement de la santé, notamment les ministères, les agences de l'Etat, les agences d'assurance maladie, les ONG, les prestataires des soins de santé, les ménages, les entreprises et les bailleurs de fonds étrangers.

Puisque les fonds sont susceptibles de passer par une ou plusieurs agences intermédiaires, il faut éviter le double comptage de la même transaction et veiller à ce que tous les fonds disponibles pour la prestation des biens et services soient pris en compte.

Ce manuel identifie les régimes de financement en vue d'une comparaison internationale et d'un suivi des politiques de santé au fil du temps. Cependant, les données principales des régimes de financement et leurs revenus sont normalement tirées des données des agents de financement responsables de la gestion des régimes ou des unités institutionnelles qui mettent les revenus à disposition des régimes de financement, puisque chacun de ces agents de financement ou de ces unités institutionnelles peut soit gérer soit participer à un ou plusieurs régimes. Les compilateurs peuvent consulter d'autres directives pour une meilleure mise en œuvre des classifications du financement de la santé conformément au SCS de 2011.

Estimation proportionnelle

Cette section a pour objectif de faciliter la production des données sur les dépenses en appliquant une approche descendante qui consiste en une distribution d'un agrégat parmi les composants. Il arrive des instances où les données soient trop agrégées pour être ventilées davantage en fonction des services respectifs. Cette approche méthodique et éprouvée dans le domaine des comptes de santé s'avère faisable et pratique, bien qu'une supervision sur la distribution des comptes s'impose. Ci-dessous les approches les plus en application :

- a) *Allocation basée sur le principe de l'activité principale d'une classification industrielle.* Cette approche, susceptible d'entraîner de graves distorsions dans les dépenses est déconseillée, à part pour le traitement des composants mineurs des dépenses de santé.

- b) *Développement des études spécialisées.* La portée et la précision des résultats de celles-ci peuvent varier considérablement. Cela peut s'étendre des cellules focales ou opinions d'experts aux activités réelles à travers des études dynamiques «temps et mouvement ». Ces études prennent en compte les ressources et le temps à adapter en fonction des conditions des pays respectifs.
- c) *Allocation à l'aide des clés.* L'allocation des agrégats a souvent recours aux valeurs de référence ou aux clés d'allocation. Le processus consiste à identifier une valeur disponible qui peut être une représentation fiable de la somme des ressources et des dépenses engagées au sein des différents composants compris dans l'agrégat à ventiler. L'information de base peut avoir trait aux coûts des unités de service ou des ressources humaines concernées et/ou la quantité des services spécifiques fournis. Les indexes composites qui prennent en charge les différents résultats et coûts ont également été produits en fonction des informations disponibles dans ce domaine.
- d) *Ajustement au cas par cas.* Certains ajustements peuvent faire l'objet d'une décision au cas par cas. Par exemple, les dépenses engagées pour l'administration des compagnies d'assurance peuvent être réparties proportionnellement aux dépenses totales de la catégorie en question.

Ce type d'estimation proportionnelle est fréquemment utilisé pour combler les lacunes lorsque les pièces justificatives des dépenses sont insuffisantes pour des estimations acceptables. Un aperçu général peut ensuite permettre de répartir les dépenses de santé pour les services donnés selon une approche descendante : soins hospitaliers, maisons de retraite, soins ambulatoires, approvisionnement des pharmaceutiques et prévention.

Le Guide pour la production des Comptes nationaux de santé (PG) propose une description sommaire de cette approche susceptible de s'appliquer à la répartition des dépenses par âge, sexe et maladie du bénéficiaire (cf. paragraphes 14.74-14.93, OMS, Banque Mondiale et USAID 2003).

Le principe sous-jacent de l'estimation proportionnelle

Le principe sous-jacent est l'équation suivante : Valeur = prix * quantité

Délimitation. Les composants à estimer doivent être clairement définis afin de délimiter l'estimation.

Répartition des dépenses courantes en groupes de coûts homogènes. Les données à répartir sont tirées des agrégats des comptes de la santé : les dépenses les plus fréquentes semblent être les soins hospitaliers/ambulatoires en milieu hospitalier ; les maisons de retraite : les soins de santé et les services sociaux ; les soins ambulatoires : les soins curatifs et rééducatifs ; et quelques composants de la prévention. Dans la mesure du possible, chaque composant doit être ventilé en unités plus petites pour une meilleure mise en correspondance.

Distribution des dépenses courantes à l'aide des clés de répartition. Les clés de répartition sont des estimations de l'utilisation des soins de santé à travers des combinaisons différentes de tous les paramètres. Ces clés sont mises en correspondance avec chaque groupe de coûts. Une fraction de l'utilisation globale du groupe est attribuée à chaque clé. Cette répartition à l'aide des clés doit remplir les conditions suivantes : la somme des clés additionnées doit être égale à 100% des soins administrés, sous réserve qu'aucun service ne soit compté deux fois, car la répartition renvoie aux indicateurs de l'utilisation des soins de santé et l'unité des coûts. Par conséquent, ces indicateurs doivent être liés au coût des ressources des services des soins de santé associés, à savoir le coût des unités, les ressources humaines et les services consommés.

Les clés de répartition (parts en pourcentage) par groupe de coûts sont multipliées par la somme des dépenses ou par un agrégat donné, et ensuite additionnées. Les résultats doivent être analysés et

validés à l'aide des valeurs par personne, obtenus en divisant les dépenses par sous-classe de la population.

Ce type d'approche, sans pour autant être parfait, est relativement peu coûteux et a pu être affiné au fur et à mesure (par ex. la répartition des dépenses grâce aux données disponibles, telles que les coûts). Plus les études des coûts s'approchent au type de service utilisé, plus les données relatives aux dépenses seront exactes (par ex. les études des coûts doivent tenir compte des unités médicales ventilées en fonction du niveau des soins et de la complexité technique et/ ou la taille de l'unité). L'analyse des coûts peut être liée aux services et aux centres de coûts. Les ressources humaines peuvent également être utilisées pour la répartition des coûts des centres de coûts (par ex. le coût des salles, le nombre de jours à l'hôpital, les médicaments PI (coût réel/quantité réelle des médicaments, coût des blocs opératoires, radiologie). Les valeurs intermédiaires sont en fait obtenues à partir d'un usage indirect des coûts. Une fois le profil de répartition identifié, il servira ensuite à "pondérer le composant".

La méthode de base				
Service A Dépense	=	Dépense totale	X	No. de patients recevant le service A Divisée par le nombre total de patients

Vu que les données permettant de directement connaître les dépenses par service peuvent faire défaut, il convient d'allouer les dépenses de telle sorte qu'elles soient liées aux données disponibles. Une combinaison de données et de clés peut être utilisée. Il faut également systématiquement vérifier la qualité pour s'assurer que la meilleure approche est appliquée.

Chaque série de dépenses peut poser des problèmes supplémentaires à résoudre. A titre d'exemple, en pratique, selon que les unités représentent des prestations commerciales ou non commerciales, des méthodes d'estimation différentes s'imposent : 1) Unités de prestations non commerciales (La mesure de base est le **coût** (non pas le prix)); 2) Unités de prestations commerciales (La mesure de base est le **prix** (non pas le coût)).

Le chapitre 14 du manuel SCS 2011 donne plus d'explication sur la compilation des comptes de la santé avec des exemples. Il examine aussi l'estimation des dépenses privée de soins. Le lecteur peut aussi trouver dans le Guide des Producteurs des exercices et exemples, dont le plus part reste pertinent pour les comptables de la santé.

CHAPITRE 15. PRESENTATION DES RESULTATS, TABLEAUX ET INDICATEURS DE BASE

Introduction

Les dépenses de santé font l'objet de mesure dans les comptes de la santé. La comptabilité de la santé (CS) d'un pays donne les mesures sur une période donnée et les présente sous forme de tableaux dans lesquels divers aspects des dépenses de santé d'une nation sont classées. Les tableaux eux-mêmes sont simplement un moyen de présenter les flux financiers relatifs à la consommation des biens et services de santé d'un pays. Les données qu'ils contiennent sont destinées à l'utilisation des analystes et aux décideurs politiques nationaux pour aider à l'évaluation du système de santé d'un pays. La présentation des données et des estimations de façon comparative permet de faire des évaluations entre pays et est ainsi utile aux comparaisons internationales.

Bien qu'il soit important de comprendre que les tableaux offrent une méthode systématique de présenter les données des comptes de la santé, les décideurs politiques demandent souvent que l'information soit présentée de façon concise et parlante en termes de liens avec les questions politiques. Il est souvent nécessaire d'extraire les résultats clés des tableaux, et de faire le lien avec les données non liées aux dépenses, tels que les données sur les produits et les résultats, en vue d'éclairer les décideurs sur les questions spécifiques émergentes ou sur l'évolution des politiques déjà mises en œuvre et les impacts observés.

Il y a trois principales voies de dissémination et d'archivage systématique des comptes de la santé d'un pays pour chaque période : d'abord, la dissémination régulière d'indicateurs sélectionnés, et deuxièmement, par la production de rapports périodiques par le biais des bases de données nationales, régionales et internationales. La troisième méthode serait un rapport synthétisant les comptes de la santé élaboré chaque fois que l'on produit une série d'estimations.

- Les indicateurs des comptes de la santé représentent le moyen le plus fréquemment utilisé pour la dissémination des données des comptes de la santé. Ils couvrent généralement un Ensemble de Données Minimum dans lequel on présente la totalité des dépenses (courantes) de santé, ex : comme part du PIB, et en valeurs par habitant, entre autres.
- Les résultats des CS des pays sont également présentés et suivis dans les bases de données nationales, régionales et internationales. Ces bases de données maintiennent généralement des données historiques pour les pays, et peuvent parfois fournir peu de détails par rapport aux rapports nationaux des CS.
- Un rapport sommaire devrait présenter les résultats des CS de façon systématique. Le contenu du rapport devrait être utile à différents publics et répondre à différents objectifs, mais le plus important, est qu'il soit pertinent aux questions de politiques nationales. Il devrait contenir toutes les informations nécessaires sur les sources et méthodes des données.

Ce chapitre contient une analyse sur le contenu suggéré d'un rapport des CS. Il traite également de la question de l'harmonisation des données nationales entre les bases de données. Un des objectifs de ce chapitre est donc d'apporter un certain degré de comparabilité entre pays dans les rapports futurs des CS, afin de faciliter l'utilisation nationale, mais également internationales des données d'un pays. Un autre objectif du chapitre est d'insister sur la nécessité pour les données des CS de documenter minutieusement les sources d'informations et les méthodologies, afin de permettre de

comprendre et situer dans un contexte approprié, les différences relevées, disons, pour un pays au fil du temps et entre pays.

Rapport sur les comptes de la santé

Le contenu de base d'un rapport sur les CS devrait contenir les informations suivantes dans le meilleur des cas : un certain nombre de tableaux et d'indicateurs qui vont soutenir une bonne politique nationale et une bonne gouvernance ; des informations sur le contexte historique du pays afin de situer le contexte pour une meilleure compréhension des résultats des CS, y compris des informations référencées pour le calcul des indicateurs ; une brève documentation des sources des données des CS et toute autre information méthodologique nécessaire pour une interprétation appropriée des résultats des CS. Sur les tableaux de base que doit contenir un rapport sur les CS, les tableaux HCxHP, HCxHF, HFxHP de même que le tableau HFxFS doivent figurer. Chacun de ces points fait l'objet d'analyse plus poussée. En outre, les séries temporelles des CS, l'utilisation des CS en combinaison avec d'autres données relatives à la santé et les vérifications de la qualité des résultats des CS sont également abordées.

Tableaux des comptes de la santé

Les lignes et colonnes des tableaux des CS incorporent les différentes classifications présentées dans ce Manuel. Les classifications ou dimensions des dépenses de santé incluent les aspects suivants :

- *Les fonctions (HC)*: les types de biens et services fournis et les activités réalisées dans la frontière des comptes de la santé ;
- *Les prestataires (HP)* : les entités qui reçoivent de l'argent en échange ou en anticipation de la réalisation d'activités au sein de la frontière des comptes de la santé ;
- *Les régimes de financement (HF)* : ce sont les composantes du système de financement de la santé d'un pays qui canalisent les revenus reçus et utilisent ces fonds pour payer, ou acheter les activités à l'intérieur de la frontière des CS ;
- *Les agents de financement (FA)* : ce sont les unités institutionnelles qui gèrent les régimes de financement ;
- *Les sources de financement (FS)* : les revenus des régimes de financement des soins de santé reçus ou collectés à travers des mécanismes spécifiques de cotisation ;
- *Les facteurs de fourniture (FP)* : les types de ressources utilisées dans la production des biens et services ou les activités menées au sein de la frontière des CS ;
- *Les caractéristiques des bénéficiaires*, ceux qui reçoivent les biens et services de santé ou bénéficient des activités (les bénéficiaires peuvent être catégorisés de plusieurs manière, à savoir par âge, sexe, statut socioéconomique, état de santé et leur emplacement) ;
- *La formation de capital (HK)* : les types d'actifs que les prestataires de soins de santé ont acquis au cours de la période comptable et qui sont utilisés fréquemment ou continuellement pendant plus d'une année pour la production des services de santé ;
- *Le commerce en santé* : les importations des biens et services de santé fournis aux résidents par des prestataires non-résidents, et les exportations des biens et services de santé fournis aux non-résidents par des prestataires résidents ;
- *Les produits* : les divers biens et services fournis par les prestataires, y compris les biens et services non liés à la santé produits et consommés.

Les classifications peuvent s'appliquer aux dépenses de santé individuellement pour produire les tableaux des dépenses à dimension simple. Bien que ce type de présentation de données soit très utile comme un point de départ, et peut servir à des questions spécifiques hautement pertinentes dans le système de santé, il y a des informations supplémentaires que l'on peut obtenir de la classification croisée des dépenses en utilisant deux classifications ou plus.

Tableaux multidimensionnels

On peut également utiliser les trois dimensions dans un seul tableau. Par exemple, les revenus des régimes de financement peuvent être recoupsés avec ceux des régimes de financement, et être par la suite recoupsés avec les prestataires ou les fonctions. Les informations tirées du tableau aident à faire le lien entre l'origine des fonds injectés dans le système de santé et leurs utilisations finales. Par exemple, dans les pays recevant une aide extérieure élevés ou avec un niveau élevé de transferts de l'administration publique, un tableau tridimensionnel peut aider à identifier si les revenus de l'administration publique ou l'aide étrangère répondent aux besoins essentiels (par exemple, prévention vs. curatif ; hôpitaux vs. services ambulatoires de district).

Quelques indicateurs des CS

En plus des tableaux, un rapport des comptes de la santé devrait également récapituler les résultats clés sous forme d'indicateurs. Un indicateur est défini comme étant une variable mesurable qui est utilisée comme une représentation d'un phénomène associé. Les indicateurs des comptes de la santé sont des mesures sous la forme réduite qui représente différents aspects ou attributs des dépenses de santé d'un pays et du système de financement de santé. Si les comptes de santé doivent être considérés comme outil de mesure, les indicateurs sont les mesures ou les valeurs dérivées de cet outil.

Les indicateurs sont calculés ou en utilisant purement les résultats des CS ou en les combinant avec des données additionnelles macro-économiques et non liées aux dépenses. Les indicateurs du premier type incluent les niveaux absolus de dépenses, les pourcentages des totaux et des ratios d'une composante des comptes de santé à une autre. Les indicateurs du deuxième type incluent la part du PIB, les valeurs par habitant et les valeurs converties en utilisant les taux de change ou les PPA. Un choix modeste d'indicateurs, tel qu'énumérés ci-dessous dans le tableau 15.1, est fourni à titre d'exemple de ce qui peut être inclus rapports nationaux des comptes de la santé.

Séries chronologiques des CS

L'utilisation des classifications et des frontières communément acceptées telles que présentées dans le Manuel de SCS devrait aboutir à des données qui peuvent être mieux comparées d'un pays à un autre, et au plan national, on devrait parvenir à des données plus cohérentes au fil du temps. Par exemple, une définition standard des soins de santé basée sur la délimitation fonctionnelle peut permettre d'éviter des changements brusques dans les agrégats nationaux dus à un changement dans les responsabilités des différents ministères entraînant une réorganisation des divers programmes. Cela permet à la fois de surveiller et de faire le suivi des changements dans le financement fonctionnel au sein du système et facilite la possibilité de faire des prévisions et d'utiliser des modèles de simulation.

Beaucoup de pays ont développé désormais une série chronologique des comptes de la santé. Par conséquent, tout rapport de CS devrait présenter les dépenses totales et des agrégats sélectionnés dans le temps là où ces données sont disponibles. Pour réaliser les tableaux, on peut également inclure des informations de référence utiles pour le calcul d'indicateurs choisis. Les données additionnelles présentées habituellement couvrent la taille de la population, le PIB et l'indice des prix des prix (de préférence [un indice des prix médical /de santé]) dans le temps.

S'il existe déjà une série de rapports de CS, le rapport courant doit faire ressortir tous nouveaux éléments observés dans les derniers résultats des CS.

L'utilisation des CS avec d'autres systèmes d'information en santé

En plus du PIB, des données sur la population et les prix, les comptes de santé peuvent également être présentés avec d'autre système d'information en santé, en vue d'explorer des questions de politique particulières. Par exemple, la dépense totale de certains types de prestataire peut être combinée avec des indicateurs de consommation de services de ces prestataires afin d'estimer la dépense moyenne par unité de service fourni. Plus spécifiquement, si les comptes de la santé d'un pays distinguaient la dépense hospitalière destinée aux hôpitaux de soins aigus publics et privés et si l'on connaissait le nombre total d'admissions dans chaque type d'hôpital, on pourrait alors calculer la dépense moyenne par admission pour chaque type d'hôpital. Ces comparaisons d'ensemble permettent de se faire une première idée de l'efficacité du système, bien qu'il soit nécessaire d'effectuer des études complémentaires sur certains paramètres tels que les cas à motifs mixtes et les techniques hospitalières pour fournir une explication solide des différences notées.

Ces genres d'analyses ou d'études peuvent être extensifs par nature, et l'on suggère que des rapports exhaustifs de ces études soient présentés dans des rapports de recherche distincts ou en dans des documents de politique. Les documents qui ont un objectif politique spécifique sont plus efficaces pour communiquer et informer les acteurs concernés des faits sur une situation courante et sur les actions possibles qui peuvent s'avérer nécessaires. Le rapport des comptes de la santé peut alors présenter les points saillants ou les conclusions pertinentes extraites de ces documents de recherche ou de politique.

Contexte national

Le rapport de comptes de santé doit contenir des informations pertinentes sur le contexte afin de garantir que les résultats seront interprétés dans leur contexte. On suggère d'inclure une brève description du système de santé. Il devrait également analyser les principaux flux financiers, les acteurs impliqués, quelques éléments contextuels (par exemple, le rôle des ONG, du secteur privé, du secteur externe) et les principales questions de politique (par exemple, les réformes récentes, les réformes en cours de discussion, les réformes nécessaires).

Comme indiqué précédemment, il serait utile d'avoir des données sur les indices des prix dans le rapport des CS. D'autres données précieuses pour l'interprétation des résultats des CS portent sur statistiques sur les prestataires et sur l'utilisation des soins de santé et la prestation des services, telle que les jours-lits d'hôpital, les visites de consultation médicale, les chirurgies, les vaccinations et autres services essentiels, le volume de médicaments et autres produits médicaux, et les données sur les résultats de santé.

S'il existe déjà une série de rapports de CS, le rapport courant doit faire ressortir toutes les nouvelles tendances dans l'état de santé, les infrastructures sanitaires, les dispositions de financement de la santé et les politiques de santé.

Métadonnées et sources de données

La collecte des données de base et l'élaboration des tableaux des comptes de la santé est un effort qui demande beaucoup de temps. Cependant, l'effort sera très peu utile si les métadonnées qui soutiennent les données ne sont pas correctement documentées. Les métadonnées exactes et exhaustives facilitent une interprétation et une utilisation appropriées des résultats des CS. Par exemple, les tendances dans des dépenses de santé peuvent être mieux analysées si l'on dispose d'informations sur, disons, les changements dans le système de comptabilité. Au minimum, les informations de base devraient inclure les sources des données, la manière dont les données ont été validées (particulièrement dans le cas de multiples sources de données), le raisonnement qui justifie le choix des données utilisées dans les estimations, les procédures utilisées pour rendre les données utilisables, et bien plus.

Contrôles qualité

Avant la publication du rapport, faire une dernière vérification de la qualité des données des CS. Il s'agit de vérifier 1) la cohérence des totaux d'un tableau à un autre, la cohérence des valeurs des rubriques de dépenses similaires dans tous les tableaux, et 3) la plausibilité des pourcentages, des valeurs par habitant, et des taux de croissance. Des procédures de vérifications de la qualité des estimations des CS doivent être décrites, et étayées de quelques exemples.

Dans l'approche triaxiale, le total des dépenses observées pour la consommation des soins de santé doit être le même dans les autres axes de financement et de prestation. Le contrôle qualité de base exige que l'on vérifie que les totaux présentés correspondent à la somme des composantes. Les rubriques identiques avec les classifications identiques qui apparaissent dans différents tableaux ont la même valeur. D'autres contrôles de qualité devraient examiner la plausibilité des divers indicateurs par rapport aux totaux, à la population (données par habitant), par rapport au PIB et par rapport aux valeurs historiques (changement de pourcentage d'année en année, taux de croissance). Bien que les pourcentages et les taux de croissance que l'on considère raisonnables varient d'un pays à un autre, les changements relatifs devraient se situer dans les marges prédéterminées d'acceptabilité. Par exemple, si on remplace l'assurance privée par un régime d'assurance public obligatoire, le changement relatif d'une année à une autre pour ces deux rubriques serait significatif, mais conforme au changement réel.

Bases de données nationales, régionale et internationales

Les bases de données nationales, régionales et internationales qui présentent les données sur les CS ont des objectifs et des champs d'application différents, et différents types d'information et de niveaux de détails disponibles. Toutes les bases de données contiennent des séries chronologiques, mais avec différentes périodes ou types d'information de CS. Les bases de données nationales répondent aux besoins d'analyse nationale, alors que les bases de données régionales et internationales fournissent des données pour traiter des questions et préoccupation transnationales.

Pour les besoins de comparaison, il serait avantageux de garantir une harmonisation des données d'un pays donné dans les rapports nationaux et internationaux. Il est nécessaire de mettre en place des stratégies d'élaboration de rapport et des efforts de collaboration entre les agences impliquées pour atteindre cet objectif. Notamment, un principe serait :

- de standardiser les catégories et leur contenu de sorte que les valeurs d'un libellé vise uniquement une seule frontière et un type de dépense ;
- d'indiquer clairement la période couverte par le rapport et la zone géographique ;
- d'indiquer clairement les valeurs de référence utilisées et leurs sources, période et champ de couverture, ex : Produit Intérieur Brut (PIB), dépense générale de l'administration publique (DGAP), population et taux d'échange, etc.

Sélection de tableaux présentée dans ce chapitre

La section ci-dessous présente des exemples de tableaux (au niveau du deuxième-chiffre) mentionnées ci-dessus. La présentation de cet ensemble de tableaux spécifiques ne signifie pas que l'un ou l'autre de ces tableaux soit obligatoire ni que le niveau du détail présenté et le nombre de catégories mentionnées sont recommandés pour adoption par les pays.

Le Chapitre 15 du Manuel SCS 2011 fournit plus d'explication des indicateurs et tableaux CS.

Tableau 15.3. Dépenses en soins de santé par prestataires de soins de santé et régimes de financement

Financing schemes		Financing schemes										Memorandum items		Reporting items									
		HF.1	HF.1.1	HF.1.2	HF.1.3	HF.2	HF.2.1	HF.2.2	HF.2.3	HF.3	HF.3.1	HF.3.2	HF.4	HF.4.1	HF.4.2	All HF	HF.RL.1.1	HF.RL.1.2	HF.RL.1.3	HF.RL.1.4	HF.RL.1.5	HF.RL.2	HF.RL.3
Million of national currency		Governmental schemes and compulsory health financing schemes	Governmental schemes	Compulsory contributory health insurance schemes	Compulsory Medical Savings Accounts (CMSA)	Voluntary health care payment schemes	Voluntary health insurance schemes	NPISHs financing schemes	Enterprises financing schemes	Household out-of-pocket payment	Out-of-pocket excluding cost sharing	Cost sharing with third-party payers	Rest of the world financing schemes (non-resident)	Compulsory schemes (non-resident)	Voluntary schemes (non-resident)	All financing schemes	Government	Corporations	Households	NPISHs	Rest of the world	Governmental schemes and compulsory contributory health insurance schemes together with cost sharing (HF.1 + HF.3.2.1)	Voluntary health insurance schemes together with cost sharing (HF.2.1+HF.3.2.2)
Providers																							
HP.1	Hospitals																						
	HP.1.1	General hospitals																					
	HP.1.2	Mental health hospitals																					
	HP.1.3	Specialised hospitals (other than mental health hospitals)																					
HP.2	Residential long-term care facilities																						
	HP.2.1	Long-term nursing care facilities																					
	HP.2.2	Mental health and substance abuse facilities																					
	HP.2.9	Other residential long-term care facilities																					
HP.3	Providers of ambulatory health care																						
	HP.3.1	Medical practices																					
	HP.3.2	Dental practices																					
	HP.3.3	Other health care practitioners																					
	HP.3.4	Ambulatory health care centres																					
	HP.3.5	Providers of home health care services																					
HP.4	Providers of ancillary services																						
	HP.4.1	Providers of patient transportation and emergency rescue																					
	HP.4.2	Medical and diagnostic laboratories																					
	HP.4.9	Other providers of ancillary services																					
HP.5	Retailers and other providers of medical goods																						
	HP.5.1	Pharmacies																					
	HP.5.2	Retail sellers and other suppliers of durable medical goods and medical appliances																					
	HP.5.9	All other miscellaneous sellers and other suppliers of pharmaceuticals and medical goods																					
HP.6	Providers of preventive care																						
HP.7	Providers of health care system administration and financing																						
	HP.7.1	Government health administration agencies																					
	HP.7.2	Social health insurance agencies																					
	HP.7.3	Private health insurance administration agencies																					
	HP.7.9	Other administrative agencies																					
HP.8	Rest of the economy																						
	HP.8.1	Households as providers of home health care																					
	HP.8.2	All other industries as secondary providers of health care																					
	HP.8.9	Other industries n.e.c.																					
HP.9	Health care related providers																						
HP.10	Rest of the world																						
All HP	All providers																						

Source: EICS pour le SCS 2011.

Tableau 15.4. Dépenses en soins de santé par régimes de financement et revenus des régimes de financement

Financing sources (types of revenues)		Financing sources										Memorandum items		Reporting items														
		FS.1	FS.1.1	FS.1.2	FS.1.3	FS.1.4	FS.2	FS.3	FS.3.1	FS.3.2	FS.3.3	FS.3.4	FS.4	FS.5	FS.6	FS.7	FS.7.1	FS.7.2	All FS	HRR.1.1	HRR.1.2	HRR.2	HRR.2.1	HRR.2.2	HRR.2.3	HRR.2.4	HRR.2.5	
Million of national currency		Transfers from government domestic revenues	Internal transfers and grants	Transfers by government on behalf of specific groups	Subsidies	Other transfers from government domestic revenue	Transfers distributed by government from foreign	Social insurance contributions from employees	Social insurance contributions from employers	Social insurance contributions from self-employed	Other social insurance contributions	Compulsory payments (other than FS.3)	Voluntary payments	Other domestic revenues	n.e.c.	Direct foreign transfers	Direct foreign financial transfers	Direct foreign aid in kind	All revenues of financing schemes by financing schemes	Operating balance	Loans taken by the government	Loans taken by private organisations	Aid in kind at donor value	Government	Corporations	Households	Non-profit institutions serving households (NPISHs)	Rest of the world
Financing schemes																												
HF.1	Governmental schemes and compulsory contributory health financing schemes																											
	HF.1.1	Governmental schemes																										
	HF.1.2	Compulsory contributory health insurance schemes																										
	HF.1.3	Compulsory Medical Savings Accounts (CMSA)																										
HF.2	Voluntary health care payment schemes																											
	HF.2.1	Voluntary health insurance schemes																										
	HF.2.2	NPISHs financing schemes																										
	HF.2.3	Enterprises financing schemes																										
HF.3	Household out-of-pocket payment																											
	HF.3.1	Out-of-pocket excluding cost sharing																										
	HF.3.2	Cost sharing with third-party payers																										
HF.4	Rest of the world financing schemes (non-resident)																											
	HF.4.1	Compulsory schemes (non-resident)																										
	HF.4.2	Voluntary schemes (non-resident)																										
All HF	All financing schemes																											
Memorandum items																												
Reporting items																												
HF.RL.1.1	Governmental schemes and compulsory health insurance combined with cost sharing (HF.1 + HF.3.2.1)																											
HF.RL.1.2	Voluntary health insurance schemes together with cost sharing (HF.2.1+HF.3.2.2)																											
HF.RL.1.2	Related items																											
HF.RL.2.1	Government																											
HF.RL.2.2	Corporations																											
HF.RL.2.3	Households																											
HF.RL.2.4	Non-profit Institutions Serving Households (NPISHs)																											
HF.RL.2.5	Rest of the world																											

Source: EICS pour le SCS 2011.

Tableau 15.5. Dépenses en soins de santé par régimes de financement et agents de financement

Régimes de financement	Agents de financement																	
	FA.1	FA.1.1	FA.1.2	FA.1.3	FA.1.9	FA.2	FA.2.1	FA.2.2	FA.3	FA.3.1	FA.3.2	FA.4	FA.5	FA.6	AII FA			
Million en monnaie locale	Administration publique générale	Administration centrale	Administration des états fédérés/provinces	Agence de sécurité sociale	Toutes autres unités de l'administration publique générale	Sociétés d'assurance	Compagnies d'assurance commerciales	Mutuelles et organisations d'assurance sans but lucratif	Sociétés(hors sociétés d'assurance)	Sociétés de gestion de la santé et des prestataires	Sociétés (autres que les prestataires de services de santé)	Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)	Ménages	Reste du monde	Organisations Internationales	Administrations publiques étrangères	Autres entités étrangères	Tous les agents de financement
HF.1	Régimes de l'administration publique et régimes de financement obligatoire contributifs																	
HF.1.1	Régimes de l'administration publique																	
HF.1.2	Régimes d'assurance maladie obligatoires et contributifs																	
HF.1.3	Comptes d'Épargne Santé Obligatoires (CESO)																	
HF.2	Régimes de paiement volontaire des soins de santé																	
HF.2.1	Régimes d'assurance maladie volontaires																	
HF.2.2	Régimes de financement des ISBLSM																	
HF.2.3	Régimes de financement des entreprises																	
HF.3	Paiement direct des ménages																	
HF.3.1	Paiement direct sans participation aux coûts																	
HF.3.2	Participation aux coûts avec des tiers payeurs																	
HF.4	Régimes de financement du reste du monde (non-résident)																	
HF.4.1	Régimes obligatoires (non-résidents)																	
HF.4.2	Régimes volontaires (non-résidents)																	
AII HF	Tous les régimes de financement																	
Rubriques pour mémoire :																		
Rubriques de comptabilisation																		
HF.RI.1.1	Administration																	
HF.RI.1.2	Sociétés																	
HF.RI.1.3	Ménages																	
HF.RI.1.4	ISBLSM																	
HF.RI.1.5	Reste du monde																	
HF.RI.2	Régimes de l'administration publique et régimes de financement obligatoire contributifs en plus de la participation aux coûts (HF.1 + HF.3.2.1)																	
HF.RI.3	Régimes de paiement volontaire des soins de santé en plus de la participation aux coûts (HF.2.1+HF.3.2.2)																	

Source EICS pour le SCS 2011.

Tableau 15.6. Dépenses en soins de santé par facteurs de fourniture et prestataires de soins de santé

Factors of provision		FP.1	FP.1.1	FP.1.2	FP.1.3	FP.2	FP.3	FP.3.1	FP.3.2	FP.3.3	FP.3.4	FP.4	FP.5	FP.5.1	FP.5.2	All FP
		Compensation of employees	Wages and salaries	Social contributions	All other costs related to employees	Self-employed professional remuneration	Materials and services used	Health care services	Health care goods	Non-health care services	Non-health care goods	Consumption of fixed capital	Other items of spending on inputs	Taxes	Other items of spending	All factors of provision
Providers																
HP.1	Hospitals															
	HP.1.1 General hospitals															
	HP.1.2 Mental health hospitals															
	HP.1.3 Specialised hospitals (other than mental health hospitals)															
HP.2	Residential long-term care facilities															
	HP.2.1 Long-term nursing care facilities															
	HP.2.2 Mental health and substance abuse facilities															
	HP.2.9 Other residential long-term care facilities															
HP.3	Providers of ambulatory health care															
	HP.3.1 Medical practices															
	HP.3.2 Dental practices															
	HP.3.3 Other health care practitioners															
	HP.3.4 Ambulatory health care centres															
	HP.3.5 Providers of home health care services															
HP.4	Providers of ancillary services															
	HP.4.1 Providers of patient transportation and emergency rescue															
	HP.4.2 Medical and diagnostic laboratories															
	HP.4.9 Other providers of ancillary services															
HP.5	Retailers and other providers of medical goods															
	HP.5.1 Pharmacies															
	HP.5.2 Retail sellers and other suppliers of durable medical goods and medical appliances															
	HP.5.9 All other miscellaneous sellers and other suppliers of pharmaceuticals and medical goods															
HP.6	Providers of preventive care															
HP.7	Providers of health care system administration and financing															
	HP.7.1 Government health administration agencies															
	HP.7.2 Social health insurance agencies															
	HP.7.3 Private health insurance administration agencies															
	HP.7.9 Other administrative agencies															
HP.8	Rest of the economy															
	HP.8.1 Households as providers of home health care															
	HP.8.2 All other industries as secondary providers of health care															
	HP.8.9 Other industries n.e.c.															
HP.9	Health care related providers															
HP.10	Rest of the world															
	All HP															

Source: EICS pour le SCS 2011.

ANNEXES

ANNEXE A.

RELATION ENTRE LA NOMENCLATURE ICHA ET LES AUTRES CLASSIFICATIONS

Introduction

L'annexe A vise à étayer l'élaboration des catégories utilisées dans les trois nomenclatures principales du SCS 2011 avec des classifications économiques utilisées au niveau international dans le cadre du Système de Comptabilité Nationale (SCN) et dans le Système européen de statistiques sur la protection sociale (SESPROS). Chacune des trois nomenclatures principales du SCS 2011 - ICHA-HC, ICHA-HP et ICHA-HF – est orientée sur des caractéristiques spécifiques aux acteurs (organisations) et aux opérations qui diffèrent par rapport à d'autres classifications. Cette annexe est une brève discussion des problèmes conceptuels qui s'y rattachent et SCS 2011 Annexe A présente des tableaux de correspondance avec les catégories de la classification du SCN et du SESPROS. Bien qu'il y ait des termes qui soient similaires et que certaines des catégories principales se recouvrent partiellement, il n'existe pas de relation univoque entre les classifications du SCS et celles des deux autres systèmes de statistiques. Les utilisateurs, tout comme les compilateurs ces termes, doivent avoir conscience que les classifications internationales font l'objet de révisions régulières et peuvent être appliquées de façon différente selon les pays. Il en va de même en ce qui concerne les acteurs (organisations) utilisés comme unités statistiques dans le SCS et les entités économiques (unités institutionnelles) utilisées dans le SCN. Les tableaux croisés ne peuvent donc être qu'une tentative pour éclairer les grandes lignes de ces différentes classifications. De plus, les classifications qui sont traitées ne sont pas les seules classifications qui existent dans les systèmes de statistiques des pays.

Les classifications du SCN occupent une position centrale dans les statistiques économiques, car les activités de la totalité de l'économie sont classées selon les industries et les secteurs de l'économie, ou sont structurées par les biens et services produits et leur type d'utilisation, ce qui inclut la production et la consommation dans le secteur de la santé. De surcroît, les activités liées à la santé qui sont saisies dans certains des systèmes de statistiques les plus spécialisés, comme les statistiques sur la balance des paiements, ou les emplois dans le secteur de la santé tels qu'ils sont classés dans les statistiques sur la main d'œuvre, sont elles-mêmes intégrées dans les données du système de comptabilité nationale. Ce ne sont pas seulement les agrégats d'ensemble du SCN, tels que le produit national brut (PIB), qui présentent un intérêt pour les compilateurs, mais également les agrégats spécifiques des soins de santé du SCN. L'analyse des données sur les comptes de la santé qui est utilisée conjointement avec le SCN fait souvent référence au pourcentage du PIB consacré aux dépenses pour la santé comme indicateur clé des comptes de la santé. Les dépenses courantes de la santé du SCS, présentées comme un pourcentage du PIB, montrent la part que représente la consommation de soins de santé par la population résidente par rapport au revenu national. Il y a un autre indicateur qui est la part des dépenses publiques en soins de santé en tant que pourcentage de la totalité des dépenses publiques. Cela montre le poids financier des dépenses en soins de santé sur l'ensemble des fonds publics. Ci-dessous sont décrits et traités les agrégats spécifiques des soins de santé du SCN du point de vue de la définition du SCN.

Les tableaux de correspondance présentés dans cette annexe sont conformes à la structure du Manuel du SCS 2011 et sont basés sur la relation triaxiale entre les fonctions des soins de santé, leur prestation et leur financement. On y fait la distinction entre:

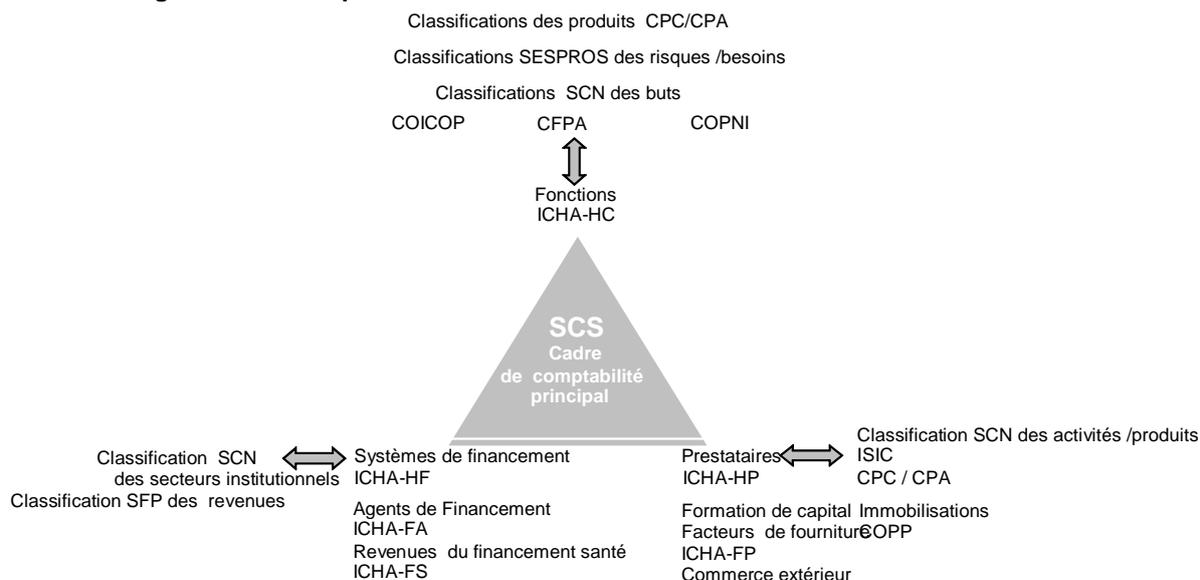
- L'approche fonctionnelle utilisée dans le SCS (Chapitre 5) et celle du SCN concernant la consommation des soins de santé (description et démarcation en relation avec la classification utilisée dans l'SCE/SCN¹, y compris la CFAP, la COICOP et la COPNI);
- L'approche fonctionnelle utilisée dans le SCS et le SESPROS (description et démarcations en relation avec la classification des risques pour la santé/prestations pour la santé du SESPROS);
- La nomenclature des prestataires de services de santé ICHA-HP (Chapitre 6) et la nomenclature des activités de la CITI/NACE liée aux soins de santé;
- La structure des régimes de financement des soins de santé ICHA-HF (Chapitre 7) et le secteur institutionnel du SCN qui correspond aux agents de financement (FA) du SCS.

La figure A.1 illustre les liens potentiels qui pourraient être établis entre les classifications du cadre de comptabilité principal du SCS et les classifications internationales utilisées dans d'autres systèmes de statistique qui comprennent des informations sur les dépenses liées aux soins de santé. Selon la perspective du SCN, le sommet du triangle représente la demande finale en biens et services de santé venant des résidents, alors qu'en bas à droite est représenté l'aspect de l'offre en soins de santé. L'offre et la demande sont équilibrés dans le SCN dans la comptabilité des biens et services dans la perspective de l'ensemble de l'économie, afin d'inclure les importations, les exportations, l'accumulation et l'usage intermédiaire. Pour équilibrer ces flux, on utilise la nomenclature des produits (voir Tableau E.7 et Annexe E). La deuxième classification utilisée dans le SCN pour structurer l'offre et l'emploi est la Classification internationale type par industrie de toutes les activités économiques (CITI), qui classe les entreprises et les établissements en groupes de branches industrielles. De plus, afin d'analyser leur comportement économique, ces entreprises et établissements sont classés comme des "unités institutionnelles" mutuellement exclusives et regroupées en "secteurs institutionnels" dans les comptes sectoriels du SCN.

La partie en bas à gauche du triangle fait apparaître les relations potentielles de l'interface de financement avec la nomenclature des secteurs institutionnels du SCN et la classification des revenus des Statistiques de finances publiques (SFP). Il faut prendre en compte le fait que les systèmes de financement (HF) et les agents de financement (FA) utilisés dans le SCS ne sont pas identiques aux sociétés financières utilisées dans la classification des secteurs du SCN. Les directives internationales sur les SFP (FMI, 2001) ont été harmonisées dans la mesure du possible avec celles du SCN. Les SFP, aussi bien que le SCN, définissent les entités économiques en termes d'unités institutionnelles qui ont la possibilité de posséder des biens, d'encourir des dettes, et de s'engager dans des activités et transactions économiques avec d'autres entités en leur nom propre. Ces caractéristiques confèrent aux unités institutionnelles un intérêt économique et statistique qui se traduit par la compilation d'une séquence complète de comptes, incluant les bilans (voir SHA 2011 Annexe B).

¹. Le SCN 93 inclut quatre classifications des dépenses selon leur fonction (elles étaient précédemment appelées nomenclatures fonctionnelles).

Figure A.1. Correspondance entre les classifications du SCN/SESPROS et du SCS



Source: EICS pour le SCS 2011.

Les agrégats des soins de santé du SCN et du SESPROS et leur relation avec le SCS

Les agrégats des soins de santé d'autres systèmes de statistiques comme ceux du SCN et du SESPROS sont différents de ceux du SCS en raison de l'étendue des biens et services pour la santé qui y sont inclus, des types d'opérations sélectionnés et des méthodes d'estimation qui sont utilisées. On trouvera ci-dessous une brève présentation d'ensemble des principales différences entre les agrégats du SCN et ceux du SCS. Et plus de détails seront donnés dans les tableaux de correspondance présentés dans SCS 2011 Annexe A.

Les tableaux attirent l'attention sur les nomenclatures internationales, qui peuvent être considérées comme une structure minimale des dépenses. Les systèmes nationaux de statistiques transposent et/ou adaptent des structures venant de systèmes internationaux pour les intégrer à l'environnement statistique national déjà présent. Les tableaux de correspondance qui sont présentés ne constituent donc que des indications approximatives qui vont pouvoir être mieux élaborées en fonction des conditions nationales.

Annexe A du Manuel SCS 2011 donne plus d'information et les tableaux :

- A.1. Agrégats des soins de santé du SCN et du SESPROS liés à la consommation ;
- A.2. Dépenses en santé de l'administration publique (CFAP) selon les catégories de l'Autriche, 2009 ;
- A.3. Agrégats des soins de santé du SCN par prestataire ;
- A.4. Agrégats des soins de santé du SCN et du SESPROS liés au financement ;
- A.5. Recoupement de la nomenclature fonctionnelle des soins de santé de l'ICHA (SCS 2011) avec les classifications du SCN ;
- A.6. Correspondance entre les fonctions ICHA-HC (SCS 2011) et CFAP et COICOP-Ménages
- A.7. Correspondance entre les fonctions ICHA-HC (SCS 2011) et la CPC
- A.8. Définition des fonctions de la protection sociale (SESPROS)
- A.9. Correspondance entre les fonctions ICHA-HC (SCS 2011) et SESPROS
- A.10. Correspondance ICHA-HP – CITI
- A.11. Correspondance entre les systèmes de financement du SCS 2011 et les secteurs institutionnels du SCN (Exemples)
- A.12.: Correspondance entre les prestataires de services de santé du SCS 2011 et les secteurs institutionnels du SCN (Exemples)

ANNEXE B. RELATION ENTRE LE SCS ET LE SCN

Introduction

Cette annexe illustre la relation entre le Système de Comptes de la Santé (SCS) et le Système de Comptabilité nationale (SCN). Les lecteurs qui connaissent dans une certaine mesure les comptes de la santé ou la comptabilité nationale, mais pas les deux, pourront trouver ici une explicitation du lien qui existe entre les dépenses en santé et les données sur le financement qui sont enregistrées dans les tableaux de classification croisée du SCS d'une part, et les variables macroéconomiques principales du SCN d'autre part. En d'autres termes, l'objectif est ici de mettre au point un langage qui soit commun aux deux disciplines, et qui soit utile autant au niveau théorique qu'au niveau pratique.

D'un point de vue théorique, cette annexe montre comment, en principe, les données du SCS peuvent être réorganisées et présentées sous une forme qui est très proche de celle qu'utilise le SCN (*c.-à-d.* à l'aide de tableaux ressources et emplois ainsi que de la séquence des comptes économiques intégrés). Ce type de représentation permettrait aux utilisateurs des données du SCS de mettre en rapport les catégories contenues dans le SCS avec les variables macroéconomiques contenues dans le SCN (*c.-à-d.*, de faire apparaître la relation entre les dépenses courantes de santé et la consommation en santé des ménages).

En même temps, cette section a un intérêt pratique, car elle peut être utile aux comptables de la santé pour qui il sera nécessaire d'extraire des données de leurs comptes nationaux (par exemple, si les informations de base données dans le SCN sont pour eux la seule source permettant de compiler les tableaux du SCS, ou bien s'il leur faut faire une comparaison avec les agrégats correspondants des comptes nationaux. De plus, il y a dans cette section des directives de base pour la compilation d'un ensemble complet de comptes supplémentaires du type SCN, qui peut compléter les tableaux de classification croisée du SCS. Quant à savoir si les autorités nationales dresseront seulement les tableaux de classification croisée du SCS ou si, en plus, elles établiront des tableaux du type SCN, cela dépendra des priorités identifiées au niveau national. La révision méthodologique du SCS n'implique pas que l'établissement d'un ensemble supplémentaire de tableaux du type SCN devienne une partie intégrante et essentielle de la compilation de données. Pour ceux qui souhaitent renforcer le potentiel analytique du SCS, ils pourront utiliser cette annexe pour les guider dans l'étude et l'enregistrement des dépenses en santé d'un point de vue différent.

Représentation double du système de santé

Les informations statistiques contenues dans le SCS peuvent être présentées grâce à deux groupes de tableaux, qu'on appelle également comptes: les tableaux de classification croisée typiques du SCS, et un ensemble de tableaux semblables à ceux qui sont proposés dans le Système de Comptabilité nationale (SCN). Il faut remarquer que les éléments d'informations qui constituent la base de ces deux représentations sont les mêmes, en l'occurrence, les flux et stocks identifiés en fonction des délimitations du SCS.

Pour la délimitation du système de santé, le SCS 2011 identifie deux ensembles de délimitations (voir Chapitre 4): le premier, qu'on appelle "cadre de comptabilité principal", fait essentiellement référence à la valeur des produits liés à la santé (biens et services) consommés par la population; le second, appelé "cadre de comptabilité élargi", donne une vision économique plus complète du système de santé. Les informations présentes dans le "cadre élargi" peuvent à leur tour être organisées en deux groupes: le premier, qui comprend les informations spécifiques à la santé (comme les dépenses en santé par maladie, âge ou sexe, ou par produit lié à la santé), est établi par le biais des classifications spécifiques aux SCN et est généralement présenté grâce à divers tableaux de classification croisée qui sont décrits dans ce manuel. Le second groupe comprend des informations qui, de par leur nature, ne sont pas nécessairement spécifiques au système de santé (*par ex.* les intrants

utilisés dans la production des services hospitaliers, tels que l'eau et l'électricité) et peut être organisé et présenté grâce à l'utilisation d'un ensemble de comptes en T.

Les deux ensembles d'informations se recouvrent partiellement et font ressortir trois sous-ensembles d'informations statistiques: le premier est un ensemble d'informations qui sont typiques du système de santé et qui peuvent être présentées grâce aux seuls tableaux du SCS (zone A de la Figure B.1), par exemple, les dépenses de santé ventilées par caractéristiques des bénéficiaires ou exprimées en termes de normes de parité du pouvoir d'achat (PPA) propres à la santé. La seconde comporte des informations macroéconomiques concernant la consommation de produits liés à la santé et son financement, et elles peuvent être représentées soit grâce à des tableaux du type SCN, soit grâce à des tableaux spécifiques au SCS. Et enfin, il y a un troisième ensemble contenant des informations économiques (les composantes de la demande par rapport au système de santé en dehors de la consommation, ainsi que les composantes en termes de ressources) qui ne peut être représenté qu'en utilisant les tableaux du SCN.

En principes, les informations enregistrées dans le SCS sur les dépenses en santé et leur financement sont également enregistrées dans le SCN, étant donné que ce dernier couvre toutes les activités économiques (et les opérations financières) qui ont lieu dans un pays.² Cependant, les deux systèmes vont enregistrer les informations d'une manière différente: le SCS, par exemple, utilise ses propres classifications (*c.-à-d.* les nomenclatures ICHA des prestataires, des systèmes de financement (à partir des agents de financement), et des fonctions de santé) pour une ventilation des dépenses en santé extrêmement détaillée. De plus, le SCS souligne l'origine et la destination des flux économiques (et financiers) grâce à ses tableaux de classification croisée. Le SCN, par contre, comprend deux ensembles principaux de tableaux: le cadre des ressources et emplois (tableau: SUT) (qui inclut le tableau symétrique entrées-sorties et les comptes par industrie) et la séquence des comptes intégrés de l'économie (IEA) pour les secteurs institutionnels. Le cadre des ressources et emplois (SUT) décrit en détail le processus de production (*c.-à-d.* la structure des coûts, la production, les revenus générés et l'emploi) ainsi que les importations et l'emploi des biens et services (*c.-à-d.* la consommation finale et intermédiaire, les exportations et la formation de capital), la séquence des comptes intégrés de l'économie (IEA) fournit des informations sur la manière dont les revenus sont générés, distribués et employés en tant que consommation finale ou épargne, ainsi que sur le processus d'accumulation d'actifs financiers et non-financiers.

Bien que l'approche proposée ici se base sur la structure des comptes du SCN (*c.-à-d.* les tableaux ressources et emplois ainsi que la séquence des comptes intégrés de l'économie), elle conserve les concepts du SCS, y compris sa définition des variables et ses classifications. Par exemple, tous les comptes qui s'appuient sur la séquence des comptes intégrés de l'économie du SCN sont élaborés par rapport aux prestataires liés à la santé (voir Chapitre 6) et aux agents de financement de la santé (voir Annexe D) plutôt que par rapport aux secteurs institutionnels du SCN. Et en ce qui concerne les biens et services pour la santé identifiés en fonction des délimitations du SCS, ils sont classés grâce à la nomenclature fonctionnelle du SCS (voir Chapitre 5) plutôt que par rapport à la CPC, à la COICOP ou à la CFAP (voir l'Annexe A, pour la correspondance entre les différentes classifications).

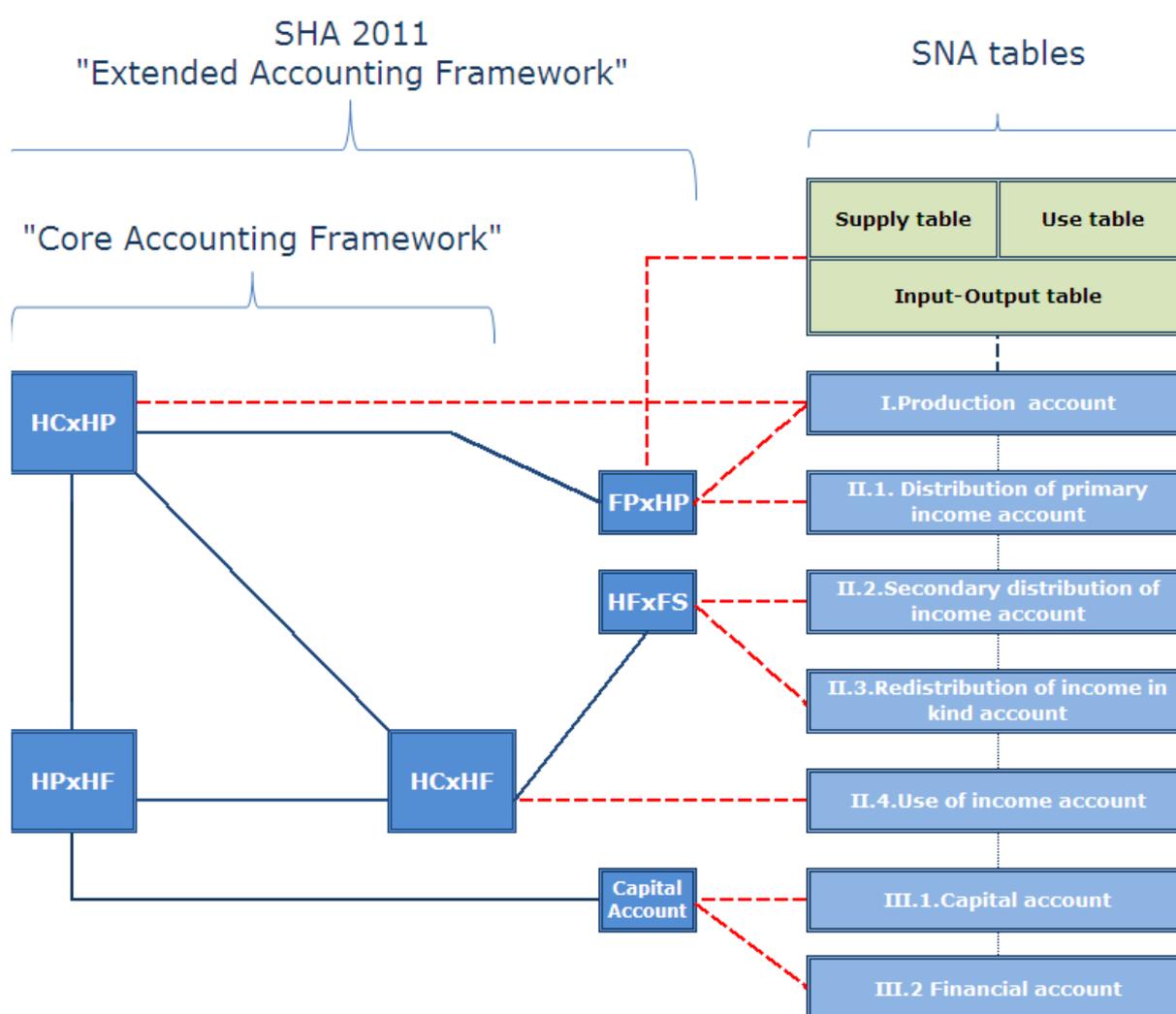
La Figure B.1 ci-dessous présente les liens entre ces deux représentations. Les lignes pleines montrent les liens entre les tableaux du SCS, alors que les lignes en pointillés montrent les correspondances entre les agrégats du SCS et leurs homologues figurant dans les tableaux des ressources et emplois ou dans les comptes concernés de la séquence des comptes intégrés de l'économie (IEA). On peut, brièvement, établir les liens suivants:

Les dépenses courantes de santé enregistrées dans le SCS sont la somme des biens et services de santé destinés à la consommation finale des unités résidentes (voir Chapitre 3).

². L'une des différences importantes est la manière dont les marges commerciales et de transport pour les produits pharmaceutiques sont traitées dans le SCS. Voir Annexe A.

Lorsqu'elles sont ventilées par prestataires (comme dans le tableau HCxHP du SCS), elles représentent aussi la valeur de cette partie de la production des prestataires qui est consommée par les ménages, les institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM) et les administrations publiques, évaluée aux prix du marché. Dans le SCS, on appelle "fourniture ou prestation" la valeur de la production des prestataires de services de santé employée comme consommation finale. Cette même information serait enregistrée dans le SCN dans les tableaux des ressources et emplois ainsi que dans le compte production, qui est le compte qui fait apparaître la production comme ressource et la consommation intermédiaire comme emploi. La valeur des biens et services consommés en tant que consommation intermédiaire par les prestataires de services de santé est également enregistrée, par le SCS, dans les tableaux HCxFP, qui sont basés sur une classification spécifique des Facteurs de prestation.

Figure B.1. Liens entre le Système de Comptabilité nationale (SCN) et le Système de Comptes de la Santé (SCS)



Source: EICS pour le SCS 2011.
Figure B.1 correspond au Figure B.1.2 dans le SCS 2011.

L'Annexe B du manuel SCS 2011 examine plus profondément les différences entre SCS et SCN ; des tableaux des ressources et des emplois de santé ; une ensemble de comptes de la santé économique intégré et comment établir les priorités ; des conseils pratiques pour les mettre en place ; avantages et désavantages des deux représentations.

ANNEXE C. LES RESSOURCES HUMAINES DANS LA CITP-08

La Classification internationale des types de professions (CITP)

Les sous-grands groupes de la CITP-08 qui sont pertinentes pour le SCS 2011 sont les numéros 22 (Médecins et assimilés) et 32 (Professions intermédiaires de la médecine).

Type 22 : Médecins et assimilés

Les Médecins et assimilés mènent des recherches, améliorent ou élaborent des concepts, des théories et des méthodes opérationnelles, et mettent en application des connaissances scientifiques liées à la médecine, aux soins infirmiers, aux soins dentaires, à la pharmacie et à la promotion de la santé.

Les tâches qui sont réalisées par les travailleurs faisant partie de ce sous-grand groupe consistent généralement à : mener des recherches et à obtenir des connaissances scientifiques grâce à l'étude des troubles de l'être humain et de ses maladies ainsi que de leurs traitements; à donner des conseils et à appliquer des mesures préventives et des mesures curatives, ou à promouvoir une bonne santé, ainsi qu'à rédiger des articles et des rapports scientifiques. La supervision d'autres travailleurs peut également faire partie de leurs tâches.

Les professions appartenant à ce sous-grand groupe sont classées en groupes mineurs de cette façon:

- 221 Médecins
- 222 Cadres infirmiers et sages-femmes
- 223 Praticiens des médecines traditionnelles et complémentaires
- 224 Profession paramédicales
- 226 Autres médecins et assimilés

32 Professions intermédiaires de la médecine

Les professions intermédiaires de la médecine se consacrent à des tâches techniques et pratiques visant à appuyer le diagnostic et le traitement des malaises, des maladies, des blessures et des invalidités affectant les êtres humains, et à appuyer la mise en application des soins de santé, des traitements et des protocoles d'aiguillage qui sont généralement élaborés par le personnel médical, infirmier et les autres professionnels de la santé.

Les tâches qui sont réalisées par les travailleurs faisant partie de ce sous-grand groupe consistent généralement à : tester et faire fonctionner les appareils d'imagerie médicale et administrer les thérapies par radiation; réaliser des tests cliniques sur des échantillons de fluides et de tissus corporels; préparer des médicaments et autres composés pharmaceutiques sous la direction des pharmaciens; concevoir, installer, entretenir et réparer des instruments et appareils médicaux et dentaires; fournir des services de soutien aux soins de santé et aux soins personnels et à l'accouchement; et à utiliser des thérapies à base d'herbes ou autres, qui se fondent sur des théories, des croyances et des expériences qui ont leur origine dans des cultures spécifiques.

Les professions appartenant à ce sous-grand groupe sont classées en groupes mineurs de cette façon:

- 321 Professions intermédiaires de la médecine et de la pharmacie
- 322 Personnel infirmier et sages-femmes (niveau intermédiaire)
- 323 Praticiens des médecines traditionnelle et complémentaire
- 325 Autres professions intermédiaires de la médecine

L'Annexe C du manuel SCS 2011 donne des classifications de l'CITP-08 concernant les professions et professions intermédiaire de la médecine.

**ANNEXE D.
FINANCEMENT DES SYSTEMES DE SANTE: QUELQUES OUTILS
COMPLEMENTAIRES**

Nomenclature des agents de financement (ICHA-FA)

Cet annexe complète le Chapitre 7: “Nomenclature des régimes de financement”. Le Chapitre 7 traite, entre autres choses, du concept d’unités institutionnelles du système de santé et d’agents de financement, en tant qu’éléments du cadre de comptabilité concernant le financement de la santé.

Définition des agents de financement

Un agent de financement est une unité institutionnelle impliquée dans la gestion d’un ou de plusieurs régimes de financement. Elle peut ainsi recevoir des revenus, payer (ou acquérir) des services au nom d’un (ou de plusieurs) système(s) de financement, et être impliquée dans la gestion et la réglementation du financement de la santé.

Un agent de financement a la possibilité de gérer le paiement des services de santé de diverses manières:

- Financer les services produits dans ses propres institutions (comme dans le cas où une administration locale posséderait et financerait un hôpital);
- Acheter des services à des prestataires appartenant à d’autres entités (comme dans les cas où un fonds d’assurance sociale achèterait des services à des hôpitaux qui seraient la propriété d’administrations locales);
- Rembourser le coût des services aux patients qui ont, au départ, réglé directement les prestataires.

Tableau D.1.: Nomenclature des agents de financement

FA.1.	Administrations publiques
FA.1.1	Administration centrale
FA.1.1.1	Ministère de la santé
FA.1.1.2	Autres ministères et unités des services publics (appartenant à l’administration centrale)
FA.1.1.3	Agence nationale des services de santé
FA.1.1.4	Agence nationale de l’assurance maladie
FA.1.2	Administration centrale/régionale/locale
FA.1.3	Agence de sécurité sociale
FA.1.3.1	Agence d’assurance maladie sociale
FA.1.3.2	Autre agence de sécurité sociale
FA.1.9	Autres unités de l’administration publique
FA.2	Sociétés d’assurance
FA.2.1	Sociétés d’assurances commerciales
FA.2.2	Mutuelles et autres organismes d’assurance sans but lucratif
FA.3	Sociétés (hors sociétés d’assurances)
FA.3.1	Sociétés de gestion de la santé et de prestataires
FA.3.2	Sociétés (hors prestataires de services de santé)
FA.4	Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)
FA.5	Ménages
FA.6	Reste du monde
FA.6.1	Organisations internationales
FA.6.2	Gouvernements étrangers
FA.6.3	Autres entités étrangères

Source: EICS pour le SCS 2011.

Les catégories principales de la Nomenclature des agents de financement

FA.1 Administrations publiques

Ce poste comprend toutes les unités institutionnelles appartenant aux administrations centrales, régionales ou locales, ainsi que les administrations d'assurance sociale. Sont incluses les institutions sans but lucratifs qui sont dirigées et essentiellement financées par des unités des administrations publiques.

Note: La rubrique FA 1 n'inclut pas les entreprises publiques, même si tous les fonds propres de ces sociétés appartiennent à des unités gouvernementales. Sont également exclues les quasi-sociétés qui appartiennent à des unités des administrations publiques qui les gèrent (voir SCN 2008, Chapitre 4).

FA.1.1 Administration centrale

Ce poste comprend toutes les unités institutionnelles dont est composée l'administration centrale. Il ne s'agit pas nécessairement, pour ces entités, seulement du ministère de la santé, mais de toute entité de l'administration centrale qui est impliquée dans le financement du secteur de la santé. Y sont incluses les agences du niveau national qui sont centralisées et fortement contrôlées par l'administration centrale, comme l'Agence nationale des services de santé et l'Agence nationale de l'assurance maladie.

Note:

- Une unité de l'administration centrale tient généralement lieu d'agent de financement pour un régime d'état (HF.1.1).
- Les régimes d'Etat (HF.1.1) sont en général gérés par des unités des administrations publiques. Toutefois, des ISBLSM ou des sociétés peuvent également servir d'agents de financement pour ces régimes. Le Ministère de la santé peut, par exemple, concevoir et mettre en place un budget séparé destiné à un programme de dépistage du cancer, mais en confier la gestion financière à un sous-traitant comme une ISBLSM ou une société de gestion.

FA.1.1.3 Agence nationale des services de santé

L'Agence nationale des services de santé (NHSA) est une agence gouvernementale centralisée qui gère le Service national de la santé (compris dans HF1.1.1), en général, sous le contrôle du Ministère de la santé. L'agence NHSA est généralement responsable de la prestation des services de santé, mais elle peut également acheter des services à des prestataires privés. Elle a sa propre identité juridique, un budget distinct, et un certain degré d'autonomie et de discrétion quant à l'affectation de ses dépenses. Etant donné qu'elle est contrôlée par l'administration centrale, elle est considérée comme faisant partie du sous-secteur de l'administration centrale.

FA.1.1.4 Agence nationale de l'assurance maladie

L'Agence nationale de l'assurance maladie est une agence gouvernementale centralisée dont le rôle est de gérer les régimes d'assurance maladie sociale (HF.1.2.1). Elle a sa propre identité juridique, un budget distinct, et un certain degré d'autonomie et de discrétion quant à l'affectation de ses dépenses. Etant donné qu'elle est contrôlée par l'administration centrale, elle est considérée comme faisant partie du sous-secteur de l'administration centrale.

FA.1.2 Administration centrale/régionale/locale

Cette rubrique comprend toutes les unités institutionnelles dont est composée l'administration locale. Les termes d'administration "centrale" et "provinciale" sont parfois utilisés dans le même sens que "régionale" dans différents pays. Pour ce qui est des petits pays, il se peut que la distinction des administrations centrales et provinciales n'existe pas.

L'administration locale ou régionale peut agir au nom de divers régimes de financement:

- Il arrive que les administrations locales ou régionales aient pour responsabilité première d'assurer l'accès aux soins de santé, et donc, qu'elles mettent en place leur système de financement dans ce but. Si c'est le cas, ces administrations locales ou régionales jouent le rôle d'agent de financement pour les régimes d'Etat régionaux ou locaux HF.1.1.2.
- Il se peut aussi que les administrations locales ou régionales gèrent les régimes de l'administration centrale (HF.1.1.1).

FA.1.3 Agence de sécurité sociale

Les administrations d'assurance sociale sont des unités économiques qui ont un statut juridique spécifique et dont le but est de faire fonctionner les régimes d'assurance sociale (HF.1.2.1). Elles ont le statut d'unités «sans but lucratif». Elles possèdent une autonomie considérable dans leur fonctionnement, *par ex.* pour s'engager dans des opérations financières, et elles ont leurs propres actifs et passifs. Pour ce qui est de leur classement, elles font partie du secteur des administrations publiques, puisque leur fonctionnement est sous le contrôle des pouvoirs publics. Les administrations d'assurance sociale peuvent diriger un seul type d'assurance sociale ou plusieurs (les retraites, la santé, les accidents, les soins de longue durée, etc.).

Note: Avec les réformes récentes sont arrivés des changements considérables: dans certains pays, les compagnies d'assurance à but lucratif peuvent également être autorisées à participer à l'exploitation d'un régime d'assurance sociale. Ainsi, ce sont des caisses de maladie aussi bien que des compagnies d'assurance privées qui peuvent prendre part à l'exploitation d'un régime d'assurance maladie.

FA.1.3.1 Agence d'assurance maladie sociale

Les Agences d'assurance maladie sociale sont des entités juridiques qui ont l'obligation, telle qu'elle a été définie par la loi, d'assurer l'accès à un ensemble défini de services de santé. Les caisses d'assurance maladie sociale ont le statut d'organismes sans but lucratif et reposent sur le principe d'une autogestion par des représentants des assurés et des employeurs. Les caisses d'assurance maladie sociale recueillent habituellement les cotisations de leurs membres, et ont le droit de déterminer les taux de cotisations qui sont nécessaires pour couvrir leurs dépenses. (Au cours de ces vingt ou trente dernières années, des réformes ont amené des changements dans les caractéristiques de la collecte des revenus dans plusieurs pays.)

FA.1.3.2 Autres agences de sécurité sociale

Il peut aussi y avoir d'autres agences de sécurité sociale qui soient impliquées dans le fonctionnement de l'assurance maladie sociale ou des régimes d'assurance volontaire. En Allemagne, par exemple, les régimes d'assurance accident couvrent les services de soins curatifs et de réadaptation pour les accidents et les maladies en rapport avec le travail; les caisses de retraite prennent en charge certaines mesures de réadaptation; et les régimes de soins de longue durée gèrent l'assurance pour les soins de longue durée.

FA.1.9 Autres unités des services publics

Ce poste comprend les institutions sans but lucratifs non marchandes qui sont dirigées et essentiellement financées par des unités de l'administration publique.

FA.2 Sociétés d'assurance

Les sociétés d'assurance peuvent servir d'agents de financement pour divers types d'assurance. Habituellement, les sociétés d'assurance proposent l'assurance maladie volontaire (HF.2.1). Toutefois, suite aux réformes qui ont été faites récemment, les sociétés d'assurance, dans plusieurs pays, participent au fonctionnement de l'assurance maladie obligatoire (HF.1.2.1 ou HF.1.2.2). Dans ces pays, une société d'assurance peut servir d'agent de financement à la fois pour l'assurance obligatoire et pour l'assurance volontaire.

FA.3 Sociétés (hors sociétés d'assurances)

Selon le SCN, la catégorie des sociétés est utilisée dans un sens plus large: Ce secteur comprend toutes les sociétés et les quasi-sociétés dont l'activité principale est la production de biens et de services non marchands. Y sont incluses toutes les institutions gouvernementales et sans but lucratif résidentes qui sont productrices marchandes de biens et de services non financiers. Y sont inclus les organismes de soins de santé intégrés sans but lucratif et les sociétés de gestion de la santé qui gèrent des régimes d'assurance.

Il existe, dans plusieurs pays, un certain nombre de sociétés diverses qui sont spécifiques à un secteur de la santé, en dehors des prestataires de services de santé traditionnels, comme par exemple les *sociétés de gestion de la santé*. Celles-ci peuvent jouer le rôle d'agents de financement pour divers types de systèmes de financement.

Les sociétés (y compris les sociétés de gestion de la santé) peuvent servir d'agents de financement pour:

- les systèmes de financement de la santé des sociétés (H.F.2.3);
- l'assurance basée sur les employeurs (HF.2.1.1.1) et les autres régimes d'assurance maladie volontaire;
- les régimes d'Etat (HF.1.1); et
- les régimes de financement du reste du monde (HF.4).

FA.4 Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)

Les institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM) sont un type particulier d'organisations sans but lucratif. Ce sont des institutions à but non lucratif qui apportent une assistance financière, des biens et des services aux ménages gratuitement ou à des prix qui n'ont pas de forte incidence économique. Leur fonctionnement n'est pas contrôlé par l'Etat.

Les ISBLSM peuvent servir d'agent de financement pour différents systèmes de financement:

- des régimes de financement d'organismes sans but lucratif (HF.2.2);
- des régimes d'Etat (HF.1.1);
- des régimes de financement du reste du monde (HF.4).

Cela inclut des organisations caritatives, des organismes de secours ou d'aide humanitaire qui ont été créés avec des objectifs philanthropiques et non pas pour servir les intérêts des membres des associations qui contrôlent les ISBLSM. Ces ISBLSM fournissent des biens et services sur une base non marchande aux ménages qui sont dans le besoin. Les ressources de ces ISBLSM sont essentiellement issues de dons en espèces ou en nature venant du public en général, des sociétés et des pouvoirs publics. Elles peuvent également être fournies par des transferts venant d'entités étrangères, y compris des ISBLSM qui sont de type semblable et sont résidentes d'autres pays.

Les institutions religieuses sont traitées comme des ISBLSM, même lorsqu'elles sont financées principalement par des unités des administrations publiques, à condition que ce financement majoritaire ne soit pas considéré comme donnant pouvoir de contrôle à l'Etat.

Note: L'expérience a montré que des ambiguïtés ressortaient lorsqu'on tente de faire une distinction entre différents types d'organismes sans but lucratif (producteurs marchands, unités des administrations publiques et ISBLSM), ainsi qu'entre les différents rôles que peuvent jouer les ISBLSM. Ainsi, lorsqu'on effectue des Comptes nationaux de la santé, il est important de faire une analyse qualitative afin de distinguer ces différents rôles et statuts des organismes sans but lucratif.

FA.5 Ménages

Un ménage est défini par le SCN comme un groupe de personnes qui vivent dans le même logement, qui mettent en commun une partie ou la totalité de leurs revenus et de leur patrimoine, et

qui consomment certains types de biens et services collectivement, en particulier pour ce qui est du logement et de la nourriture.

Dans le SCS 2011, les ménages sont placés dans la catégorie des agents de financement des versements directs des ménages.

FA.6 Reste du monde

Cette rubrique comprend les unités institutionnelles qui résident à l'étranger: Les agences internationales et supranationales; les gouvernements étrangers et les intermédiaires financiers (assurance, ONG, organisations caritatives et fondations).

Les unités institutionnelles du reste du monde peuvent servir d'agents de financement aux régimes financés par le reste du monde (HF.4).

Comptes sectoriels

Le tableau HFxFS fournit des informations sur les agrégats concernant la collecte des revenus dans tout l'ensemble du secteur de la santé. On aura peut-être besoin d'informations supplémentaires plus détaillées -qui soient séparées du tableau HFxFS- sur la collecte et l'emploi des ressources en ce qui concerne les principaux régimes de financement. Les comptes sectoriels peuvent fournir des informations importantes du point de vue d'un régime de financement donné ou de certaines unités ou certains secteurs institutionnels, informations qui ne peuvent être directement tirées d'aucuns des tableaux du SCS, comme par exemple le solde d'opérations courantes (excédent ou déficit) des régimes de financement.

Sont présentés ci-dessous, trois types de comptes sectoriels:

- Les comptes sectoriels des *revenus et dépenses des régimes de financement* (sauf ménages). Pour ces comptes, l'approche est semblable à celle utilisée dans le Manuel de statistiques de finances publiques (MSFP) pour les recettes et dépenses de l'administration publique. Le Tableau D.2, par exemple, présente le compte des revenus et dépenses des systèmes de financement publiques de la santé (HF.1.1).
- Les comptes sectoriels des *revenus et dépenses propres à la santé des unités institutionnelles ou secteurs de l'économie*. Le Tableau D.4, par exemple, présente le compte du total des revenus et dépenses propres à la santé de l'administration publique (y compris les dépenses faites par l'administration publique en tant que prestataire de ressources financières).
- Le compte sectoriel des *transferts propres à la santé faits et reçus par les ménages privés et de leur autofinancement net de soins de santé*. Y est présenté le rôle que jouent les ménages dans l'ensemble du financement des services de santé, d'un point de vue macroéconomique. Ce compte est extrait du Manuel du SCS 1.0, où est appliquée une approche semblable à celle avec laquelle le SCN rend compte des opérations. Un tel compte sectoriel peut être produit pour tous les secteurs institutionnels (comme cela est présenté dans le SCS 1.0).

Des directives pour la préparation des comptes sectoriels seront rédigées séparément de ce manuel.

La classification des dépenses

En s'appuyant sur le MSFP, on peut appliquer au classement des dépenses deux approches: une nomenclature des dépenses économique ou fonctionnelle. Les comptes sectoriels ont leur utilité dans les deux cas.

L'Annexe D du manuel SCS 2011 donne plus d'explication et exemples. Il examine les besoins d'informations pour l'analyse des politiques de la santé que les régimes de financement de la santé ont été placés au centre du cadre de comptabilité du financement de la santé dans le SCS 2011. Le Chapitre 7 présente les relations entre les régimes et les agents de financement.

ANNEX E. CLASSIFICATION DES PRODUITS DE SANTE

Introduction

Le système de santé offre aux populations des biens et services sous forme de produits de santé. Etant donné l'occurrence fréquente de ces produits dans le manuel du Système des comptes de la santé (SCS) 2011, il conviendrait de développer un concept harmonisé de ces produits afin de disposer d'une base d'analyse des processus de production et de consommation. La présente annexe examine la classification des médicaments effectuée à partir de leur composition et de leurs caractéristiques. Les catégories qui en sont issues ne constituent pas une classification définitive à cette étape. Par ailleurs, l'annexe présente dans les grandes lignes les utilisations potentielles d'une telle classification, et fait brièvement référence aux produits tels qu'évoqués dans les principaux chapitres.

Dans le SCS 2011, la classification fonctionnelle vise à regrouper les produits de santé suivant leur usage, étant entendu que les catégories d'usage se rapportent à l'histoire naturelle de la maladie (voir Chapitre 5). Le contenu des classes fonctionnelles, à savoir les différents biens et services de santé, se subdivise davantage en fonction du mode de fourniture (MoP). Ainsi, la classification d'un produit permet d'analyser plus avant la consommation des médicaments selon le mode de fourniture et la finalité.

C'est à la lumière des fonctions des soins de santé que le champ des comptes de la santé est déterminé. La caractéristique essentielle d'une approche fonctionnelle porte sur les dépenses de consommation finale, en d'autres termes les biens et services achetés par les ménages, les institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM) et l'administration publique à des fins de santé (voir Chapitre 4 pour la méthode de définition de ce champ).

La classification des prestataires de soins de santé établie par le SCS 2011 s'articule autour des fonctions des soins de santé, de manière à prévoir, du moins implicitement, une équivalence avec les produits de santé correspondants en s'assurant que les soins de santé consommés ont aussi été dispensés (voir Chapitre 6). Cependant, il n'existe aucune relation bijective entre le type de produit et le prestataire, car de manière générale, ce dernier fournit une combinaison de produits. La classification des produits peut contribuer à définir le profil de la combinaison de produits par prestataire, en plus de rendre plus facile l'identification des prestations en dehors du champ des soins de santé. Ainsi, la technologie des soins de santé peut être utilisée à des fins autres que sanitaires, telles que certaines chirurgies esthétiques, ainsi que pour la fourniture de biens et services non sanitaires dans les pharmacies.

Par ailleurs, la classification des produits peut servir à identifier la quantité des biens et services de santé produits et consommés dans un pays donné, et à y estimer les dépenses consacrées à un article. Sur cette base, il est possible de déterminer dans quelle mesure l'écart entre les quantités consommées/fournies ou la fluctuation des prix permet à un pays de réaliser de meilleurs indicateurs de performance. Pour suivre l'évolution de la consommation/fourniture de produits dans le temps, la stratégie la plus courante consiste à surveiller dans chaque pays la dynamique des prix liés à un panier de soins de santé. Afin de surveiller les prix comparables, plusieurs initiatives internationales se sont appuyées sur les parités des pouvoirs d'achat (PPP) pour un panier de consultations et de produits. La mise au point de la classification des produits de soins de santé pourrait s'avérer utile pour

l'établissement de PPP spécifiques³ à la santé (voir chapitre 13 pour la description de l'analyse des prix et des volumes).

Utilisations d'une classification des produits

Comme dans toute classification, la standardisation favorise la comparabilité internationale ainsi que la comparaison temporelle. La définition des produits de santé et leurs caractéristiques peut permettre de clarifier toute ambiguïté concernant les décisions liées à la classification.

Une des principales utilisations de la classification des produits devrait consister à fixer plus facilement les frontières à l'intérieur de chaque système de santé, et à circonscrire ce qu'il convient de considérer comme des dépenses de santé. L'utilisation internationale d'une liste explicite de produits de santé devrait améliorer la comparabilité des dépenses consacrées à la santé. Parvenir à cette clarté requiert non pas la création d'un tableau des comptes de santé qui utilise la classification des produits comme axe, mais simplement la sélection du champ des comptes suivant une approche harmonisée.

En outre, en réalisant une classification type des produits, cela permettra de rendre plus explicite le contenu de chacune des différentes classes fonctionnelles. Plusieurs produits peuvent porter une étiquette générique, toutefois seul l'usage, c'est-à-dire l'objectif dans lequel ils sont consommés, permet de leur assigner une fonction spécifique. Ainsi, un même service de transport qui peut être assuré dans le cadre de l'éducation ou des loisirs, ne pourra être considéré comme soins de santé que dans des conditions déterminées. Bien que les produits de santé ciblent des besoins particuliers, dans la plupart des cas il n'existe pas de relations univoques entre eux. En effet, plusieurs produits peuvent répondre au même besoin tout comme un produit peut satisfaire plusieurs besoins. Suivant l'objectif recherché, une même consultation peut être considérée comme préventive ou curative. Il est évident qu'il existe une relation entre la classification des produits et leur fonction. En réalité, la valeur des fonctions est perçue comme étant l'équivalent de la valeur des groupes de produits consommés dans un but précis. Dans cette perspective, la classification des produits consiste notamment à définir le contenu des classes de soins de santé et non pas nécessairement à générer un tableau de recoupement par soins de santé. L'établissement d'une liste précise peut permettre d'identifier les caractéristiques des produits primaires fournis par les prestataires de soins de santé, et faciliter ainsi la prise de décision lors de la classification de ces prestataires.

Dans la plupart des pays, la mesure des quantités de produits consommées apparaît comme un processus essentiel quoique non encore uniformisé. Il est possible de renforcer les services d'établissement de rapport au sein des institutions prestataires d'un pays, à condition de s'accorder sur les produits à suivre, de manière à établir une comparabilité dans l'identification des produits les plus importants. C'est ainsi que certains produits ont largement servi d'indicateurs aux pratiques du système sanitaire, notamment le nombre de césariennes.

Le niveau d'agrégation des produits à utiliser est fortement tributaire de l'analyse à réaliser. L'utilisation spécifique de la classification des produits peuvent se rapporter à l'analyse de types particuliers de prestataires et par type de produits, notamment les hôpitaux et les services hospitaliers ou encore les maisons de repos et les services de soins à longue durée. Cependant, la nécessité d'un niveau plus précis peut s'imposer pour une analyse par bénéficiaire, auquel cas il convient de prendre comme niveau le traitement, le type de maladie ou le patient. Chacune de ces utilisations peut déboucher, suivant le cas, sur différents niveaux d'agrégation des produits.

³. Bien que dans la plupart des pays de l'OCDE/UE les PPA sont déterminées sur la base d'un système DRG, il convient de noter qu'en règle générale ce système n'est valide que pour les soins en milieu hospitalier. Pour les consultations en ambulatoire, l'accent est plus mis sur les produits intégrés dans l'élaboration de données à comparabilité internationale sur les quantités fournies (et consommées) au titre de la santé. La stratégie PPA pour les pays à revenu moyen et faible s'appuie également sur les groupes de produits. De tels biens et services sont généralement liés à la CPC/CPA. Voir chapitre 13.

La classification des produits peut être utilisée dans le cadre d'une collecte de données relatives aux statistiques des prix. Si l'index des prix à la consommation permet de mesurer les prix pratiqués dans le commerce de détail, la collecte de ces données, elle, requiert une description détaillée de chaque produit typique. Etant donné qu'il est onéreux d'organiser régulièrement des enquêtes sur les prix, seule la valeur d'une sélection de produits a été estimée. Dans certains cas, les produits ont été regroupés à un niveau élevé d'agrégation afin de réduire le coût de la collecte de données. C'est notamment le cas des soins en milieu hospitalier qui se composent d'un paquet de produits, dont le diagnostic et le traitement ainsi que les soins infirmiers et la restauration pendant le séjour hospitalier. L'indice des prix à la consommation (IPC), qui est mesurée de façon régulière dans plusieurs pays, intègre un certain nombre de produits de soins de santé⁴.

En résumé, la classification peut contribuer à la création d'un cadre pour la comparaison internationale des produits de santé, et devrait faciliter l'harmonisation des différents types de statistiques sur les biens et services, tout en renforçant le rôle des comptes nationaux de la santé en tant qu'outils de coordination, de manière à disposer d'une base pour l'élaboration des statistiques relatives à la production et à la consommation de soins de santé.

Une classification des produits de soins de sante

01 Services hospitaliers (CPC/CPA 9311, 86.1)

01.1 Services chirurgicaux hospitaliers (CPC/CPA 93111, 86.10.11)

01.2 Services gynécologiques et obstétriques (CPC/CPA 93112, 86.10.12)

01.3 Services de réadaptation en milieu hospitalier (CPA 86.10.13)

01.4 Services psychiatriques en milieu hospitalier (CPC/CPA 93113, 86.10.14)

01.5 Services de soins intensifs

01.9 Autres services hospitaliers (CPC/CPA 93119, 86.10.15, 86.10.19)

01.9.1 Services de radiothérapie

01.9.2 Services de chimiothérapie

01.9.3 Service de dialyse

01.9.9 Autres services hospitaliers n.c.a.

02 Services de soins de jour

02.1 Services chirurgicaux jour

02.2 Services gynécologiques et obstétriques de jour

02.3 Soins de réadaptation de jour

02.4 Services psychiatriques de jour

02.5 Autres services de jour

02.5.1 Services de radiothérapie de jour

02.5.2 Services de chimiothérapie en ambulatoire

02.5.3 Services de dialyse en ambulatoire

02.5.9 Autres services de jour n.c.a.

03 Services de pratique médicale et dentaire (CPC/CPA 9312, 86.2)

03.1 Services de la pratique médicale générale (ambulatoire) (CPC/CPA 93121, 86.21)

03.1.1 Diagnostic

03.1.2 Fourniture de médicaments/prescription de médicaments/renouvellement d'ordonnance

03.1.3 Médecine physique/soins de réadaptation/soins physiothérapeutiques

03.1.4 Services de petite chirurgie

03.1.9 Autres soins de la médecine générale (en ambulatoire)

⁴. Dans les différents pays, parvenir à un accord sur le panier et le niveau de détails idéal bute sur des difficultés opérationnelles, notamment le système statistique en vigueur ou encore les ressources disponibles pour réaliser des enquêtes de prix. Les recommandations de l'OMS portent notamment sur 30 médicaments utilisées à grande échelle, et leurs prix, dans différents secteurs (public, privé et privé sans but lucratif), les marques innovantes, les médicaments génériques les plus vendus et les moins chers, ainsi que sur la mesure parallèle des internationaux de référence, voir OMS (2011a).

- 03.2 Services de médecine spécialisée (CPC/CPA 93122, 86.22)
 - 03.2.1 Médecine interne
 - 03.2.2 Chirurgie (hormis en gynécologie et en obstétrique), à l'exclusion de la petite chirurgie dans les autres domaines (en ambulatoire)
 - 03.2.3 Gynécologie et obstétrique
 - 03.2.4 Pédiatrie
 - 03.2.5 Autres spécialisations
- 03.3 Services de pratique dentaire (CPC/CPA 93123, 86.23)
 - 03.3.9 Autres services de la pratique dentaire (CPA 86.23.19)
- 04 Autres services médicaux (CPC/CPA 9319, 86.9)**
- 04.1 Services assurés par des sages-femmes (CPC/CPA 93191, 86.90.11)
- 04.2 Soins infirmiers (CPC/CPA 93192, 86.90.12)
- 04.3 Soins physiothérapeutiques (CPC/CPA 93193, 86.90.13)
- 04.4 Services de transport de patients, notamment les services ambulanciers (CPC/CPA 93194, 86.90.14)
- 04.5 Services médicaux de laboratoire (CPC/CPA 93195, 86.90.15)
 - 04.5.1 Tests de sensibilité
 - 04.5.2 Examens de microbiologie/d'immunologie
 - 04.5.3 Examen de sang, d'urine et de selles
 - 04.5.4 Histologie/cytologie exfoliative
 - 04.5.5 Autres analyses de laboratoire NEC
 - 04.5.6 Tests de fonction physique
 - 04.5.7 Diagnostic par endoscopie
 - 04.5.9 Autres services médicaux de laboratoire n.c.a.
- 04.6 Services de diagnostic par imagerie sans interprétation (CPC/CPA 93196, 86.90.17)
 - 04.6.1 Radiodiagnostic (CPC/CPA revised: 86. 90.17)
- 04.7 Services liés aux banques de sang, de sperme et des organes de transplantation (CPC/CPA 93197, 86.90.16)
- 04.9 Autres services médicaux n.c.a. (CPC/CPA 93199, 86.90.19)
- 05 Services de soins en résidence (CPC/CPA 932, 87)**
- 05.1 Services de soins infirmiers en résidence (CPC/CPA 9321, 87.1)
- 05.9 Autres services de soins en résidence (CPC/CPA 9330, 87.90)
- 06 Services de soins infirmiers sans hébergement (CPC/CPA 934, 88)**
- 06.1 Services de soins infirmiers sans hébergement pour personnes âgées et handicapées (CPA 88.1)
- 06.9 Autres services de soins infirmiers sans hébergement (CPC/CPA 935, 88.9)
- 07 Services de vente au détail des médicaments (CPC/CPA Division 62, 47)**
- 07.1 Services de vente au détail des produits pharmaceutiques et des biens médicaux non durables (CPC/CPA 62273, 47.00.74)
 - 07.1.1 Médicaments pour traitement thérapeutique ou prophylactique
 - 07.1.2 Autres produits pharmaceutiques
 - 07.1.3 Autres articles à usage médical
 - 07.1.9 Autres services de vente au détail des produits pharmaceutiques et biens médicaux non durables
- 07.2 Services de vente au détail des biens médicaux durables et orthopédiques (CPC/CPA 62274, 7.00.75)
 - 07.2.1 Biens médicaux durables à usage familial (tels que les thermomètres cliniques, les bouillottes et les poches de glace réutilisables)
 - 07.2.2 Appareils auditifs
 - 07.2.3 Membres artificiels et autres types de prothèses
 - 07.2.4 Appareils orthopédiques, ceintures chirurgicales, bandages et support herniaires, minerves
 - 07.2.5 Chaussures orthopédiques
 - 07.2.6 Fauteuils roulants et véhicules pour invalides, appareils électroniques et autres pour mesurer la pression artérielle, etc.

07.2.7 Réparation des différents appareils

07.2.9 Autres services de vente au détail de biens médicaux durables et des appareils orthopédiques et leur réparation

07.3 Services de vente au détail des biens optiques et des opticiens

07.3.1 Lunettes, verres correcteurs, les lentilles de contact et autres produits d'optique de correction, de protection ou de tout autre type ; produits nettoyants; montures de lunettes, verres et autres articles similaires, jumelles, monocles.

07.3.2 Réparation des différents articles

07.4 Services de commande électronique ou de vente au détail des biens médicaux (CPC 623)

07.9 Autres services de vente au détail des produits médicaux et de leur réparation

08 Services préventifs

08.1 Programmes d'information et de conseils

08.2 Programmes de vaccination

08.3 Les programmes de dépistage précoce

08.4 Programmes de suivi de l'état de santé

08.5 Surveillance épidémiologique et programme de lutte contre les facteurs de risque et les maladies

08.6 Programmes de réponse aux catastrophes et aux situations d'urgence dans le cadre des systèmes sanitaires

09 Gouvernance, gestion et administration du système de santé (CPC/CPA Division 91, 84)

09.1 Gouvernance et administration des services de soins de santé (hormis les options obligatoires) (CPC/CPA 911, 84.1)

09.2 Services administratifs au titre des régimes obligatoires (CPC/CPA 913, 84.3)

09.2.1 Administration des régimes publics de sécurité sociale et des assurances maladies obligatoires

10 Assurance maladie, hormis les options obligatoires (CPA 65)

10.1. Services de l'assurance maladie (CPC/CPA 7132, 65.12.1)

11 Biens et services de soins de santé et d'aide sociale produits par les ménages pour leur propre consommation

Postes pour mémoire

MP.1 Services d'unité ou de salle d'hébergement pour visiteurs (CPA 55.10.10)

MP.2 Services de restauration et de rafraîchissement offerts aux visiteurs

MP.3 Transport des accompagnants

MP.4 Biens et services de soins de santé et d'aide sociale produits par les ménages pour leur propre consommation, sans objet de transaction

L'Annexe E du manuel SCS 2011 fournit une définition d'un produit de soins de santé ; explique les critères utilisés dans cette classification de produits et donne des notes explicatives pour les rubriques de la classification.

ANNEXE F.
CLASSIFICATIONS MEDICALES

Tableau F.1. Charge globale de morbidité (CGM)

Code	Désignation de la cause de la CGM	Code ICD-9	Code ICD-10
U000	Toutes les causes		
U001	I. Maladies transmissibles, maternelles, périnatales et nutritionnelles ^a	001-139, 243, 260-269, 279.5, 280-281, 285.9, 320-323, 381-382, 460-465, 466, 480-487, 614-616, 630-676, 760-779	A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, O00-O99, P00-P96, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-64
U002	A. Maladies infectieuses et parasitaires	001-139, 279.5, 320-323, 614-616, 771.3	A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73
U003	1. Tuberculose	010-018, 137	A15-A19, B90
U004	2. Maladies sexuellement transmissibles, le VIH/SIDA non compris	090-099, 614-616	A50-A64, N70-N73
U005	a. Syphilis	090-097	A50-A53
U006	b. Chlamydia	—	A55-A56
U007	c. Gonorrhée	098	A54
U008	d. Autres maladies transmissibles	099, 614-616	A57-A64, N70-N73
U009	3. VIH/SIDA	279.5 (3042-044)	B20-B24
U010	4. Maladies diarrhéiques	001, 002, 004, 006-009	A00, A01, A03, A04, A06-A09
U011	5. Agrégats de maladies de l'enfance	032, 033, 037, 045, 055, 138, 771.3	A33-A37, A80, B05, B91
U012	a. Coqueluche	033	A37
U013	b. Poliomyélite	045, 138	A80, B91
U014	c. Diphtérie	032	A36
U015	d. Rougeole	055	B05
U016	e. Tétanos	037, 771.3	A33-A35
U017	6. Méningite	036, 320-322	A39, G00, G03
U018	7. Hépatite B	070.2-070.9	B16-B19 (minus B17.1, B18.2)
U019	Hépatite C	—	B17.1, B18.2
U020	8. Paludisme	084	B50-B54
U021	9. Agrégats de maladies tropicales	085, 086, 120, 125.0, 125.1, 125.3	B55-B57, B65, B73, B74.0-B74.2
U022	a. Trypanosomiase	086.3, 086.4, 086.5,	B56
U023	b. Maladie de Chagas	086.0, 086.1, 086.2, 086.9	B57
U024	c. Schistosomiase	120	B65
U025	d. Leishmaniose	085	B55
U026	e. Filariose lymphatique	125.0, 125.1	B74.0-B74.2
U027	f. Onchocercose	125.3	B73
U028	10. Lèpre	030	A30
U029	11. Dengue	061	A90-A91
U030	12. Encéphalite japonaise	062.0	A83.0
U031	13. Trachome	076	A71
U032	14. Infections intestinales par nématode	126-129	B76-B81
U033	a. Ascariidose	127.0	B77
U034	b. Trichurose	127.3	B79
U035	c. Infections à ankylostome (ankylostomiase et necatoriase)	126	B76
U036	Autres infections intestinales	127.1, 127.2, 127.4-127.9, 128, 129	B78, B80, B81
U037	Autres maladies infectieuses	003, 005, 020-027, 031, 034, 035, 038-041, 046-049, 050-054, 056-057, 060, 062.1-066, 070.0-070.1, 071-075, 077-079, 080-083, 087-088, 100-104, 110-118, 121-124, 125.2, 125.4, 125.5, 125.6, 125.7, 125.9, 130-136, 139, 323	A02, A05, A20-A28, A31, A32, A38, A40-A49, A65-A70, A74-A79, A81, A82, A83.1-A83.9, A84-A89, A92-A99, B00-B04, B06-B15, B25-B49, B58-B60, B64, B66-B72, B74.3-B74.9, B75, B82-B89, B92-B99, G04
U038	B. Infections respiratoires	460-466, 480-487, 381-382	J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66
U039	1. Infections des voies respiratoires inférieures	466, 480-487	J10-J18, J20-J22
U040	2. Infections respiratoires supérieures	460-465	J00-J06

Code	Désignation de la cause de la CGM	Code ICD-9	Code ICD-10
U041	3. Otite moyenne	381-382	H65-H66
U042	C. États maternels	630-676	O00-O99
U043	1. Hémorragie maternelle	640, 641, 666	O44-O46, O67, O72
U044	2. Septicémie maternelle	670	O85-O86
U045	3. Troubles d'hypertension liés à la grossesse	642	O10-O16
U046	4. Dystocie d'obstacle	660	O64-O66
U047	5. Avortement	630-639	O00-O07
U048	Autres états maternels	643-659, 661-665, 667-669, 671-676	O20-O43, O47-O63, O68-O71, O73-O75, O87-O99
U049	D. États survenant pendant la période périnatale	760-779 (moins 771.3)	P00-P96
U050	1. Faible poids à la naissance	764-765	P05-P07
U051	2. Asphyxie à la naissance et traumatisme de la naissance	767-770	P03, P10-P15, P20-P29
U052	Autres états périnataux	760-763, 766, 771 (moins 771.3), 772-779	P00-P02, P04, P08, P35-P96
U053	E. Déficiences nutritionnelles	243, 260-269, 280-281, 285.9	E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64
U054	1. Malnutrition protéino-énergétique	260-263	E40-E46
U055	2. Déficience en iode	243	E00-E02
U056	3. Déficience en vitamine A	264	E50
U057	4. Anémie ferriprive	280, 285.9	D50, D64.9
U058	Autres troubles nutritionnels	265-269, 281	D51-D53, E51-E64
U059	II. Maladies non transmissibles^a	140-242, 244-259, 270-279 (hormis 279.5), 282-285 (hormis 285.9), 286-319, 324-380, 383-459, 470-478, 490-611, 617-629, 680-759	C00-C97, D00-D48, D55-D64 (hormis D 64.9) D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99
U060	A. Néoplasmes malins	140-208	C00-C97
U061	1. Cancers de la bouche et de l'oropharynx ^b	140-149	C00-C14
U062	2. Cancer de l'œsophage ^b	150	C15
U063	3. Cancer de l'estomac ^b	151	C16
U064	4. Cancer colorectal ^b	153-154	C18-C21
U065	5. Cancer du foie	155	C22
U066	6. Cancer du pancréas	157	C25
U067	7. Cancers de la trachée, des bronches et du poumon	162	C33-C34
U068	8. Mélanome et autres cancers de la peau ^b	172-173	C43-C44
U069	9. Cancer du sein ^b	174-175	C50
U070	10. Cancer du col de l'utérus ^b	180	C53
U071	11. Cancer du corps de l'utérus ^b	179, 182	C54-C55
U072	12. Cancer de l'ovaire	183	C56
U073	13. Cancer de la prostate ^b	185	C61
U074	14. Cancer de la vessie ^b	188	C67
U075	15. Lymphomes et myélome multiple ^b	200-203	C81-C90, C96
U076	16. Leucémie ^b	204-208	C91-C95
U077	Autres néoplasmes malins ^b	152, 156, 158-161, 163-171, 181, 184, 186-187, 189-199	C17, C23, C24, C26-C32, C37-C41, C45-C49, C51, C52, C57-C60, C62-C66, C68-C80, C97
U078	B. Autres néoplasmes	210-239	D00-D48
U079	C. Diabète sucré	250	E10-E14
U080	D. Troubles endocriniens	240-242, 244-246, 251-259, 270-279 (hormis 274, 279.5), 282-285 (hormis 285.9), 286-289	D55-D64 (hormis D64.9), D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88
U081	E. États neuropsychiatriques	290-319, 324-359	F01-F99, G06-G98
U082	1. Troubles dépressifs unipolaires	296.1, 311	F32-F33
U083	2. Troubles affectifs bipolaires	296 (hormis 296.1)	F30-F31
U084	3. Schizophrénie	295	F20-F29
U085	4. Épilepsie	345	G40-G41
U086	5. Troubles liés à la consommation de l'alcool	291, 303, 305.0	F10
U087	6. Maladie d'Alzheimer et autres démences	290, 330, 331	F01, F03, G30-G31
U088	7. Maladie de Parkinson	332	G20-G21
U089	8. Sclérose multiple	340	G35
U090	9. Troubles liés à l'utilisation de médicaments	304, 305.2-305.9	F11-F16, F18-F19
U091	10. Trouble lié à une situation éprouvante post-traumatique	308-309	F43.1

Code	Désignation de la cause de la CGM	Code ICD-9	Code ICD-10
U092	11. Névrose obsessionnelle	300.3	F42
U093	12. Trouble panique	300.2	F40.0, F41.0
U094	13. Insomnie (primaire)	307.4	F51
U095	14. Migraine	346	G43
U096	15. Retard mental, dû au plomb	317-319	F70-F79
U097	Autres troubles neuropsychiatriques	292-294, 297-300.1, 300.4-302, 305.1, 306-307 (hormis 307.4), 310, 312-316, 324-326, 333-337, 341-344, 347-349, 350-359	F04-F09, F17, F34-F39, F401-F409, F411-F419, F43 (hormis F43.1), F44-F50, F52-F69, F80-F99, G06-G12, G23-G25, G36, G37, G44-G98
U098	F. Maladies des organes des sens	360-380, 383-389	H00-H61, H68-H93
U099	1. Glaucome	365	H40
U100	2. Cataracte	366	H25-H26
U101	3. Troubles de la vision, dus à l'âge	367.4	H524
U102	4. Perte de l'ouïe, à l'âge adulte	389	H90-H91
U103	Autres troubles des organes des sens	360-364, 367-380 (hormis 367.4), 383-388	H00-H21, H27-H35, H43-H61 (hormis H524), H68-H83, H92-H93
U104	G. Maladies cardiovasculaires	390-459	I00-I99
U105	1. Rhumatisme cardiaque	390-398	I01-I09
U106	2. Cardiopathie hypertensive	401-405	I10-I13
U107	3. Maladies cardiaques ischémiques ^c	410-414	I20-I25
U108	4. Maladies cérébrovasculaires	430-438	I60-I69
U109	5. Maladies inflammatoires cardiaques	420, 421, 422, 425	I30-I33, I38, I40, I42
U110	Autres maladies cardiovasculaires ^c	415-417, 423-424, 426-429, 440-448, 451-459	I00, I26-I28, I34-I37, I44-I51, I70-I99
U111	H. Maladies respiratoires	470-478, 490-519	J30-J98
U112	1. Maladies pulmonaires obstructives chroniques	490-492, 495-496	J40-J44
U113	2. Asthme	493	J45-J46
U114	Autres maladies respiratoires	470-478, 494, 500-508, 510-519	J30-J39, J47-J98
U115	I. Maladies digestives	530-579	K20- K92
U116	1. Ulcère de l'estomac	531-533	K25-K27
U117	2. Cirrhose du foie	571	K70, K74
U118	3. Appendicite	540-543	K35-K37
U119	Autres maladies digestives	530, 534-537, 550-553, 555-558, 560-570, 572-579	K20-K22, K28-K31, K38, K40-K66, K71-K73, K75-K92
U120	J. Maladies génito-urinaires	580-611, 617-629	N00-N64, N75-N98
U121	1. Néphrite et néphrose	580-589	N00-N19
U122	2. Hypertrophie prostatique bénigne	600	N40
U123	Autres maladies du système génito-urinaire	590-599, 601-611, 617-629	N20-N39, N41-N64, N75-N98
U124	K. Maladies de la peau	680-709	L00-L98
U125	L. Maladies de l'appareil locomoteur	710-739, 274	M00-M99
U126	1. Polyarthrite rhumatoïde	714	M05-M06
U127	2. Arthrose	715	M15-M19
U128	3. Goutte	274	M10
U129	4. Douleur du bas du dos	720-724 (hormis 721.1, 722.0, 722.4)	M45-M48, M54 (hormis M54.2)
U130	Autres maladies de l'appareil locomoteur	710-713, 716-719, 721.1, 722.0, 722.4, 723, 725-739	M00-M02, M08, M11-M13, M20-M43, M50-M53, M54.2, M55-M99
U131	M. Anomalies congénitales	740-759	Q00-Q99
U132	1. Anomalie de la paroi abdominale	756.7	Q79.2-Q79.5
U133	2. Anencéphalie	740.0	Q00
U134	3. Atrésie anorectale	751.2	Q42
U135	4. Bec-de-lièvre	749.1	Q36
U136	5. Fente palatine	749.0	Q35, Q37
U137	6. Atrésie œsophagienne	750.3	Q39.0-Q39.1
U138	7. Agénésie rénale	753.0	Q60
U139	8. Trisomie 21	758.0	Q90
U140	9. Anomalies cardiaques congénitales	745-747	Q20-Q28
U141	10. Spina bifida	741	Q05
U142	Autres anomalies congénitales	740.1, 740.2, 742-744, 748, 749.2, 750.0, 750.1, 750.2, 750.4-751.1, 751.3-751.9, 752, 753.1-753.9, 754, 755, 756.0-756.6, 756.8, 756.9, 757, 758.1-758.9, 759	Q01-Q04, Q06-Q18, Q30-Q34, Q38, Q392-Q399, Q40-Q41, Q43-Q56, Q61-Q78, Q790, Q791, Q796, Q798, Q799, Q80-Q89, Q91-Q99
U143	N. Maladies orales	520-529	K00-K14
U144	1. Caries dentaires	521.0	K02
U145	2. Maladie parodontale	523	K05
U146	3. Edentulisme	—	—
U147	Autres maladies orales	520, 521.1-521.9, 522, 524-529	K00, K01, K03, K04, K06-K14
U148	III. Blessures	E800-999	V01-Y89
U149	A. Blessures non intentionnelles ^d	E800-949	V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89

Code	Désignation de la cause de la CGM	Code ICD-9	Code ICD-10
U150	1. Accidents de la circulation routière	E810-819, E826-829, E929.0	E
U151	2. Empoisonnements	E850-869	X40-X49
U152	3. Chutes	E880-888	W00-W19
U153	4. Incendies	E890-899	X00-X09
U154	5. Noyades	E910	W65-W74
U155	6. Autres blessures non intentionnelles	E800-E807, E820-E848, E870-E879, E900-E909, E911-E949	Reste de V, W20-W64, W75-W99, X10-X39, X50-X59, Y40-Y86, Y88, Y89
U156	B. Blessures intentionnelles^d	E950-978, 990-999	X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871
U157	1. Blessures auto-infligées	E950-959	X60-X84, Y870
U158	2. Violence	E960-969	X85-Y09, Y871
U159	3. Guerre	E990-999	Y36
U160	Autres blessures intentionnelles	E970-E978	Y35

a. Les décès enregistrés sous "Symptômes, signes et états mal définis" (780-799 in ICD-9 and R00-R99 in ICD-10) sont proportionnellement répartis entre toutes les causes du Groupe I et du Groupe II.

b. Les décès dus au cancer et enregistrés sous les catégories ICD relatives aux autres néoplasmes malins figurant dans d'autres sites non spécifiés, y compris ceux dont l'origine demeure inconnue, et aux néoplasmes secondaires et indéterminées (ICD-10 C76, C80, C97 or ICD-9 195, 199) ont été répartis proportionnellement répartis entre les catégories annotées dans chaque groupe d'âge-sexe, de manière à inclure dans la catégorie "Autres néoplasmes malins", uniquement les néoplasmes malins repris sur d'autres sites précisés.

c. Les décès liés aux maladies cardiaques ischémiques peuvent être enregistrés, de façon erronée, sous certains codes dits « fourre-tout cardiovasculaire ». Sont concernées l'insuffisance cardiaque, la dysrythmie ventriculaire, l'athérosclérose généralisée et les descriptions et complications mal définies des cardiopathies. Le nombre de décès attribuée à ces causes a été reporté sur les maladies cardiaques ischémiques telles que décrites par Lozano et al (2001). Les codes ICD-9 pertinents sont 427.1, 427.4, 427.5, 428, 429.0, 429.1, 429.2, 429.9, 440.9, tandis que les codes ICD-10 concernés sont I47.2, I49.0, I46, I50, I51.4, I51.5, I51.6, I51.9, I70.9.

d. Les décès par blessure dont l'intention demeure inconnue (E980-989 of ICD-9 and Y10-Y34, Y872 in ICD-10) sont répartis de manière proportionnelle entre toutes les causes figurant en-dessous du niveau du groupe relatif aux blessures.

e. Pour les pays dont les données ICD-10 sont à trois chiffres, utiliser : V01-V04, V06, V09-V80, V87, V89, V99. Pour les pays dont les données ICD-10 sont à quatre chiffres, utiliser: V01.1-V01.9, V02.1-V02.9, V03.1-V03.9, V04.1-V04.9, V06.1-V06.9, V09.2, V09.3, V10.4-V10.9, V11.4-V11.9, V12.3-V12.9, V13.3-V13.9, V14.3-V14.9, V15.4-V15.9, V16.4-V16.9, V17.4-V17.9, V18.4-V18.9, V19.4-V19.6, V20.3-V20.9, V21.3-V21.9, V22.3-V22.9, V23.3-V23.9, V24.3-V24.9, V25.3-V25.9, V26.3-V26.9, V27.3-V27.9, V28.3-V28.9, V29.4-V29.9, V30.4-V30.9, V31.4-V31.9, V32.4-V32.9, V33.4-V33.9, V34.4-V34.9, V35.4-V35.9, V36.4-V36.9, V37.4-V37.9, V38.4-V38.9, V39.4-V39.9, V40.4-V40.9, V41.4-V41.9, V42.4-V42.9, V43.4-V43.9, V44.4-V44.9, V45.4-V45.9, V46.4-V46.9, V47.4-V47.9, V48.4-V48.9, V49.4-V49.9, V50.4-V50.9, V51.4-V51.9, V52.4-V52.9, V53.4-V53.9, V54.4-V54.9, V55.4-V55.9, V56.4-V56.9, V57.4-V57.9, V58.4-V58.9, V59.4-V59.9, V60.4-V60.9, V61.4-V61.9, V62.4-V62.9, V63.4-V63.9, V64.4-V64.9, V65.4-V65.9, V66.4-V66.9, V67.4-V67.9, V68.4-V68.9, V69.4-V69.9, V70.4-V70.9, V71.4-V71.9, V72.4-V72.9, V73.4-V73.9, V74.4-V74.9, V75.4-V75.9, V76.4-V76.9, V77.4-V77.9, V78.4-V78.9, V79.4-V79.9, V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83.0-V83.3, V84.0-V84.3, V85.0-V85.3, V86.0-V86.3, V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, V99, Y850.

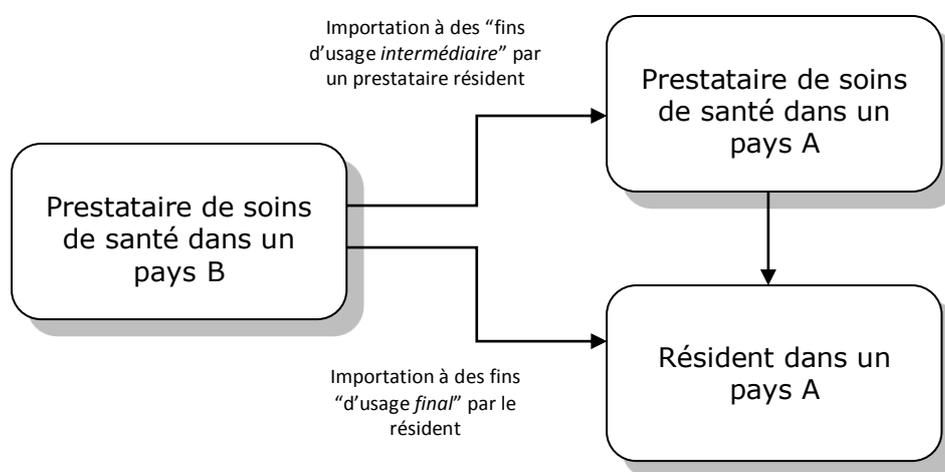
Source: Charge globale de morbidité 2008, à paraître.

L'Annexe F du manuel SCS 2011 présente aussi la classification internationale des soins primaires (ICPC-2) ; le Système de classification, anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) et la Liste résumée internationale pour la tabulation de la morbidité hospitalière (ISHMT)

ANNEXE G. CLASSIFICATION INTERNATIONALE ET TYPE POUR LE COMMERCE ET LE TOURISME

Cette annexe examine le commerce international des biens et services de soins de santé des points de vues différents de SCS, les statistiques de commerce internationale et d'autre statistiques économiques.

Figure G.1 Le traitement des importations dans le cadre du SCS



Source: EICS pour le SCS 2011.

Les statistiques du commerce fournissent un éclairage majeur dans l'analyse des forces et faiblesses des économies, dans l'évaluation de l'impact des différentes politiques et dans l'identification des opportunités offertes par les partenaires du marché. C'est en reconnaissance du rôle grandissant du secteur des services que l'Organisation mondiale du commerce (OMC) a conclu l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) en 1995, mettant ainsi les services un peu plus au centre des considérations internationales sur les échanges internationaux.

L'Annexe G du manuel SCS 2011 traite le commerce des biens et services de soins de santé des perspectives du GATS, le manuel de Balance de paiements (MBP6), SCN 2008, le Manuel des statistiques du commerce international des services (MSITS 2010); et le compte satellite de tourisme.

ⁱ Le questionnaire conjoint OCDE, Eurostat et OMS sur les comptes de la santé (JHAQ), utilisé depuis 2005.

ⁱⁱ Veuillez noter que nous avons opté pour l'utilisation de "prestataires de services de santé" au lieu de "services de soins de santé" afin d'inclure les unités économiques offrant des services d'administration de santé.

ⁱⁱⁱ Il y a une relation complexe entre l'invalidité (aide avec une ou plusieurs AVQ), la fragilité et la comorbidité, qui peuvent être perçues comme des concepts distincts mais interconnectés. Dans le cadre de l'étude sur la santé cardiovasculaire de 2001, une population vivant dans une communauté

aux Etats-Unis avait été classée comme invalide ou fragile ou souffrant de comorbidité. Sur celles qui ont catégorisées comme fragiles et invalides, 79% souffrait également de co-morbidité. Voir Fried *et al.* (2001).

- iv La fourniture d'un traitement efficace dans le cadre de la prévention secondaire ne consiste pas en la prestation elle-même, mais plutôt toutes les mesures accompagnant la prestation au niveau du système, notamment à travers des mesures telles que la mise en œuvre de la réglementation et l'assurance qualité des services. Pomey *et al.* (2000), pp. 339-344.
- v Les composantes de la salubrité de l'environnement sont liées à l'application et au suivi de la réglementation en relation avec tout agent présentant des risques immédiats prouvés pour l'homme; *ex* : les polluants organiques persistants et les métaux lourds, qui sont liés aux maladies transmises par l'air, l'eau et les aliments à travers les frontières et les générations.
- vi Cette catégorie inclut les paiements informels. *De facto* le partage des coûts inclurait les paiements informels. Toutefois, habituellement les paiements informels ou les dessous de table ne sont pas considérés comme des partages de coûts mais comme des paiements directs effectifs.
- vii Les régimes de paiement volontaire des soins de santé (HF.2) ne doivent pas venir d'une initiative privée. Par exemple, le gouvernement Thaïlandais a initié un régime d'assurance maladie volontaire, et le NRCSR actuel chinois est également un régime d'assurance volontaire qui a été initié par l'Etat.
- viii Selon le SCN, la principale source de revenu est le revenu que les unités résidentielles reçoivent suite à leur participation au processus de production, en même temps que les revenus que reçoivent les propriétaires de biens financiers ou autres, en retour pour avoir mis ces biens à la disposition d'autres unités institutionnelles.
- ix L'utilisation du terme « volontaire » ici est discutable, car l'Etat ou le régime d'assurance peut imposer l'obligation de copayer les services.
- x La consolidation est une méthode de présentation des statistiques pour un ensemble d'unités comme si elles constituaient une seule unité.
- xi Pour être classé comme employé, c'est-à-dire, soit en tant qu'employé ou particulier, la personne doit être engagée dans une activité qui entre dans la production de soins de santé. Les personnes non-employées sont des personnes sans emploi et les personnes qui ne sont pas sur le marché de l'emploi (SCN 2008, 7.29). Les employés sont des travailleurs en relation avec un employeur : cela suppose un contrat écrit ou oral, formel ou informel, entre une entreprise et une personne, normalement contracté volontairement par les deux parties, aux termes duquel la personne travaille pour l'entreprise et reçoit en contrepartie une rémunération en espèces ou en nature. La rémunération est normalement basée directement, ou indirectement sur le volume du travail effectué, soit selon le temps passé au travail, ou sur le travail effectué dans un processus de production, ou sur d'autres indicateurs objectifs du volume du travail effectué, et payée selon un montant fixe préalablement convenu. Les particuliers sont des personnes qui travaillent pour eux-mêmes, et dont les entreprises personnels ne sont distinguées ni en tant qu'entités juridiques distinctes, ni en tant qu'unités institutionnelles distinctes dans le SCN. Il peut s'agir de personnes qui sont propriétaires uniques, ou propriétaires associés des entreprises individuelles pour lesquelles elles travaillent ou un membre d'une coopérative de producteur ou un travailleur familial (c'est-à-dire, un membre de la famille qui travaille dans une entreprise individuelle sans paie). Les particuliers sont rémunérés en tant que fonction de la valeur des produits du processus de production pour lequel cette personne est responsable, indépendant du montant qui y a été investi.
- xii Les uniformes fournis par l'employeur font partie de la consommation intermédiaire. Selon le SCS 2008, « lorsque les biens et services sont utilisés par les employés quand ils le veulent et à leur propre discrétion pour la satisfaction directe de leurs besoins et nécessités, ils constituent une rémunération en nature. Toutefois, lorsque les employés sont obligés d'utiliser les biens et services pour l'exécution de leur travail, ils constituent une consommation intermédiaire » (SCN 2008, 6.220). La dernière situation est celle qui s'applique généralement aux agents de santé.

- xiii. Bien que les avantages en nature doivent être pris en compte, leur évaluation peut parfois être problématique. L'évaluation d'un véhicule, ou de l'utilisation d'un véhicule peut être facile, mais autres choses comme l'utilisation d'un téléphone mobile peut s'avérer plus difficile. Cela pourrait également signifier que les avantages doivent être évalués lorsqu'ils sont couverts par le budget de l'Etat dans une rubrique comme le logement, par exemple, si les employés vivent dans une maison gratuitement. C'est fréquemment le cas du personnel de santé travaillant dans les zones rurales.
- xiv. La rémunération des professionnels particuliers est une rubrique qui prend en compte plus que simplement les coûts d'un professionnel indépendant. Il est difficile de séparer la part de salaire du particulier de son bénéfice. La partie bénéfice est généralement incluse comme un élément de « coût ».
- xv. La consommation du capital fixe est la valeur économique de l'utilisation des biens d'investissement dans la production utilisée par les comptes nationaux. Dans la comptabilité des entreprises, le terme dépréciation est utilisé, pour refléter généralement les montants juridiquement autorisés des biens d'investissement à prendre en compte dans la structure des coûts des sociétés.
- xvi. Les maladies infectieuses et parasitiques comprennent les maladies comme la tuberculose, le VIH/SIDA et le paludisme au niveau du troisième chiffre, pour lesquelles l'estimation des dépenses revêt une importance politique dans un grand nombre de pays.
- xvii. Le terme « brut » indique que la perte de valeur due à l'utilisation ou à l'obsolescence n'est pas prise en compte. Une mesure plus affinée appelée formation « nette » de capital s'obtient en soustrayant la valeur de la consommation du capital de la formation brute de capital.