

Systeme de comptes de la santé

SANTÉ



© OCDE, 2000

© Logiciel, 1987-1996, Acrobat, marque déposée d'ADOBE.

Tous droits du producteur et du propriétaire de ce produit sont réservés. L'OCDE autorise la reproduction d'un seul exemplaire de ce programme pour usage personnel et non commercial uniquement. Sauf autorisation, la duplication, la location, le prêt, l'utilisation de ce produit pour exécution publique sont interdits. Ce programme, les données y afférentes et d'autres éléments doivent donc être traités comme toute autre documentation sur laquelle s'exerce la protection par le droit d'auteur.

Les demandes sont à adresser au :

Chef de la division des Publications
Direction des relations publiques et de la communication
2, rue André-Pascal
75775 Paris, Cedex 16, France.

Systeme de comptes de la sante

Version 1.0



ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

En vertu de l'article 1^{er} de la Convention signée le 14 décembre 1960, à Paris, et entrée en vigueur le 30 septembre 1961, l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) a pour objectif de promouvoir des politiques visant :

- à réaliser la plus forte expansion de l'économie et de l'emploi et une progression du niveau de vie dans les pays Membres, tout en maintenant la stabilité financière, et à contribuer ainsi au développement de l'économie mondiale ;
- à contribuer à une saine expansion économique dans les pays Membres, ainsi que les pays non membres, en voie de développement économique ;
- à contribuer à l'expansion du commerce mondial sur une base multilatérale et non discriminatoire conformément aux obligations internationales.

Les pays Membres originaires de l'OCDE sont : l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, le Canada, le Danemark, l'Espagne, les États-Unis, la France, la Grèce, l'Irlande, l'Islande, l'Italie, le Luxembourg, la Norvège, les Pays-Bas, le Portugal, le Royaume-Uni, la Suède, la Suisse et la Turquie. Les pays suivants sont ultérieurement devenus Membres par adhésion aux dates indiquées ci-après : le Japon (28 avril 1964), la Finlande (28 janvier 1969), l'Australie (7 juin 1971), la Nouvelle-Zélande (29 mai 1973), le Mexique (18 mai 1994), la République tchèque (21 décembre 1995), la Hongrie (7 mai 1996), la Pologne (22 novembre 1996) et la Corée (12 décembre 1996). La Commission des Communautés européennes participe aux travaux de l'OCDE (article 13 de la Convention de l'OCDE).

Also available in English under the title:

A System of Health Accounts

© OCDE 2000

Les permissions de reproduction partielle à usage non commercial ou destinée à une formation doivent être adressées au Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, France, Tél. (33-1) 44 07 47 70, Fax (33-1) 46 34 67 19, pour tous les pays à l'exception des États-Unis. Aux États-Unis, l'autorisation doit être obtenue du Copyright Clearance Center, Service Client, (508) 750-8400, 222 Rosewood Drive, Danvers, MA 01923 USA, ou CCC Online : <http://www.copyright.com/>. Toute autre demande d'autorisation de reproduction ou de traduction totale ou partielle de cette publication doit être adressée aux Éditions de l'OCDE, 2, rue André-Pascal, 75775 Paris Cedex 16, France.

AVANT-PROPOS

La santé représente aujourd'hui dans les pays de l'OCDE l'un des secteurs d'activité les plus importants et les plus dynamiques en termes de création d'emplois et d'innovation. L'état de santé des populations s'est nettement amélioré dans ces pays et la couverture maladie y est quasiment généralisée. Malgré ces avancées, des questions continuent de se poser : les ressources mobilisées sont-elles adéquates ? Sont-elles bien employées ? Comment améliorer l'équité, l'efficacité et l'efficacités des systèmes de soins ? La rapidité des progrès techniques, les exigences grandissantes des patients et le vieillissement des populations sont autant de défis qui appellent de nouvelles réformes.

D'où la nécessité de plus en plus manifeste de disposer d'un ensemble de données financières essentielles fournies par les comptes nationaux de la santé et les comparaisons internationales des dépenses de santé. Ce manuel du *Système de comptes de la santé* (SCS) présente une série de comptes exhaustifs, cohérents et souples. Il définit un cadre théorique pour la notification des statistiques et propose une nouvelle Classification internationale pour les comptes de la santé (*International Classification for Health Accounts* – ICHA) qui s'articule autour de trois axes : la nomenclature des fonctions de soins de santé, la nomenclature des prestataires de services de santé et la nomenclature des sources de financement.

Les comptes proposés sont destinés à répondre aux besoins des analystes des systèmes de santé et des responsables de l'élaboration des politiques. Ils fournissent un cadre commun de nature à améliorer la comparabilité des données dans le temps et dans l'espace. Ils ont été conçus pour servir de base à des comparaisons internationales couvrant un large éventail de pays dont les systèmes de santé sont organisés et financés selon des modalités différentes.

Ce manuel est l'aboutissement des efforts déployés depuis plus de quinze ans par le Secrétariat de l'OCDE pour faciliter les comparaisons internationales des statistiques de santé dans le cadre de l'analyse économique des politiques de santé. Des experts de l'OCDE et d'autres organisations internationales ont contribué à sa réalisation en formulant des commentaires sur ses diverses versions intermédiaires. Préparé par M. Manfred Huber, administrateur à la Direction de

l'éducation, de l'emploi, du travail et des affaires sociales de l'OCDE, ce manuel est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE.

Les organismes statistiques nationaux et les autres utilisateurs du manuel peuvent consulter la Hotline du Système de comptes de la santé à l'adresse sha.contact@oecd.org pour poser des questions et demander des renseignements. Des informations complémentaires sur le Système de comptes de la santé et d'autres lignes directrices pratiques sont mises à leur disposition à l'adresse <http://www.oecd.org/els/health/sha.htm>. Tous les utilisateurs de ce manuel sont invités à participer activement aux efforts déployés pour l'améliorer.

REMERCIEMENTS

M. Jean-Pierre Poullier (OMS, Genève), qui avait lancé le projet de *Système de comptes de la santé* lorsqu'il travaillait à l'OCDE, a commenté chacune des versions intermédiaires du SCS au cours des trois dernières années et a apporté son concours à la dernière phase de révision de ce manuel. Diverses versions intermédiaires du SCS ont été examinées par les membres de la *Task Force* d'Eurostat sur les statistiques de santé. Les observations transmises par de nombreux experts de pays non membres et d'autres organisations internationales témoignent de l'intérêt porté à ce manuel par un large groupe de pays. Mme Ann Chadeau et M. Hermann T. Sarrazin ont collaboré à la rédaction de certaines parties du manuel. Enfin, ce projet n'aurait pu être mené à bien sans la contribution financière de la *Health Care Financing Administration* des États-Unis, à laquelle nous exprimons toute notre reconnaissance.

TABLE DES MATIÈRES

1. Principes du Système de comptes de la santé	13
Introduction	13
Objectifs du Système de comptes de la santé	15
Historique	16
Les prochaines étapes : exercices pilotes d'application et poursuite de l'élaboration du manuel	17
La structure du manuel : guide du lecteur	18
Principes de base du Système de comptes de la santé	19
Le Système de comptes de la santé et les analyses et comptes satellites de la santé	22

PREMIÈRE PARTIE

CONCEPTS ET MÉTHODES APPLICABLES AUX COMPTES DE LA SANTÉ

2. Une série de tableaux standardisés.....	27
Méthodes d'estimation et flux d'informations utilisés en comptabilité de la santé.....	28
Tableaux standardisés (1 à 10)	30-44
3. Fonctions essentielles et frontières globales des soins de santé.....	45
Introduction	45
La délimitation des fonctions de soins de santé.....	45
Fonctions de soins de santé et fonctions sanitaires connexes	46
Modes de production	48
Autres paramètres de classement des services de soins individuels	50
Fonctions sanitaires connexes	52
Application de la nomenclature fonctionnelle	53
4. Prestataires de soins de santé.....	57
Introduction	57
Les prestataires de soins de santé dans l'économie	58
La nomenclature des prestataires de soins de santé	59
Autres critères de classification des unités institutionnelles	59
Application de la nomenclature des prestataires de soins de santé	62

5. Mesure des dépenses de santé	65
Introduction	65
Estimation des totaux nationaux	65
Définition du champ de la production dans le domaine de la santé	66
Le traitement des subventions et autres transferts aux prestataires de soins de santé	69
Mesure de la production marchande et de la production non marchande	70
Échanges internationaux de biens et services médicaux	71
Moment d'enregistrement et principe de comptabilisation sur la base des droits et obligations.....	73
Formation de capital dans les industries des prestataires de soins de santé	74
Définition des composantes de la dépense totale de santé selon le SCN : résumé	74
Dépense imputable aux fonctions sanitaires connexes	75
6. Financement des dépenses de santé	77
Introduction	77
Le financement des dépenses de santé : un exemple chiffré	79
Les différentes sources de financement	81
Présentation matricielle des transferts spécifiques de la santé	83
Flux de financement : un ensemble de comptes sectoriels	86
<i>Annexe 6.1. Comptes sectoriels des flux de financement</i>	88
7. Prix et volumes	103
Introduction	103
Rôle des mesures de prix et de volume appliquées aux services de santé	104
Mesure des variations de prix et de volume dans le cadre du SCS	104
État actuel des mesures de prix et de volumes	105
Mesure des prix et de la production des services de soins de santé : méthode proposée	106
Mesure des variations de qualité	108
Mesure de la production et mesure du résultat obtenu	109
Note sur les parités de pouvoir d'achat	110
8. Le SCS et les comptes et analyses satellites de la santé	111
Les comptes satellites de la santé	112
Points communs entre le SCS et les comptes et analyses satellites de la santé	113
Différences entre le SCS et les comptes et analyses satellites de la santé	115

DEUXIÈME PARTIE

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES COMPTES DE LA SANTÉ (ICHA)

9. Nomenclature des fonctions de soins de santé (ICHA-HC)	123
Présentation générale	123
Fonctions de soins de santé individuels	123
Nomenclature des fonctions ICHA-HC : notes explicatives	127

<i>Annexe 9.1. Autres problèmes de délimitation du champ de la santé</i>	143
<i>Annexe 9.2. Table de correspondance avec les nomenclatures du SCN</i>	145
<i>Annexe 9.3. Classification croisée des fonctions de santé publique</i>	147
10. Nomenclature des prestataires de soins de santé (ICHA-HP)	149
Présentation générale	149
Nomenclature des prestataires de soins ICHA-HP : notes explicatives	151
<i>Annexe 10.1. Classification croisée de ICHA-HP et CITI, Rev. 3</i>	164
11. Nomenclature des sources de financement des soins de santé (ICHA-HF)	167
Présentation générale	167
Assurance sociale et sécurité sociale	168
Nomenclature des sources de financement ICHA-HF : note explicatives	170
Annexes	173
Annexe A.1. La mesure des ressources humaines consacrées à la santé	175
Annexe A.2. Classification internationale des actes médicaux	188
Annexe A.3. Classification internationale des soins primaires	190
Annexe A.4. La santé dans la classification centrale de produits	193
Annexe A.5. La santé dans la CITI : troisième révision	197
Annexe A.6. La santé dans les nomenclatures des dépenses par fonction du SCN	201
Abréviations et acronymes	215
Bibliographie	219

Liste des figures

Figure 2.1. Flux d'informations utilisés en comptabilité de la santé	28
Figure 4.1. Prestataires de soins de santé au sein de l'économie	59
Figure 11.1. L'assurance maladie selon le SCN	168
Figure A1.1. Stocks et flux nationaux de RHS : un modèle schématisé	184
Figure A1.2. Les principaux flux de la filière	186

Liste des tableaux

Tableaux standardisés

Tableau 1. Dépense courante de santé par fonction, prestataire et source de financement	30
Tableau 2. Dépense courante de santé par fonction et par prestataire	32
Tableau 3. Dépense courante de santé par prestataire et par source de financement	34

Tableau 4.	Dépense courante de santé par fonction et par source de financement	36
Tableau 5.	Dépense totale de santé incluant les fonctions sanitaires connexes	38
Tableau 6.	Dépenses de santé individuelles par grande catégorie de la CIM	40
Tableau 7.	Dépenses de santé individuelles par âge et par sexe	41
Tableau 8.	Quelques indices de prix applicables aux biens et services de santé	42
Tableau 9.	Échanges internationaux de biens et de services de santé	43
Tableau 10.	Emploi total dans les industries prestataires de soins de santé	44

Tableaux de la première partie

Tableau 3.1.	Nomenclature fonctionnelle des soins de santé (ICHA-HC)	47
Tableau 3.2.	Autres ventilations possibles des services de soins individuels	51
Tableau 3.3.	Possibilités complémentaires de présentation des données pour certaines fonctions de soins	51
Tableau 4.1.	Nomenclature des prestataires de soins de santé (ICHA-HP)	60
Tableau 4.2.	Organismes de soins de santé classés par secteur et type d'unité institutionnelle du SCN	61
Tableau 5.1.	Structure fonctionnelle de la dépense totale de santé	66
Tableau 5.2.	Classification des échanges internationaux de services de santé	72
Tableau 5.3.	Agrégats de la dépense de santé selon la terminologie du SCS et du SCN	75
Tableau 6.1.	Classification ICHA-HF des sources de financement	78
Tableau 6.2.	Dépense de santé par source de financement : un exemple chiffré	80
Tableau 6.3.	Transferts relatifs aux soins de santé : une présentation matricielle	84
Tableau 7.1.	Mesure de la production pour usage final, en termes de prix et de volume, de divers prestataires de soins de santé	105
Tableau 8.1.	Composantes de la dépense de santé dans les comptes satellites et dans le SCS ..	115
Tableau 8.2.	Tableau des ressources et des emplois du SCS (première partie)	119
Tableau 8.3.	Tableau entrées-sorties du SCS (deuxième partie)	120

Tableaux de l'annexe 6.1

Compte G.1.	Administration centrale	88
Compte G.2.	Administrations régionales et locales	89
Compte G.3.	Administrations de sécurité sociale	90
Compte P.1.	Assurance sociale privée	91
Compte P.2.	Sociétés d'assurance privées (hors assurance sociale)	92
Compte P.3.	Ménages privés	92
Compte P.4.	ISBL au service des ménages (hors assurance sociale)	93
Compte P.5.	Sociétés (hors assurance maladie)	93
Compte RDM.	Reste du monde	94

Tableaux de la deuxième partie

Tableau 9.1.	Nomenclature des fonctions de soins de santé (ICHA-HC) : niveau à trois chiffres	126
Tableau 9.2.	Santé maternelle et infantile dans la Classification internationale des actes médicaux (CIAM)	134
Tableau 9.3.	Quelques fonctions se rapportant à l'hygiène du milieu	141
Tableau 9.4.	Prestations en espèces liées à la santé	141
Tableau 9.5.	Table de correspondance entre la nomenclature ICHA-HC et les nomenclatures du SCN 93	146
Tableau 9.6.	Table de correspondance entre les Fonctions essentielles de santé publique (Essential Public Health Functions – EPHFs) de l'OMS, la nomenclature ICHA-HC et la CFAP	147
Tableau 10.1.	Nomenclature des prestataires de soins de santé (ICHA-HP) : niveau à trois chiffres	150
Tableau 10.2.	Classification croisée de l'ICHA-HP avec CITI, classes de la révision 3	164
Tableau 11.1.	Nomenclature des sources de financement (ICHA-HF) : niveau à trois chiffres ..	169

Tableaux des annexes

Tableau A1.1.	Les professions de santé dans la Classification internationale type des professions (CITP-88)	180
Tableau A2.1.	Chapitres et divisions de la Classification internationale des actes médicaux	188
Tableau A3.1.	IC-Process-PC : Sections et principales subdivisions	191
Tableau A4.1.	Les services de soins de santé dans la CPC, Version 1	194
Tableau A5.1.	Classement des industries prestataires de soins de santé dans la CITI	198
Tableau A6.1.	La santé dans les nomenclatures des dépenses par fonction du SCN	202

1. PRINCIPES DU SYSTÈME DE COMPTES DE LA SANTÉ

INTRODUCTION

- 1.1. Les systèmes nationaux de comptes de la santé en sont actuellement à des stades de développement variés et peuvent différer à de nombreux égards : limites tracées entre les activités sanitaires et d'autres activités économiques et sociales, nomenclatures et règles comptables utilisées, niveau de détail fourni. Le *Système de comptes de la santé* (SCS) sert de cadre à l'établissement d'une famille de tableaux interdépendants permettant la notification uniforme des statistiques sur les dépenses de santé et leur financement. Le SCS a été conçu à la fois pour faciliter la collecte internationale des données et pour servir éventuellement de modèle aux pays qui souhaitent réviser et compléter leurs comptes nationaux de la santé en tant qu'instruments d'aide à la formulation des politiques.
- 1.2. Comme tout système de comptes, cette série de tableaux repose sur un ensemble de concepts, définitions, nomenclatures et règles de comptabilisation communs, condition indispensable pour effectuer des comparaisons dans le temps et entre les pays. En élaborant le SCS, on s'est attaché à fournir un cadre de notification uniforme pouvant être utilisé par des pays dont les systèmes de santé sont organisés très différemment. Le SCS comprend par conséquent des éléments applicables à des pays ayant des niveaux de revenu hétérogènes.
- 1.3. La nécessité d'affiner les systèmes de compte de la santé découle de la complexité grandissante des systèmes de soins de nombreux pays et de l'évolution rapide des techniques médicales. Les décideurs et tous ceux qui s'intéressent aux systèmes de santé et aux récentes réformes dans ce domaine s'interrogent sur l'adéquation des règles comptables en vigueur et sur la capacité des comptes de la santé à rendre compte de l'évolution rapide d'un secteur de plus en plus complexe. Les exigences croissantes des usagers des services de santé renforcent encore la nécessité de disposer d'informations actuelles sur les systèmes de santé.

Proposition de Classification internationale pour les comptes de la santé (ICHA) en trois dimensions

- 1.4. Les comptes nationaux de la santé revêtent généralement la forme de tableaux en deux dimensions dans lesquels les dépenses sont ventilées par prestataire/programme de soins et par source de financement. Pour classer les prestataires de soins, les pays se réfèrent généralement à des critères institutionnels et fonctionnels variés. Les catégories ainsi définies (par exemple, « hôpital général », « maternité », et « médecin de famille ») renvoient à des réalités différentes d'un pays à l'autre, de sorte que la définition du champ couvert par les dépenses de santé varie selon les pays et les époques.
- 1.5. Plus de deux décennies d'expérience des comparaisons internationales et de l'analyse des politiques de santé nationales ont montré que la séparation des aspects institutionnels et fonctionnels des services de santé était nécessaire pour l'établissement de comptes de la santé se prêtant à des comparaisons internationales. Une telle séparation est également indispensable pour faciliter les comparaisons temporelles au niveau de chaque pays. Ce principe, introduit depuis peu en comptabilité de la santé, est observé et appliqué de longue date pour la collecte de données dans d'autres domaines définis fonctionnellement qui présentent un intérêt particulier pour l'action publique, notamment l'éducation, la recherche-développement et la protection sociale au sens large.
- 1.6. La production et le financement des soins de santé est un processus complexe et multidimensionnel. L'ensemble de tableaux de base du *Système de comptes de la santé* (SCS) répond à trois questions fondamentales :
 - quelle est l'origine des fonds ? (sources de financement) ;
 - quelle est leur destination? (fournisseurs de biens et services médicaux) ;
 - quelles sont les catégories de services (définis fonctionnellement) rendus et de biens acquis ?
- 1.7. Le Système de comptes de la santé est donc ordonné autour de trois axes permettant l'enregistrement des dépenses de santé suivant une nouvelle Classification internationale pour les comptes de la santé (*International Classification for Health Accounts – ICHA*) qui permet de ventiler les soins de santé :
 - par **fonctions** (*ICHA-Health Care Functions*) ;
 - par **prestataires de soins** (*ICHA- Health Care Providers*) ;
 - par sources de **financement** (*ICHA-Health Financing*).
- 1.8. Les nomenclatures proposées offrent des liens avec des données non monétaires comme l'emploi et d'autres statistiques sur les ressources. Diverses classifications nationales et internationales existantes ont servi de point de départ pour l'élaboration de ces nomenclatures. Ainsi la nomenclature ICHA des prestataires s'inspire-t-elle, en l'affinant, de la Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique (CITI, 3^e révision, Nations Unies, 1990). Des nomenclatures récemment élaborées ou révisées comme la *Classification centrale des produits*, version 1 (Nations Unies, 1998a) et la révision 1998 des classifications fonctionnelles du Système de comptabilité nationale 93

(SCN 93) sont citées pour référence dans le présent manuel afin d'aider les statisticiens qui mettent leurs systèmes nationaux en conformité avec ces classifications révisées à établir des liens avec les nomenclatures utilisées dans ce manuel. Le choix des catégories figurant dans les trois nomenclatures ICHA est fondé sur l'intérêt qu'elles présentent pour l'analyse des politiques de santé et des réformes, en particulier pour l'observation des changements structurels comme le recul progressif des soins hospitaliers au profit des soins ambulatoires et la montée en puissance de prestataires multifonctionnels au sein des systèmes nationaux de santé.

Évolutions récentes des systèmes de comptabilité de la santé et d'information sanitaire

- 1.9. Durant les années 90, un nombre croissant de pays ont entrepris de réviser leurs systèmes de comptabilité, leur objectif étant d'accroître la pertinence, l'exhaustivité et la cohérence interne de leurs comptes de la santé et de leurs systèmes nationaux d'information sanitaire. La conception plus large de la santé publique qui s'est imposée dans plusieurs pays a conduit ceux-ci à remanier leurs systèmes de statistiques de santé et à les faire évoluer vers des systèmes d'information plus complets intégrant à la fois des données sur le contexte socio-économique (environnement économique, social et physique), les dépenses de santé et leur financement, et des indicateurs non monétaires sur l'utilisation des ressources et les résultats.
- 1.10. Ce manuel a été conçu dans l'optique de la mise au point d'instruments statistiques plus puissants que ceux dont on disposait autrefois, à l'exemple de ceux qui commencent à se mettre en place ou existent déjà dans de nombreux pays. La constitution progressive d'importantes bases de données associant des méso et des micro-données devrait permettre, à terme, de couvrir les multiples aspects de la fonction santé de façon toujours plus exhaustive, révolutionnant ainsi la comptabilité des dépenses de santé au niveau national tout en fournissant des données fiables permettant de faire évoluer les systèmes nationaux vers le cadre international comparable du système de comptes de la santé.

OBJECTIFS DU SYSTÈME DE COMPTES DE LA SANTÉ

- 1.11. Les principaux objectifs du *Système de comptes de la santé* de l'OCDE peuvent être résumés ainsi :
 - fournir un ensemble de comptes de la santé qui se prêtent à des comparaisons internationales sous la forme de tableaux standardisés ;
 - convenir d'une définition commune à tous les pays des soins de santé et de leurs principales composantes ;
 - distinguer les fonctions médicales de base des fonctions sanitaires connexes, et faire ressortir les aspects intersectoriels de la santé qui constituent des sujets de préoccupation communs aux acteurs de la politique économique et sociale ;
 - présenter des tableaux qui permettent d'analyser les flux de financement des soins médicaux et de classer les régimes d'assurance et autres mécanismes de financement ;
 - présenter un ensemble de grands agrégats utiles à l'analyse comparative de la méso et de la micro-structure des services de santé ;

- fournir un cadre permettant une notification cohérente dans le temps des dépenses consacrées aux services de santé ;
- repérer les conséquences économiques des réformes des systèmes et des politiques de santé ;
- offrir un cadre qui permette d'analyser les systèmes de santé sous l'angle économique et qui soit compatible avec les règles de la comptabilité nationale ;
- présenter un modèle économique qui rende compte de la production et de l'utilisation des services de santé – et qui fasse ressortir les liens conceptuels entre le *Système de comptes de la santé* et les comptes satellites de la santé.

HISTORIQUE

- 1.12. Le Système de comptes de la santé s'inspire des comptes nationaux de la santé et de l'expérience acquise à travers les systèmes d'information sanitaire existant dans les pays Membres de l'OCDE. Il s'appuie notamment sur les sources suivantes : Australian Health Data Committee, 1998 ; Institut canadien d'informations sur la santé, 1999 ; Wolfson, MC, 1991, 1994 ; Institution des assurances sociales, 1997, pour la Finlande ; Service des statistiques, des études et des systèmes d'information (SESI), 1990, pour la France ; Brückner, 1996, 1998 et Sarrazin, 1999, pour le système allemand d'information sanitaire ; Lindsay/Newhouse, 1986 ; Lazenby *et al.*, 1992 ; Levit *et al.* pour les comptes de la santé des États-Unis ; FUNSALUD, Mexique, 1996, pour les comptes mexicains de la santé. Les progrès récents dans le domaine des comparaisons internationales des estimations des dépenses de santé qui ont influé sur la conception de ce manuel sont décrits dans Waldo, 1996 ; van Mosseveld et van Son, 1999 ; Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS), 1998 ; et Schneider *et al.*, 1995, 1998.
- 1.13. Les comptes de la santé de l'OCDE ont servi de modèle de référence et en sont pratiquement venus à constituer au fil des ans une norme informelle pour la notification uniforme des dépenses de santé (OCDE, 1977 ; OCDE, 1985 ; OCDE, 1987 ; OCDE, 1993 ; OCDE, 1999a). Année après année, le Secrétariat de l'OCDE a mené de front l'harmonisation des concepts et définitions et la collecte annuelle de statistiques sur la santé et les soins médicaux.
- 1.14. En mai 1996, l'OCDE a organisé une réunion ad hoc d'experts en statistiques de santé à laquelle ont participé des délégués de la plupart des pays Membres, ainsi que des experts d'Eurostat et des régions européenne et pan-américaine de l'Organisation mondiale de la santé. A cette occasion, il avait été demandé aux délégués d'indiquer comment le contenu, les méthodes et les procédures relatifs à la collecte annuelle de statistiques de santé de l'OCDE pourraient selon eux être améliorés. La définition de normes internationales pour les données relatives aux dépenses médicales et au financement des soins médicaux avait alors été désignée comme un axe prioritaire des futurs travaux de l'OCDE dans ce domaine. Une première version du présent manuel a été examinée lors de la deuxième réunion d'experts en statistiques de santé qui s'est tenue à Paris du 3 au 5 décembre 1997.
- 1.15. Une deuxième version provisoire du Système de comptes de la santé a été présentée à un groupe d'experts en comptabilité nationale réuni à l'OCDE du 22 au 25 septembre 1998,

puis aux délégués du Groupe de travail sur la politique sociale lors de la réunion qu'ils ont tenue du 19 au 22 octobre 1998. Ces derniers recommandèrent alors la publication du manuel et sa mise en œuvre à titre expérimental. Lors de ces deux réunions, les discussions ont porté essentiellement sur le cadre méthodologique général du Système de comptes de la santé et sur la structure de la Classification internationale proposée. Cette version du manuel a également été examinée lors d'un atelier d'experts des comptes de la santé accueilli à Dublin par le ministère irlandais de la Santé du 30 septembre au 2 octobre 1998. Les exercices pilote d'application du manuel et l'état d'avancement des travaux sur les comptes nationaux de la santé ont également figuré à l'ordre du jour d'une réunion conjointe OCDE/Eurostat sur les comptes de la santé organisée à Luxembourg les 11 et 12 mai 1999.

- 1.16. Les participants à ces réunions ont examiné le projet de Système de comptes de la santé, formulé des commentaires sur divers aspects du manuel et donné leur avis sur les prochaines étapes de sa mise en œuvre. La dernière série de modifications apportées au manuel durant l'année 1999 a conduit à clarifier les classifications proposées, à remanier complètement le chapitre 6 consacré aux sources et aux flux de financement, et à ajouter un nouveau chapitre 8 sur les liens entre le Système de comptes de la santé et les comptes satellites de la santé. Plusieurs chapitres du manuel ont été raccourcis pour une meilleure lisibilité.

LES PROCHAINES ÉTAPES : EXERCICES PILOTES D'APPLICATION ET POURSUITE DE L'ÉLABORATION DU MANUEL

- 1.17. Comme tout manuel publié en « version 1.0 », le Système de comptes de la santé doit être considéré comme un outil provisoire. Il conviendra en particulier de continuer d'affiner de manière interactive le projet de nomenclature fonctionnelle, parallèlement aux exercices pilotes d'application menés au niveau national. Des informations complémentaires ne tarderont sans doute pas à être demandées, de même que des précisions sur la manière de relier les données macro- et micro-économiques, par exemple pour les statistiques sur les procédures et la mesure des résultats, aspects qui ne sont pas couverts par la présente version du manuel. Au cours des années à venir, la version 1.0 du manuel sera donc remaniée à la lumière des discussions avec les ministères de la santé et les organismes statistiques des pays de l'OCDE, ainsi qu'avec d'autres organisations internationales et régionales travaillant dans le domaine des statistiques de santé.
- 1.18. L'élaboration de lignes directrices plus précises pour l'estimation des dépenses est l'une des importantes retombées attendues des exercices pilotes d'application du manuel. Ces lignes directrices éclaireront les aspects pratiques de la mise en œuvre du SCS et donneront des indications complémentaires sur la répartition des dépenses entre les diverses rubriques des nomenclatures ICHA. Les exercices pilotes d'application serviront à la fois à rassembler des indicateurs économiques de base sur les systèmes de santé se prêtant à des comparaisons internationales (mise en conformité des données nationales avec les tableaux standardisés proposés par l'OCDE) et à améliorer les systèmes de notification des pays qui ont choisi d'utiliser le SCS comme modèle.

1.19. Au cours des échanges de vues portant sur les aspects méthodologiques du SCS, plusieurs pays ont exprimé le souhait de jouer un rôle actif dans l'amélioration du manuel et de participer à un processus interactif de mise en pratique expérimentale de cet ouvrage avec le Secrétariat de l'OCDE. L'objectif premier des exercices pilotes sera d'élaborer une série préliminaire de tableaux de base types pour un échantillon de pays de l'OCDE. Ce processus sera axé sur les activités suivantes :

- Poursuivre l'harmonisation entre pays des limites globales et des méthodes d'estimation des principaux agrégats des dépenses de santé afin d'améliorer la comparabilité internationale de ces agrégats, notamment en réexaminant les frontières entre les services de santé et les autres services à caractère social (tels que ceux destinés aux personnes âgées dépendantes et aux personnes handicapées) ;
- Revoir les sources de données sur les dépenses de santé privées et les méthodes d'estimation de ces dépenses, dont on a constaté qu'elles étaient dans une large mesure à l'origine des erreurs entachant les comparaisons internationales ;
- Effectuer une ventilation complète des dépenses de santé par source de financement selon la nomenclature ICHA des sources de financement ;
- Élaborer des tableaux à deux dimensions sur les dépenses de santé ventilées par fonction et catégorie de prestataires ;
- Élaborer des tableaux à deux dimensions sur les dépenses de santé par source de financement et catégorie de prestataires.

1.20. Les organismes statistiques nationaux et les autres utilisateurs du manuel peuvent consulter la « Hotline » du SCS à l'adresse sha.contact@oecd.org pour poser des questions et formuler des commentaires. En outre, un site Internet de l'OCDE dédié aux échanges de vues sur les comptes de la santé et au partage des expériences pratiques acquises au fil de la mise en œuvre expérimentale du SCS a été ouvert à l'adresse <http://www.oecd.org/els/health/sha.htm>.

1.21. Ce site permet d'accéder à des informations qui complètent le manuel, notamment des conseils et des instructions pratiques pour sa mise en œuvre ; il contient également une liste des erreurs qui s'y sont glissées, des informations sur les résultats des exercices pilotes d'application, le calendrier des réunions prévues, des tableaux types vides en format Excel, etc. En outre, il donne accès à un panneau d'affichage électronique par l'intermédiaire duquel les utilisateurs du manuel pourront dialoguer entre eux et avec le Secrétariat de l'OCDE. Tous les utilisateurs du manuel sont invités à participer activement aux efforts déployés pour l'améliorer, et à consulter les sources d'information précitées.

LA STRUCTURE DU MANUEL : GUIDE DU LECTEUR

1.22. Les chapitres 1 à 8 présentent le cadre conceptuel et les définitions de base du SCS. Les chapitres 9 à 11 décrivent en détail les nomenclatures proposées et traitent de la délimitation du champ couvert par les soins médicaux ainsi que des trois dimensions de la Classification internationale pour les comptes de la santé (ICHA). Le chapitre 1 donne une vue d'ensemble

des finalités et de la portée du SCS. Le lecteur pressé pourra sauter le reste du chapitre 1 et passer directement à la série de tableaux standardisés présentés au chapitre 2.

- 1.23. Le chapitre 3 fournit les définitions essentielles sur lesquelles repose la délimitation fonctionnelle des services de santé et décrit dans leurs grandes lignes les principales fonctions de soins et les fonctions sanitaires connexes. Une distinction est établie entre les fonctions de production, de fourniture de biens et services médicaux et d'administration, d'une part, et les fonctions sanitaires connexes comme la formation de capital des prestataires de soins, l'éducation et la formation du personnel de santé, la recherche-développement dans le domaine médical et l'hygiène du milieu, d'autre part.
- 1.24. Le chapitre 4 est consacré au cadre institutionnel dans lequel s'inscrit la production de soins. Le chapitre 5 récapitule les différents aspects de la mesure des dépenses de santé en mettant l'accent sur l'utilisation de règles comptables et de définitions communes des totaux nationaux qui permettent d'établir un lien conceptuel avec les agrégats économiques nationaux.
- 1.25. Le chapitre 6 passe en revue les concepts élémentaires se rapportant au calcul de la part respective des secteurs public et privé dans le financement de la santé. Ce chapitre montre comment un ensemble de comptes financiers peut servir à retracer les flux de financement en partant de la dépense finale de santé pour remonter aux sources de financement. Le chapitre 7 explique le rôle des mesures de prix et de volume dans le domaine de la santé et montre comment l'établissement du SCS rejoint les efforts déployés au niveau international pour améliorer les mesures de prix dans cet important secteur de prestation de services. Les différences et les similitudes méthodologiques et pratiques entre le Système de comptes de la santé et les recommandations relatives aux analyses satellites de la santé font l'objet du chapitre 8.
- 1.26. Le chapitre 9 est consacré à la nomenclature des fonctions (ICHA-HC) qui constitue l'une des trois dimensions du projet de Classification internationale pour les comptes de la santé, et fournit des explications détaillées sur les différentes rubriques qui la composent. La nomenclature des prestataires (ICHA-HP) est décrite au chapitre 10, tandis que le chapitre 11 présente la nomenclature des sources de financement (ICHA-HF).

PRINCIPES DE BASE DU SYSTÈME DE COMPTES DE LA SANTÉ

- 1.27. A l'instar du Système de comptabilité nationale, le SCS a pour but de fournir un ensemble intégré de comptes *exhaustifs*, *cohérents* et *comparables* au plan international, qui doit être *compatible* dans toute la mesure du possible avec les autres statistiques économiques et sociales. Ces critères de qualité du SCS peuvent entrer en conflit avec les objectifs d'*actualité* et de *précision* des données, ainsi que de *sensibilité* et de *pertinence* des indicateurs fournis par le SCS.

Exhaustivité

1.28. Le SCS fournit un cadre comptable exhaustif couvrant tout le champ de la santé. Il ne se limite pas à un ensemble déterminé de programmes publics et privés comme c'est encore le cas pour les comptes nationaux de la santé de plusieurs pays. Conformément à la logique fonctionnelle retenue, tous les programmes destinés à fournir des soins médicaux ou à contribuer de façon substantielle à l'amélioration de l'état de santé grâce à des interventions médicales ont vocation à y figurer, qu'ils portent ou non l'étiquette « soins de santé » dans les statistiques nationales.

Cohérence

1.29. Les critères de délimitation et de ventilation des données proposées par l'ICHA devraient permettre d'aboutir à une meilleure comparabilité des données entre les pays et à une plus grande *cohérence dans le temps*. Grâce à la définition de frontières communes, par exemple, les agrégats des dépenses nationales ne devraient plus varier subitement du fait du transfert de programmes de santé d'un ministère ou d'un niveau d'administration à l'autre.

1.30. La mise en correspondance des données nationales avec les catégories de la classification ICHA permettra aux collectes statistiques d'être moins affectées par les modifications apportées aux définitions nationales d'une année sur l'autre. Les séries chronologiques ainsi obtenues permettront d'observer les effets des réformes structurelles passées et alimenteront les modèles de simulation et de prévision, ces derniers exigeant des statistiques de qualité élevée et d'une grande cohérence dans le temps.

1.31. La *cohérence interne* du SCS repose sur l'utilisation d'identités et de règles comptables qui permettent d'effectuer des vérifications croisées de la validité des estimations obtenues selon les différentes dimensions du SCS. L'enregistrement cohérent dans le SCS des données relatives à la production, la consommation et le financement des soins médicaux permettra d'identifier les lacunes et les imperfections des systèmes actuels de notification et de comptabilisation des dépenses de santé, montrant ainsi dans quelle voie devraient s'orienter prioritairement les travaux d'amélioration continue de la qualité des statistiques.

Comparabilité internationale

1.32. Les concepts et classifications proposés devraient faciliter la tâche des statisticiens nationaux qui s'emploient à convertir les données recueillies au plan national en données internationalement comparables de manière à faciliter le dialogue entre décideurs et chercheurs. Toutefois, le rapprochement des systèmes statistiques ne pourra se faire que graduellement. Malgré les nomenclatures et lignes directrices proposées, un gros travail de développement et d'expérimentation sera nécessaire pour déterminer le meilleur moyen de rendre opérationnels les concepts proposés et d'élaborer des lignes directrices précises pour les analyses et les méthodes d'estimation.

1.33. La définition de frontières communes délimitant les fonctions de « soins de santé » est un préalable au calcul des totaux nationaux des dépenses de santé et de leurs composantes. Cette tâche a été reconnue comme indispensable aux fins des comparaisons internationales des statistiques de santé centrées sur la population et d'autres statistiques utiles à l'analyse méso- et micro-économique des systèmes de santé. Les statistiques sur l'évolution des coûts de la consommation médicale par âge, pour ne citer qu'un seul exemple, sont extrêmement sensibles aux variations des définitions des « soins médicaux » retenues dans les enquêtes (OCDE, 1996*d*).

Compatibilité

1.34. En tant que cadre comptable s'articulant autour d'un ensemble de tableaux de base contenant des données en termes monétaires, le SCS doit être compatible d'un point de vue méthodologique avec le Système de comptabilité nationale (SCN). Chaque poste doit être explicitement affecté à la catégorie du SCN à laquelle il appartient (consommation finale, consommation intermédiaire, formation de capital, transferts de prestations, etc.). La compatibilité méthodologique avec le SCN est une condition indispensable pour pouvoir calculer des ratios de dépenses pertinents et pour assurer la comparabilité internationale. L'application de règles comptables différentes d'un pays à l'autre, par exemple pour effectuer la répartition des investissements dans les équipements médicaux sur plusieurs années, peut avoir une influence significative sur les résultats des comparaisons internationales des dépenses de santé.

1.35. La compatibilité avec le SCN est également un moyen d'assurer la compatibilité avec d'autres statistiques économiques et sociales, notamment les indices de prix et les données structurelles sur la valeur ajoutée par les entreprises prestataires de services de santé, pour ne citer que deux exemples.

1.36. L'une des règles générales qui a guidé l'élaboration de ce manuel a été d'adopter des définitions et des concepts tirés des systèmes statistiques existants, approuvés et définis sous les auspices des Nations Unies et d'autres organisations internationales et régionales (UNESCO, OMS, Union européenne). Dans les domaines non couverts par des nomenclatures des Nations Unies, de l'OCDE ou d'Eurostat, on a adopté d'autres normes couramment utilisées, émanant de sociétés savantes et d'organisations régionales, en les modifiant en cas de besoin. Les correspondances entre les nomenclatures proposées dans ce manuel et diverses classifications internationales types sont présentées en annexe.

Actualité et précision

1.37. Tout ensemble de critères de qualité en matière de comptabilité peut entrer en conflit avec d'autres objectifs souhaitables, notamment l'*actualité* et la *précision* des données (OCDE, 1993). La notion de *précision* renvoie au niveau minimum de détail jugé nécessaire dans le cadre d'un exercice de collecte régulier. Considérer qu'une analyse statistique sur les dépenses

et la consommation médicales est *actuelle* signifie, dans l'idéal, que l'on dispose au minimum de données préliminaires six mois au plus tard après la fin de la période décrite. Pour l'analyse des politiques, il est hautement souhaitable de disposer de projections de tendances provisoires. Les comptes nationaux de la santé constituent un outil fondamental pour l'établissement de projections de dépenses.

- 1.38. Actualité et précision peuvent être difficiles à concilier lorsqu'on doit analyser d'importantes séries de données et une multiplicité d'études, ce qui est généralement le cas quand on établit des estimations des dépenses de santé. Plusieurs pays utilisent déjà des modèles de projection pour combler les lacunes dans les données et publier des estimations préliminaires. Les ressources étant limitées, il n'est possible d'effectuer des enquêtes détaillées que sur une base pluriannuelle avec des interpolations pour les années intermédiaires entre deux enquêtes et des extrapolations pour la période la plus récente.

Sensibilité

- 1.39. La sensibilité du SCS au changement est capitale en période de réorientations fréquentes des politiques publiques de santé. Dans le passé, le suivi des conséquences économiques des réformes des systèmes de santé a souvent été entravé par l'inaptitude des systèmes de notification à faire la distinction entre les évolutions réelles et celles liées à une modification de la couverture médicale et des modes de financement. D'importantes variations de la division du travail au sein du secteur de la santé ont été sous-estimées du fait de l'utilisation de nomenclatures périmées.

LE SYSTÈME DE COMPTES DE LA SANTÉ ET LES ANALYSES ET COMPTES SATELLITES DE LA SANTÉ

- 1.40. Ces dernières années, les experts des comptes de la santé ont commencé à admettre que ces comptes ne pourront satisfaire aux exigences fondamentales de comparabilité dans le temps, entre les pays et avec les statistiques économiques d'ensemble que si leur méthodologie est compatible avec les règles comptables du SCN 93. Un effort concerté pour réunir des statisticiens de la santé et des experts de la comptabilité nationale pourrait être un bon moyen d'éviter le chevauchement des travaux, notamment pour ce qui est de la conception méthodologique d'un cadre comptable, mais aussi par ce que cela permettrait de tirer parti au mieux des sources statistiques existantes se rapportant à ce segment important de l'économie nationale.
- 1.41. La Révision 1993 du Système de comptabilité nationale (SCN 93) fait fréquemment référence aux problèmes statistiques particuliers posés par les systèmes de santé et comporte un chapitre spécial sur les comptes satellites à orientation fonctionnelle qui décrit un modèle général applicable à l'élaboration d'un compte satellite de la santé. L'utilisation dans plusieurs pays de comptes satellites de l'environnement, de l'agriculture, de la production des ménages et du tourisme a permis d'élucider en partie les questions méthodologiques liées aux comptes satellites en général.

1.42. Au cours des dernières années, plusieurs pays ont mis leurs comptes nationaux de la santé en conformité avec le système de comptabilité nationale, qui constitue le point de référence central pour les statistiques économiques et sociales d'ensemble. En revanche, les experts ne sont pas tous d'accord sur le degré souhaitable d'intégration des comptes de la santé au niveau de la production (calcul de la structure de la valeur ajoutée et/ou établissement d'un tableau entrées-sorties satellite pour la santé). Le chapitre 8 récapitule les convergences et les divergences conceptuelles entre le SCS et les comptes satellites de la santé.

PREMIÈRE PARTIE

CONCEPTS ET MÉTHODES APPLICABLES AUX COMPTES DE LA SANTÉ

2. UNE SÉRIE DE TABLEAUX STANDARDISÉS

- 2.1. Dans sa version actuelle, le SCS propose une série de tableaux reliés entre eux, dont chacun illustre un aspect particulier des services de santé (voir ci-après). L'élaboration et la mise en œuvre de cette séquence dépendront des ressources qui leur seront consacrées dans les programmes statistiques de chaque pays. Le SCS a été conçu de façon suffisamment souple pour que ses diverses composantes n'aient pas à être mises en place simultanément, ni même en l'espace d'un an. Dans la plupart des cas, sa construction devra se faire de façon progressive et s'étalera en fait sur plusieurs années.
- 2.2. La base de données *Eco-Santé OCDE*, mise à jour annuellement par le Secrétariat de l'OCDE, contient déjà un grand nombre de tableaux standardisés présentant des statistiques non monétaires dans le domaine de la santé. L'harmonisation des concepts sur lesquels ils reposent, entre les pays et avec le SCS, est un travail qui se poursuit. Les tableaux standardisés du SCS sont les suivants :

Tableau 1. Dépense courante de santé par fonction, prestataire et source de financement (= emplois totaux de biens et services de santé des unités résidentes par fonction, prestataire et source de financement, aux prix courants).

Tableau 2. Dépense courante de santé par fonction et par prestataire (= emplois totaux de biens et services de santé des unités résidentes par fonction et par prestataire, aux prix courants).

Tableau 3. Dépense courante de santé par prestataire et par source de financement (= emplois totaux de biens et services de santé des unités résidentes par prestataire et par source de financement, aux prix courants).

Tableau 4. Dépense courante de santé par fonction et par source de financement (= emplois totaux de biens et services de santé des unités résidentes par fonction et par source de financement, aux prix courants).

Tableau 5. Dépense totale de santé, incluant les fonctions sanitaires connexes.

Tableau 6. Dépenses de santé individuelles par grande catégorie de la CIM.

Tableau 7. Dépenses de santé individuelles par âge et par sexe.

Tableau 8. Quelques indices de prix applicables aux biens et services de santé.

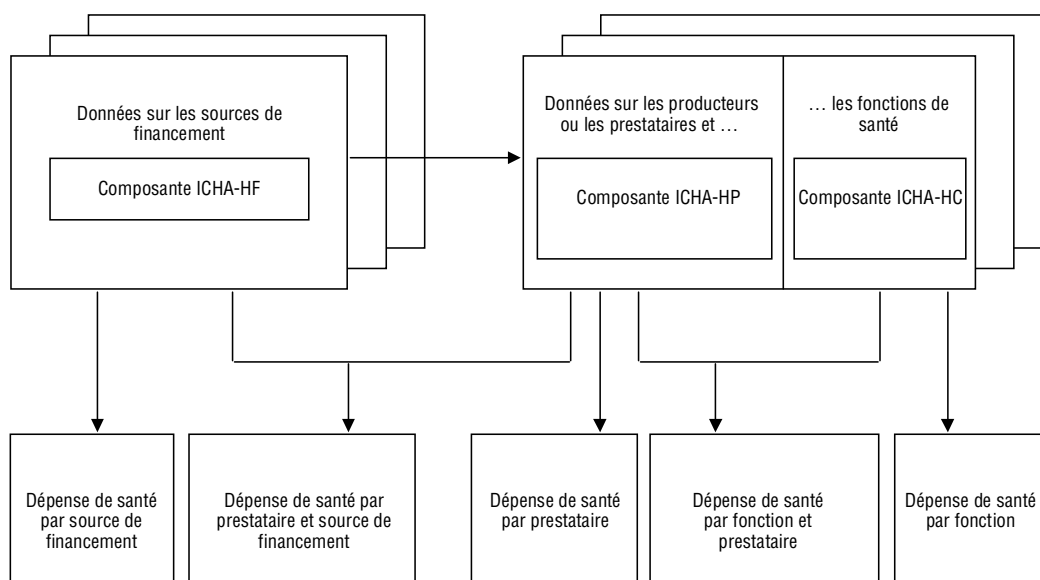
Tableau 9. Échanges internationaux de biens et services de santé.

Tableau 10. Emploi total des industries prestataires de soins de santé.

MÉTHODES D'ESTIMATION ET FLUX D'INFORMATIONS UTILISÉS EN COMPTABILITÉ DE LA SANTÉ

2.3. Les méthodes d'estimation des dépenses de santé utilisent les données administratives existantes, complétées par des enquêtes spécialisées. Les dossiers administratifs des services publics et des compagnies d'assurance privées contiennent une foule d'informations sur les transactions, dont la ventilation générale permet habituellement de relier les dépenses aux prestataires correspondants. En ce qui concerne les versements directs des ménages et d'autres types de dépenses ne relevant pas d'un système d'assurance (organisations caritatives, exportations et importations de services), il faut généralement recourir à des enquêtes particulières pour compléter le tableau.

Figure 2.1. Flux d'informations utilisés en comptabilité de la santé



- 2.4. Les comptes nationaux de la santé regroupent toutes ces informations dans des tableaux présentant une classification croisée des dépenses de santé par unité de financement et par prestataire. Les marges de ces tableaux contiennent une ventilation des dépenses selon les sources qui en assurent le financement et les prestataires qui en sont les destinataires. Les sous-totaux et les totaux généraux des lignes et des colonnes doivent tous être égaux, ce qui permet de vérifier la concordance générale des données. Il existe habituellement une ligne de démarcation entre financement public et financement privé dans ce type de compte. La figure 2.1 illustre les flux d'informations sur lesquels repose la comptabilité de la santé.
- 2.5. Dans le SCS, ce sont les définitions fonctionnelles des biens et services de la nomenclature ICHA qui délimitent le champ de la dépense totale de santé. Il est indispensable de reprendre ces fonctions dans les tableaux standardisés décrits ci-dessus afin de se donner des frontières communes en matière de comptabilité de la santé. Aux fins des comparaisons internationales, cette tâche peut être envisagée de différentes façons. Pour essayer de faire concorder les statistiques (au moins en ce qui concerne les dépenses publiques de santé), on peut tout d'abord additionner les sommes consacrées aux programmes de santé, indépendamment de leur source de financement, dans lesquels la composante sanitaire (définie selon l'optique fonctionnelle) représente plus de la moitié des dépenses.
- 2.6. Une approche plus précise consisterait à prendre pour point de départ la classification croisée des dépenses par source de financement et par prestataire. Pour calculer la dépense totale de santé, il faudrait alors vérifier chacune des cases du tableau par rapport aux fonctions et aux frontières définies dans la nomenclature ICHA. On ajouterait une case à la dépense totale de santé chaque fois que les sommes consacrées à la fonction considérée seraient prépondérantes. On pourrait en outre préciser dans chaque cas la part des fonctions de santé individuelles. La dépense totale de santé serait alors égale à la somme des sous-fonctions ainsi identifiées pour l'ensemble des sources de financement et des prestataires. Dans bien des cas, les données classées à la fois par source de financement et par prestataire constituent les plus petits éléments d'information disponibles dans les registres administratifs et ce sont elles, de façon plus générale, qui sont à la base des comptes nationaux de la santé.
- 2.7. Les descriptions succinctes présentées sous chacun des tableaux standardisés contiennent des indications sur les méthodes d'estimation proposées. Les exercices pilotes d'application menés dans plusieurs pays et les améliorations qui seront apportées aux indicateurs des dépenses de santé réunis chaque année pour la base de données *Eco-Santé OCDE* permettront de choisir parmi les tableaux présentés ici ceux qui représentent le meilleur compromis entre les besoins d'information des analystes des systèmes de santé, la disponibilité des données et les possibilités de comparaison internationale.

Tableau 1. **Dépense courante de santé par fonction, prestataire et source de financement**

Catégorie de dépenses	Fonction de santé ICHA-HC	Prestataire ICHA-HP	Dépenses courantes totales de santé	HF.1	HF.1.1	HF.1.2
				Admin. publiques	Admin. publ. (hors admin. de sécurité sociale)	Admin. de sécurité sociale
<i>Soins hospitaliers, y compris en hospitalisation de jour</i>	HC.1.1, 1.2, 2.1, 2.2	Toutes industries prestataires				
Soins curatifs et réadaptation						
Hôpitaux généraux		HP.1.1				
Hôpitaux spécialisés		HP.1.2+1.3				
Maisons méd. et autres établ. de soins avec héb.		HP.2				
Tous autres prestataires		Ts autres prest.				
<i>Soins de longue durée</i>	HC.3.1, 3.2	Ttes ind. prest.				
Hôpitaux généraux		HP.1.1				
Hôpitaux spécialisés		HP.1.2+1.3				
Maisons méd. et autres établ. de soins avec héb.		HP.2				
Tous autres prestataires		Ts autres prest.				
<i>Soins curatifs et réadaptat. en mode ambulatoire</i>	HC.1.3, 2.3	Ttes ind. prest.				
Hôpitaux		HP.1				
Cabinets de médecins		HP.3.1				
Cabinets de dentistes		HP.3.2				
Cabinets d'autres professionnels de santé ¹		HP.3.3				
Centres de soins ambulatoires		HP.3.4				
Tous autres prestataires		Ts autres prest.				
<i>Soins à domicile</i>	HC.1.4, 2.4, 3.3	Ttes ind. prest.				
<i>Services auxiliaires²</i>	HC.4	Ttes ind. prest.				
<i>Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires³</i>	HC.5	Ttes ind. prest.				
Prod. pharma. et autres biens médicaux non durables	HC.5.1					
Médicaments délivrés sur ordonnance	HC.5.1.1					
Médicaments en vente libre	HC.5.1.2					
Autres biens médicaux non durables	HC.5.1.3					
<i>Appareils thérap. et autres biens médicaux durables</i>	HC.5.2					
Lunetterie et autres produits d'optique	HC.5.2.1					
Appareils orthopédiques et autres prothèses	HC.5.2.2					
Autres biens médicaux durables	HC.5.2.3-5.2.9					
<i>Services de prévention et de santé publique</i>	HC.6	Ttes ind. prest.				
<i>Administration de la santé et assurance maladie</i>	HC.7	Ttes ind. prest.				
<i>Dépense courante totale de santé</i>	HC.1-HC.7	Ttes ind. prest.				

1. Par exemple, professions paramédicales et praticiens des médecines parallèles.

2. Cette rubrique comprend les laboratoires cliniques, l'imagerie diagnostique et les transports sanitaires.

3. Y compris la pose des prothèses, les tests de vision et autres services fournis par les distributeurs de ces biens.

2. UNE SÉRIE DE TABLEAUX STANDARDISÉS

HF.2 Secteur privé	Source de financement ICHA-HF					HF.3 Reste du monde
	HF.2.1 Assurance sociale privée	HF.2.2 Sociétés d'assurance privées	HF.2.3 Versements directs des ménages privés	HF.2.4 Institutions sans but lucratif au service des ménages (hors assurance sociale)	HF.2.5 Sociétés (hors assurance maladie)	

Ce tableau présente les emplois finals totaux de biens et services de santé des unités résidentes par fonction, par industrie prestataire et par source de financement. Il montre comment les trois dimensions de la nomenclature ICHA peuvent être combinées avec souplesse pour fournir une série d'indicateurs fondamentaux de la dépense de santé et de son financement. Les travaux à venir montreront dans quelle mesure il sera possible de réunir pour les pays de l'OCDE un ensemble de données détaillées et comparables sur tous les postes mentionnés ici.

Tableau 2. **Dépense courante de santé par fonction et par prestataire**

		Prestataires de soins de santé								
		HP.1 Hôpitaux	HP.2 Maisons médicalisées et autres établ. de soins avec hébergement	HP.3 Prestataires de soins ambulatoires	HP.3.1 Cabinets de médecins	HP.3.2 Cabinets de dentistes	HP.3.3 Cabinets d'autres professionnels de santé	HP.3.4 Centres de soins ambulatoires	HP.3.5 Laboratoires d'analyses médicales et de diagnostic	HP.3.6 Prest. de services de soins à domicile
Soins de santé par fonction	Code ICHA-HC									
<i>Soins hospitaliers</i>										
Soins curatifs et réadaptation	HC.1.1, 2.1									
Soins de longue durée	HC.3.1									
<i>Soins en hospitalisation de jour</i>										
Soins curatifs et réadaptation	HC.1.2, 2.2									
Soins de longue durée	HC.3.2									
<i>Soins ambulatoires</i>										
Soins curatifs et réadaptation	HC.1.3, 2.3									
Services méd. et diagnostiques courants	HC.1.3.1									
Soins dentaires ambulatoires	HC.1.3.2									
Autres soins de santé spécialisés	HC.1.3.3									
Autres soins ambulatoires	HC.1.3.3									
<i>Soins à domicile</i>										
Soins curatifs et réadaptation	HC.1.4, 2.4									
Soins de longue durée	HC.3.3									
<i>Services auxiliaires</i>	HC.4									
<i>Biens méd. dispensés aux patients ambulatoires</i>	HC.5									
Prod. pharma. et autres biens méd. non durables	HC.5.1									
Appareils thérap. et autres biens méd. durables	HC.5.2									
Dépense totale en soins de santé individuels										
Services de prévention et de santé publique	HC.6									
Admin. de la santé et assurance maladie	HC.7									
Dépense courante totale de santé										

Ce tableau présente les emplois finals totaux de biens et services de santé des unités résidentes par fonction et par prestataire, aux prix (d'acquisition) courants. Il suppose à la fois une analyse des comptes et de l'activité des prestataires et une estimation de la production par groupe de prestataires. Dans un premier temps, il convient de distinguer la production de biens et services médicaux de la production d'autres biens et services, en particulier pour les maisons médicalisées et autres établissements d'hébergement, et pour les prestataires de services de soins à domicile. Il est en effet probable qu'une part importante de la production de ces prestataires ne se compose pas de biens et services de santé, part qui devra être retranchée de leur production totale pour faire concorder les comptes de la santé avec les comptes de production. De même, il est probable que les détaillants de biens médicaux distribuent aussi dans une large mesure des biens non médicaux. Le modèle de tableau entrées-sorties décrit dans le chapitre 8 montre comment on peut vérifier ces estimations pour éviter les doubles comptages et les omissions. Les importations et les exportations devront être calculées séparément.

Dans l'idéal, il devrait être possible – au moins pour les principaux prestataires comme les hôpitaux – de procéder à une double vérification de la production de soins de santé par prestataire en déduisant les

2. UNE SÉRIE DE TABLEAUX STANDARDISÉS

Prestataires de soins de santé										Autres prestataires	Reste du monde
HP.4	HP.4.1	HP.4.2-4.9	HP.5	HP.6	HP.6.1	HP.6.2	HP.6.3	HP.6.4	HP.6.9	HP.7	HP.9
Détaillants et autres distributeurs de biens médicaux	Pharmacies	Autres formes de vente au détail de biens médicaux	Fourniture et gestion de programmes de santé publique	Administration générale de la santé et de l'assurance maladie	Administration publique de la santé	Régimes de sécurité sociale	Autres programmes d'assurance sociale	Autres régimes d'assurance (privés)	Autres institutions chargées de l'administration de la santé	Autres prestataires de services de santé	Reste du monde

éléments susmentionnés de la production globale (méthode directe) et en additionnant les services (et les biens) répertoriés pour l'ensemble des types de soins et des sources de financement (méthode indirecte). L'estimation du poste « Autres prestataires » ne peut se faire qu'indirectement en identifiant les biens et les services correspondants. Dans bien des cas, toutefois, on ne disposera pas de données d'enquête ou de statistiques de qualité suffisante pour pouvoir calculer directement des estimations fiables.

Dans certains pays et dans certains types d'établissements (comme les cabinets de médecins, mais aussi les hôpitaux), la production cachée peut représenter une part importante de l'activité. L'introduction d'enquête de conjoncture dans le secteur de la santé – notamment en ce qui concerne les soins ambulatoires et les soins en maisons médicalisées et autres établissements d'hébergement – serait un très bon moyen d'améliorer les comptes de la santé.

Les services de santé publique et d'administration générale – bien que répartis sous différentes rubriques dans la Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique (CITI, Rev. 3) – seront peut-être difficiles à attribuer à des établissements distincts. Les règles utilisées pour procéder aux estimations devront être exposées dans les méta-données.

Tableau 3. **Dépense courante de santé par prestataire et par source de financement**

	Dépense courante totale de santé	HF.1 Admin. publiques	HF.1.1 Admin. publiques (hors admin. de sécurité sociale)	HF.1.2 Admin. de sécurité sociale
<i>Biens et services de santé par industrie prestataire</i>				
Hôpitaux	HP.1			
Maisons médicalisées et autres établissements d'hébergement	HP.2			
Prestataires de soins ambulatoires	HP.3			
Cabinets de médecins	HP.3.1			
Cabinets de dentistes	HP.3.2			
Cabinets d'autres professionnels de santé	HP.3.3			
Centres de soins ambulatoires	HP.3.4			
Laboratoires d'analyses médicales et de diagnostic	HP.3.5			
Prestataires de services de soins à domicile	HP.3.6			
Autres prestataires de soins ambulatoires	HP.3.9			
Détaillants et autres distributeurs de biens médicaux	HP.4			
Pharmacies	HP.4.1			
Autres formes de vente au détail de biens médicaux	HP.4.2-4.9			
Fourniture et gestion de programmes de santé publique	HP.5			
Administration générale de la santé et de l'assurance maladie	HP.6			
Administration publique (hors sécurité sociale)	HP.6.1			
Régimes de sécurité sociale	HP.6.2			
Autres programmes d'assurance sociale	HP.6.3			
Autres régimes d'assurance (privés)	HP.6.4			
Autres institutions chargées de l'administration de la santé	HP.6.9			
Autres prestataires de services de santé (reste de l'économie)	HP.7			
Prestataires de médecine du travail	HP.7.1			
Ménages privés	HP.7.2			
Autres producteurs secondaires	HP.7.9			
Reste du monde	HP.9			

Ce tableau présente les emplois finals totaux de biens et services de santé des unités résidentes par industrie prestataire et par source de financement, aux prix (d'acquisition) courants. Il s'agit d'une construction classique présente dans de nombreux systèmes nationaux de comptes de la santé, qui permet notamment de vérifier les estimations de la production par prestataire. Pour mettre au point ce tableau, il faut combiner et faire concorder les données des industries prestataires avec les statistiques administratives relatives au financement des dépenses de santé.

2. UNE SÉRIE DE TABLEAUX STANDARDISÉS

HF.2 Secteur privé	HF.2.1 Assurance sociale privée	HF.2.2 Sociétés d'assurance privées (hors assurance sociale)	HF.2.3 Versements directs des ménages privés	HF.2.4 Institutions sans but lucratif (hors assurance sociale)	HF.2.5 Sociétés (hors assurance maladie)	HF.3 Reste du monde

La composition des dépenses des ménages privés peut être en partie estimée indirectement par différence entre la production totale et la dépense publique pour certains services sur lesquels on dispose d'informations détaillées (pharmacies, par exemple). En outre, les enquêtes sur les dépenses de consommation médicale des ménages, parfois conçues pour recueillir toutes sortes de statistiques nécessaires à l'organisation des systèmes de santé, constituent un élément essentiel des systèmes nationaux d'information dans le domaine de la santé.

Tableau 4. **Dépense courante de santé par fonction et par source de financement**

	Dépense totale	HF.1 Admin. publiques	HF.1.1 Admin. publiques (hors administrations de sécurité sociale)	HF.1.2 Admin. de sécurité sociale
<i>Dépense courante de santé</i>				
Services de santé individuels HC.1-HC.3				
Soins hospitaliers				
Soins en hospitalisation de jour				
Soins ambulatoires				
Soins à domicile				
Services auxiliaires HC.4				
Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires HC.5				
Prod. pharma. et autres biens médicaux non durables HC.5.1				
Appareils thérap. et autres biens médicaux durables HC.5.2				
Biens et services de santé individuels HC.1-HC.5				
Services de prévention et de santé publique HC.6				
Administration de la santé et assurance maladie HC.7				

Ce tableau présente les emplois finals totaux de biens et services médicaux des unités résidentes par fonction et par source de financement, aux prix (d'acquisition) courants. Pour le remplir, il est indispensable de faire certaines hypothèses et de recourir à des modèles d'estimation (par exemple à des « clés » de répartition des services). L'organisation et la structure actuelle des systèmes d'information médicale ne correspondent peut-être pas point pour point à la ventilation fonctionnelle proposée. Il faudra donc se contenter dans un premier temps de règles relativement simples pour répartir les dépenses entre les différents services, et attribuer globalement les programmes de santé aux fonctions HC.1 à HC.5.

2. UNE SÉRIE DE TABLEAUX STANDARDISÉS

HF.2 Secteur privé	HF.2.1 Assurance sociale privée	HF.2.2 Sociétés d'assurance privées	HF.2.3 Versements directs des ménages privés	HF.2.4 Institutions sans but lucratif (hors assurance sociale)	HF.2.5 Sociétés (hors assurance maladie)	HF.3 Reste du monde

Tableau 5. **Dépense totale de santé incluant les fonctions sanitaires connexes**

	Dépense totale	HF.1 Admin. publiques	HF.1.1 Admin. publiques (hors administrations de sécurité sociale)	HF.1.2 Admin. de sécurité sociale
<i>Biens et services de santé par fonction</i>				
Services de soins curatifs et de réadaptation	HC.1, HC.2			
Services de soins de longue durée	HC.3			
Services auxiliaires	HC.4			
Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires	HC.5			
Prod. pharma. et autres biens médicaux non durables	HC.5.1			
Appareils thérap. et autres biens médicaux durables	HC.5.2			
Biens et services médicaux individuels	HC.1-HC.5			
Services de prévention et de santé publique	HC.6			
Administration de la santé et assurance maladie	HC.7			
Dépense courante totale de santé				
Formation brute de capital	HC.R.1			
Dépense totale de santé				
<i>Pour mémoire : autres fonctions sanitaires connexes</i>				
Éducation et formation du personnel de santé	HC.R.2			
Recherche et développement dans le domaine de la santé	HC.R.3			
Contrôles sanitaires (denrées alimentaires, hygiène, eau potable)	HC.R.4			
Hygiène du milieu	HC.R.5			
Administration et fourniture de services sociaux en nature en faveur des personnes malades ou handicapées	HC.R.6			
Admin. et fourniture de prestations en espèces liées à la santé	HC.R.7			

En complément des fonctions énumérées dans le tableau 4, le tableau 5 présente les dépenses consacrées aux fonctions sanitaires connexes – uniquement réparties de façon élémentaire entre secteur public et secteur privé (la majeure partie des dépenses liées aux fonctions sanitaires connexes sont financées par le secteur public et correspondent à des missions habituelles de l'administration).

2. UNE SÉRIE DE TABLEAUX STANDARDISÉS

HF.2 Secteur privé	HF.2.1 Assurance sociale privée	HF.2.2 Sociétés d'assurance privées (hors assurance sociale)	HF.2.3 Versements directs des ménages privés	HF.2.4 Institutions sans but lucratif (hors assurance sociale)	HF.2.5 Sociétés (hors assurance maladie)	HF.3 Reste du monde

Tableau 6. Dépenses de santé individuelles par grande catégorie de la CIM

	HC.1-HC.3	HC.4	HC.5	HC.5.1	HC.5.2	HC.1-HC.5			
	Services de soins individuels	Soins hospitaliers de jour	Soins ambulatoires	Soins à domicile	Services auxiliaires	Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires	Produits pharm. et autres biens médicaux non durables	Appareils thérapeutiques et autres biens médicaux durables	Total des biens et services médicaux individuels
Maladies infectieuses et parasitaires									
Tumeurs									
Maladies endocriniennes et métaboliques									
Maladies du sang									
Troubles mentaux									
Maladies du système nerveux									
Maladies de l'appareil circulatoire									
Maladies de l'appareil respiratoire									
Maladies de l'appareil digestif									
Maladies de l'appareil génito-urinaire									
Complications de la grossesse/de l'accouchement									
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané									
Maladies du système ostéo-articulaire et des muscles									
Malformations congénitales									
Morbidité et mortalité périnatales									
Symptômes et signes mal définis									
Accidents, intoxication et violences									
Toutes autres catégories									
<i>Dépenses individuelles totales de santé</i>									

Ce tableau présente la dépense individuelle courante de santé par grande catégorie de la Classification internationale des maladies (CIM). Ces données, désormais disponibles pour un nombre croissant de pays, varient toutefois encore beaucoup par leur contenu et par leur méthode d'estimation, qui reposent généralement sur toute une série d'hypothèses et/ou d'échantillons assez étroits. On trouvera des explications à cet égard dans la base de données *Éco-Santé OCDE*.

Tableau 7. Dépenses de santé individuelles par âge et par sexe

	0-4	5-14	15-44	45-64	65-74	75-84	85+
Hommes							
<i>Services de soins individuels</i>							
Soins en milieu hospitalier							
Soins en hospitalisation de jour							
Soins ambulatoires							
Soins à domicile							
<i>Services auxiliaires</i>							
<i>Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires</i>							
Prod. pharma. et autres biens médicaux non durables							
Appareils thérap. et autres biens médicaux durables							
Total des biens et services de santé individuels							
Femmes							
<i>Services de soins individuels</i>							
Soins en milieu hospitalier							
Soins en hospitalisation de jour							
Soins ambulatoires							
Soins à domicile							
<i>Services auxiliaires</i>							
<i>Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires</i>							
Prod. pharma. et autres biens médicaux non durables							
Appareils thérap. et autres biens médicaux durables							
Total des biens et services de santé individuels							

Ce tableau présente la dépense individuelle courante de santé par classe d'âge et par sexe. Des enquêtes pilotes sont actuellement effectuées à ce sujet dans un nombre croissant de pays de l'OCDE. On considère dans bien des cas que la qualité des estimations existantes est loin d'être satisfaisante pour la formulation des politiques de santé et l'organisation du système de soins. Il serait intéressant de voir comment évolueraient les données dont on dispose actuellement sur la structure par âge des dépenses de santé si l'on harmonisait les définitions des soins de santé individuels en appliquant la nomenclature ICHA.

Tableau 8. **Quelques indices de prix applicables aux biens et services de santé**

		IPC	Déflateur de la production	
			Production marchande	Production non marchande
HP.1	Hôpitaux	X	X	X
HP.2	Maisons médicalisées et autres établ. de soins avec hébergement	X	X	X
HP.3	Prestataires de soins ambulatoires	X	X	
HP.5	Fourniture et gestion de programmes de santé publique			X
HP.6	Administration générale de la santé et de l'assurance maladie			X
HP.4	Détaillants et autres distributeurs de biens médicaux			
HC.5.1	Produits pharma. et autres biens médicaux non durables	X		
HC.5.1.1	Médicaments délivrés sur ordonnance	X		
HC.5.1.2	Médicaments en vente libre	X		
HC.5.1.3	Autres biens médicaux non durables	X		
HC.5.2	Appareils thérap. et autres biens médicaux durables	X		
HC.5.2.1	Lunetterie et autres produits d'optique	X		
HC.5.2.2	Appareils orthopédiques et autres prothèses	X		
HC.5.2.3	Appareils auditifs	X		
HC.5.2.4	Appareils médico-techniques, y compris fauteuils roulants	X		
HC.5.2.9	Autres biens médicaux durables	X		

La structure de base de ce tableau est décrite dans le chapitre 7 consacré au calcul des indices de prix. L'éventail des biens médicaux considérés a été élargi pour inclure tous ceux que comporte la nomenclature ICHA-HC des fonctions de soins de santé. Les biens ainsi répertoriés intéressent principalement l'IPC.

Tableau 9. Échanges internationaux de biens et de services de santé

	Import. totales	Dépenses de santé encourues à l'étranger		Assurance maladie et assurance accident
		Cures thermales et autres soins spécialisés	Autres dépenses de santé encourues lors de voyages à l'étranger	
<i>Importations de services de santé par industrie prestataire</i>				
HP.1	Hôpitaux	X	X	
HP.2	Maisons méd. et autres établ. d'hébergement	X	X	
HP.3	Prestataires de soins ambulatoires	X	X	
HP.4	Détaillants et autres distribut. de biens médicaux		X	
HP.4.1	Pharmacies		X	
HP.4.2-4.9	Autres formes de vente au détail de biens méd.		X	
HP.6	Admin. gén. de la santé et de l'assurance maladie			X
HP.6.4	Autres régimes d'assurance (privés)			X
HP.7	Autres prestataires de services de santé		X	

Ce tableau présente les importations de biens et de services de santé par industrie prestataire et par type d'importation. Il distingue les services de santé utilisés par les résidents en voyage à l'étranger des services d'assurance. Les échanges internationaux de services de santé ne font pas encore partie des systèmes de notification statistique de la plupart des pays de l'OCDE, et les chiffres dont on dispose sous-estiment largement pour la plupart l'ampleur de ces échanges. La coordination des efforts consacrés à l'analyse statistique des services et du tourisme devrait permettre de mieux connaître ce domaine de plus en plus important pour les politiques nationales de santé.

Tableau 10. **Emploi total dans les industries prestataires de soins de santé**

		Emplois médicaux et paramédicaux	Autres emplois	Emploi total	Équivalent plein temps
HP.1	Hôpitaux				
HP.1.1	Hôpitaux généraux				
HP.1.2	Hôpitaux psychiatriques et pour toxicomanes				
HP.1.3	Hôpitaux spécialisés (autres qu'hôpitaux psychiatriques et pour toxicomanes)				
HP.2	Maisons médicalisées et autres établissements de soins avec hébergement				
HP.2.1	Maisons médicalisées				
HP.2.2	Établissements pour retardés, malades mentaux et toxicomanes				
HP.2.3	Établissements d'hébergement pour personnes âgées				
HP.2.9	Autres établissements de soins avec hébergement				
HP.3	Prestataires de soins ambulatoires				
HP.3.1	Cabinets de médecins				
HP.3.2	Cabinets de dentistes				
HP.3.3	Cabinets d'autres professionnels de santé				
HP.3.4	Centres de soins ambulatoires				
HP.3.4.1	Centres de planning familial				
HP.3.4.2	Centres de soins ambulatoires pour malades mentaux et toxicomanes				
HP.3.4.3	Centres indépendants de chirurgie ambulatoire				
HP.3.4.4	Centres de dialyse				
HP.3.4.5	Autres centres de soins ambulatoires pluridisciplinaires et structures de soins coordonnés				
HP.3.4.9	Autres centres collectifs de soins ambulatoires et centres de soins intégrés				
HP.3.5	Laboratoires d'analyses médicales et de diagnostic				
HP.3.6	Prestataires de services de soins à domicile				
HP.3.9	Autres prestataires de soins ambulatoires				
HP.4	Détaillants et autres distributeurs de biens médicaux				
HP.4.1	Pharmacies				
HP.4.2	Détaillants et autres distributeurs de verres et autres produits d'optique				
HP.4.3	Détaillants et autres distributeurs d'appareils auditifs				
HP.4.4	Détaillants et autres distrib. d'appareils médicaux (autres que les prod. d'optique et les appareils auditifs)				
HP.4.9	Autres formes de vente au détail et de distribution de prod. pharmaceutiques et de biens médicaux				
HP.5	Fourniture et gestion de programmes de santé publ.				
HP.6	Admin. générale de la santé et de l'assurance maladie				
HP.6.1	Administration publique de la santé				
HP.6.2	Régimes de sécurité sociale				
HP.6.3	Autres programmes d'assurance sociale				
HP.6.4	Autres régimes d'assurance (privés)				
HP.6.9	Autres institutions chargées de l'admin. de la santé				

Ce tableau présente l'emploi total dans le secteur santé exprimé à la fois en nombre de personnes employées et en nombre d'heures travaillées/équivalent plein temps. *L'emploi dans le secteur santé* englobe l'ensemble des professions (classées par leur code CITP) énumérées à l'annexe A.1 de ce manuel. Une ventilation de l'emploi par niveau de formation serait un complément appréciable.

3. FONCTIONS ESSENTIELLES ET FRONTIÈRES GLOBALES DES SOINS DE SANTÉ

INTRODUCTION

3.1. Les comparaisons internationales sont des exercices complexes qui nécessitent une vision commune des fonctions et du champ couverts par les systèmes de santé. La nomenclature fonctionnelle proposée (ICHA-HC), qui forme l'un des trois axes de la Classification internationale pour les comptes de la santé (ICHA), est destinée à fournir des indications précises permettant de tracer des frontières uniformes et harmonisées, et de transmettre des données se rapportant à un nombre suffisamment important de sous-catégories intéressant les responsables de la planification sanitaire et de la formulation des politiques de santé. Ce chapitre traite des frontières du champ de la santé telles qu'elles sont définies dans le projet de nomenclature ICHA-HC, ainsi que des principales catégories de cette nomenclature. Les rubriques à deux et trois chiffres de la nomenclature sont détaillées au chapitre 9, où sont également examinés de façon plus approfondie certains problèmes de délimitation. Des tables de correspondance avec d'autres nomenclatures internationales sont fournies dans les annexes au chapitre 9.

LA DÉLIMITATION DES FONCTIONS DE SOINS DE SANTÉ

3.2. Les frontières d'un système de santé défini d'après les fonctions qu'il remplit délimitent le champ couvert par les comptes de la santé. Si cette approche est qualifiée de « fonctionnelle », c'est parce qu'elle met en avant les objectifs ou fonctions des services de santé, notamment la prévention des maladies, la promotion de la santé, le traitement, la réadaptation et les soins de longue durée. Bien que les limites précises entre les fonctions soient fournies par la nomenclature fonctionnelle, il semble utile de consacrer quelques développements à la présentation de la philosophie qui sous-tend la nomenclature ICHA-HC. Le présent chapitre expose brièvement les principaux concepts et critères qui ont servi à délimiter le champ de la santé pour les besoins du SCS.

La définition des soins de santé à la base de la nomenclature fonctionnelle ICHA-HC

Au niveau d'un pays, les activités de **soins de santé** comprennent l'ensemble des activités exercées par des institutions ou des individus qui mettent leurs connaissances et leur maîtrise des techniques médicales, paramédicales et infirmières au service des objectifs ci-après :

- promouvoir la santé et prévenir les maladies ;
- guérir les maladies et réduire la mortalité prématurée ;
- prendre soin des malades chroniques requérant des soins infirmiers ;
- prendre soin des personnes atteintes de déficiences, d'incapacités ou de handicaps requérant des soins infirmiers ;
- aider les patients à mourir dignement ;
- concevoir et mettre en œuvre des actions de santé publique ;
- concevoir et gérer des programmes sanitaires, des mécanismes d'assurance maladie et d'autres mécanismes de financement.

- 3.3. De cette énumération découlent plusieurs règles empiriques permettant de délimiter le champ de la santé. La condition préalable tendant à exiger un niveau minimum de connaissances dans le domaine des soins médicaux et infirmiers renvoie dans la plupart des cas aux normes nationales auxquelles est subordonnée la délivrance des diplômes ou des autorisations habilitant les professions médicales à exercer leur art. La médecine traditionnelle ou d'autres médecines parallèles reconnues comme la médecine chinoise, la médecine anthroposophique, etc., constituent des cas limites qui doivent être traités au cas par cas au niveau de chaque pays.
- 3.4. Dans le cadre du SCS, les mesures générales de sécurité publique comme le contrôle de l'application des normes techniques, la sécurité routière, etc., ne sont pas considérées comme des applications des techniques médicales, et sont par conséquent exclues des fonctions essentielles de soins de santé. En revanche, la surveillance des denrées alimentaires et des normes d'hygiène ainsi que le contrôle de la qualité de l'eau sont des activités qui se situent à cheval entre la sécurité et la santé, et qui sont regroupées sous des rubriques distinctes dans la nomenclature ICHA-HC. Elles sont considérées comme des fonctions sanitaires connexes qui doivent être enregistrées séparément dans des postes pour mémoire. Dans le SCS, ces fonctions ne sont pas prises en compte dans le calcul de la dépense totale de santé.

FONCTIONS DE SOINS DE SANTÉ ET FONCTIONS SANITAIRES CONNEXES

- 3.5. Le SCS s'articule autour d'un ensemble de fonctions essentielles exercées par les systèmes de santé, fonctions qui sont énumérées au tableau 3.1. Une analyse plus approfondie des principes directeurs est fournie ci-dessous. Les services de soins de santé se subdivisent en services individuels dispensés directement aux personnes et en services collectifs, lesquels recouvrent les activités traditionnelles de santé publique, comme la promotion de la santé et la prévention des maladies, y compris la fixation et l'application des normes (HC.6),

3. FONCTIONS ESSENTIELLES ET FRONTIÈRES GLOBALES DES SOINS DE SANTÉ

l'administration de la santé et l'assurance maladie (HC.7). Les services de soins de santé individuels se décomposent en services de soins curatifs, soins de réadaptation, soins de longue durée, services auxiliaires et fourniture de biens médicaux aux patients ambulatoires, cette dernière catégorie couvrant l'automédication et les autres biens consommés par les ménages, sur prescription médicale ou non.

Tableau 3.1. **Nomenclature fonctionnelle des soins de santé (ICHA-HC)**

Code ICHA	Fonctions de soins de santé
HC.1-HC.5	Services de soins de santé et biens médicaux fournis à titre individuel
HC.1	Services de soins curatifs
HC.2	Services de soins de réadaptation
HC.3	Services de soins de longue durée
HC.4	Services auxiliaires
HC.5	Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires
HC.6-HC.7	Services de soins de santé fournis à titre collectif
HC.6	Services de prévention et de santé publique
HC.7	Administration de la santé et assurance maladie
HC.R	Fonctions sanitaires connexes
HC.R1	Formation de capital des établissements prestataires de soins de santé
HC.R2	Éducation et formation du personnel de santé
HC.R3	Recherche et développement dans le domaine de la santé
HC.R4	Contrôles sanitaires (denrées alimentaires, hygiène, eau potable)
HC.R5	Hygiène du milieu
HC.R6	Administration et fourniture de services sociaux en nature en faveur des personnes malades ou handicapées
HC.R7	Administration et fourniture de prestations en espèces liées à la santé

Source : Nomenclature fonctionnelle ICHA-HC (niveau à un chiffre) (voir chapitre 9).

- 3.6. Les fonctions de soins de santé permettent d'étudier la consommation finale de biens et de services concourant à la réalisation des objectifs énumérés ci-dessus. Ces fonctions couvrent non seulement des activités telles que les traitements dispensés à l'hôpital, les visites à domicile effectuées par les professions paramédicales ou les campagnes de vaccination, mais aussi les activités d'appui directement associées à la production et à la fourniture de ces services : tâches de secrétariat et autres tâches administratives liées au fonctionnement des cabinets médicaux ; activités administratives, techniques et autres activités d'appui accomplies dans les hôpitaux (par exemple, nettoyage et blanchisserie) (voir chapitre 5 pour plus de précisions concernant la mesure des dépenses).

MODES DE PRODUCTION

Soins hospitaliers, hospitalisation de jour, soins ambulatoires et soins à domicile

- 3.7. La décomposition élémentaire en soins hospitaliers, hospitalisation de jour, soins ambulatoires et soins à domicile correspond à des différences fondamentales de modes d'administration et de gestion des soins. En conséquence, ces sous-systèmes de soins sont généralement régis par des systèmes d'information fondamentalement différents. Les séjours en hospitalisation complète ou partielle impliquent une procédure formelle d'admission et de sortie des patients qui exige des formalités administratives et un travail de collecte statistique considérables. C'est la raison pour laquelle de nombreux pays ont mis au point des outils standardisés de collecte d'informations sur les patients et les traitements qu'ils reçoivent afin de pouvoir comparer l'activité des différents établissements.
- 3.8. L'hospitalisation de jour et les soins à domicile occupent une place de plus en plus importante et contribuent de manière essentielle à une gestion plus performante de l'activité de soins dans les pays de l'OCDE. L'hospitalisation de jour et les soins à domicile sont donc considérés comme des modes de production distincts. Les définitions correspondantes, qui s'inspirent des systèmes nationaux d'information sanitaire ayant servi de modèle à la nomenclature ICHA-HC, sont reproduites au chapitre 9.

Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires

- 3.9. La distinction entre les fonctions HC.1 à HC.4 (qui concernent principalement la prestation de services) et HC.5 (biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires) ne doit pas être interprétée comme une frontière rigide entre deux catégories de produits ou d'activités (services et biens) au sens économique strict. Les articles énumérés sous la rubrique « biens médicaux », comme les médicaments achetés en pharmacie, les prothèses et articles similaires vendus et adaptés par des détaillants spécialisés, sont considérés comme des produits mixtes dont l'achat ou la dispensation sont assortis de conseils médicaux.
- 3.10. Les biens médicaux dispensés ou prescrits aux ménages, ou achetés par ceux-ci de leur propre initiative pour des soins à domicile, peuvent être considérés comme des produits intermédiaires entrant dans la production de services de santé des ménages. Tous ces biens sont cependant enregistrés dans la consommation finale des ménages dans le SCS. La gamme des biens concernés est étendue, allant des articles pour incontinents aux trousseaux de dialyse à domicile. Le chapitre 5 expose la façon dont la production de services de santé des ménages est définie et mesurée dans le cadre du SCS.

Services de prévention et de santé publique

- 3.11. Les services de santé publique remplissent une fonction essentiellement préventive et couvrent toute une gamme de services fournis par les pouvoirs publics, notamment la

surveillance épidémiologique et autres mesures propres à préserver la santé et à prévenir les maladies ainsi que les activités générales liées à ces objectifs. Ils englobent également des services spécialisés comme la gestion des banques de sang, les laboratoires de santé publique et les services de planification de la population. Les services de santé scolaire devront être enregistrés sous cette rubrique, tandis que les services de santé pénitentiaires seront enregistrés sous les catégories pertinentes de soins individuels.

- 3.12. Les services de santé publique incluent également les services de médecine du travail, activités auxiliaires des industries et des administrations qui, dans le cas des entreprises, sont traitées dans le SCN comme des consommations intermédiaires. Ces services font l'objet d'une réglementation précise dans la plupart des pays. Le chapitre 5, consacré à la mesure des dépenses, fournit des recommandations et des principes directeurs visant notamment à éviter les doubles comptes sous les rubriques des services de médecine du travail, des industries pharmaceutiques et des industries médico-techniques. Une table de correspondance entre les fonctions de santé publique de la nomenclature ICHA-HC et les « fonctions essentielles de santé publique » (EPHF) définies par l'Organisation mondiale de la santé est fournie dans l'annexe 9.3 au chapitre 9.

Administration de la santé et assurance maladie

- 3.13. L'administration de la santé et l'assurance maladie sont des activités exercées par les assureurs privés et les autorités centrales, régionales et locales, y compris les caisses de sécurité sociale. Il s'agit d'activités de planification, de gestion, de réglementation ainsi que de collecte de fonds et de traitement des demandes de paiement au titre des prestations fournies par le système de soins. Les frais administratifs des prestataires de soins ne seront pas enregistrés sous cette rubrique, car ils ne sont pas traités comme une fonction distincte dans le SCS mais sont inclus dans la valeur des services fournis.
- 3.14. L'administration de la santé et l'assurance maladie est présentée comme une fonction distincte, ce qui revient à dissocier les biens et services financés par ces entités de la gestion et du financement des biens et services concernés. Cette séparation renvoie à celle opérée dans la nomenclature des prestataires (ICHA-HP) entre, d'une part, les régimes d'assurance sociale et autres régimes d'assurance maladie et, d'autre part, les prestataires de soins de santé. L'enregistrement séparé des activités administratives ne pose pas de difficultés lorsque les services de santé sont dispensés par des établissements distincts de ceux qui s'occupent de l'assurance maladie et de l'administration des programmes. La fonction « administration de la santé et assurance maladie » ne couvre pas l'administration et la mise en œuvre des programmes de protection sociale qui assurent une couverture sous forme de prestations en espèces, bien que la séparation puisse être difficile à opérer en pratique et ne puisse être faite que par approximation.
- 3.15. La séparation des fonctions de soins de santé individuels ou collectifs et des fonctions d'administration des fonds peut s'avérer plus délicate à réaliser lorsque la production et le

financement des soins sont étroitement intégrés, comme ce peut être le cas dans le cadre d'un Système national de santé, de certains types de réseaux de soins coordonnés ou d'autres structures de soins intégrées. La fonction HC.7, « administration de la santé », correspond approximativement à la classe 07.6 de la CFAP, « Santé n.c.a. », et à la classe 12.5.3 de la COICOP, « assurance maladie ». D'autres corrélations avec les nomenclatures CFAP et COICOP sont indiquées à l'annexe 9.2 du chapitre 9.

AUTRES PARAMÈTRES DE CLASSEMENT DES SERVICES DE SOINS INDIVIDUELS

- 3.16. Les grandes lignes de démarcation qui structurent la nomenclature fonctionnelle ICHA-HC sont la distinction entre santé individuelle et collective, l'objet premier des soins (soins curatifs, rééducatifs, de longue durée), et leur mode de production (soins hospitaliers, soins ambulatoires, etc.). Les services de soins individuels pourraient donner lieu à une ventilation plus détaillée en fonction de plusieurs des paramètres énumérés au tableau 3.2. Les classifications nationales utilisées en comptabilité de la santé sont souvent de type hybride, c'est-à-dire combinent certains de ces critères de ventilation des dépenses nationales (essentiellement des caractéristiques relatives aux patients ou au diagnostic, comme la santé mentale, les autres spécialités, les soins aux personnes âgées) et des variables telles que les catégories professionnelles, les spécialités cliniques et les caractéristiques institutionnelles. Dans les analyses comparatives internationales, ces informations devront être présentées à part.
- 3.17. Pour plusieurs types importants d'analyses des politiques de santé, il sera nécessaire de mettre au point des enquêtes nationales et/ou de constituer des bases de micro-données – intégrées à des systèmes globaux d'information sanitaire – qui devront être suffisamment détaillées pour que les données puissent être ventilées suivant l'un ou l'autre des critères ci-après, tout au moins pour alimenter des modèles.
- 3.18. Des possibilités complémentaires de présentation harmonisée des données sont suggérées ci-dessous (voir tableau 3.3) pour certaines rubriques de la nomenclature fonctionnelle pour lesquelles les systèmes statistiques d'un nombre croissant de pays de l'OCDE fournissent depuis 10 ou 15 ans les données nécessaires. Le tableau 3.3 n'est pas exhaustif mais illustre la façon dont la nomenclature ICHA-HC peut être utilisée pour établir des comparaisons internationales plus précises sur l'utilisation des ressources.
- 3.19. Malheureusement, la présentation de statistiques selon les divers paramètres énumérés aux tableaux 3.2 et 3.3 dans le cadre de comparaisons entre pays en est encore au stade du balbutiement, même si des progrès ont été réalisés ces dernières années en matière de notification des dépenses par tranches d'âge et grandes catégories de pathologies (voir OCDE, 1999*a* au sujet des différentes possibilités de ventilation de l'activité médicale). Parmi les ventilations complémentaires utilisées dans un nombre croissant de pays, on peut citer les tableaux des dépenses par âge et sexe et par catégorie de diagnostic (estimations du coût des maladies). Ces deux catégories de tableaux standardisés apportent un éclairage supplémentaire sur la microstructure des dépenses qui peut être utile à la planification sanitaire.

3. FONCTIONS ESSENTIELLES ET FRONTIÈRES GLOBALES DES SOINS DE SANTÉ

Tableau 3.2. **Autres ventilations possibles des services de soins individuels**

Critères	Exemples
Groupe cible	Âge et sexe, secteur géographique, niveau de revenu, catégorie sociale, groupe ethnique
Groupe de patients ou de diagnostics	Malades mentaux, personnes âgées, enfants, femmes enceintes, etc.
Grand problème de santé	Diagnostic principal (selon le codage CIM de préférence)
Niveau de soins	Primaires, secondaires, tertiaires
Discipline de spécialisation	Chirurgie, médecine générale, etc.
Catégorie professionnelle	Soins dispensés par des médecins, des infirmiers qualifiés, d'autres professions paramédicales
Degré de dépendance	Charge en soins infirmiers et niveau d'aide sociale requis

Tableau 3.3. **Possibilités complémentaires de présentation des données pour certaines fonctions de soins**

Code ICHA-HC	Description	Ventilations possibles
HC.1-HC.5	Soins de santé individuels	Dépenses selon l'âge et le sexe pour chacune des grandes catégories de soins de santé
HC.1-HC.5	Soins de santé individuels	Dépenses par grandes catégories de maladies (CIM) (données servant aux calculs du coût direct des maladies)
HC.1-HC.5	Soins de santé individuels	Consommation (effective) de soins des ménages privés par décile du revenu des ménages
HC.1-HC.5	Soins de santé individuels	Dépenses engagées pour la lutte contre les maladies mentales et la toxicomanie Dépenses engagées pour les patients âgés selon le degré de dépendance mesuré à l'aide des échelles AVQ ou d'instruments similaires
HC.1.1	Soins curatifs en milieu hospitalier	Dépenses, taux de sortie et durée de séjour par GHM
HC.1.3.1	Services médicaux et diagnostics courants	Nombre de patients et de contacts avec le réseau de soins primaires
HC.5.1.1	Produits pharmaceutiques	Consommation de produits pharmaceutiques par grands groupes de la classification ATC

Soins de santé individuels par âge et par sexe

3.20. Les dépenses de santé par âge et par sexe devraient être calculées régulièrement pour le sous-total des biens et services médicaux (soins de santé individuels) à l'intérieur de la dépense totale de santé. L'expérience acquise en matière de comparaisons internationales

des dépenses de santé ventilées par âge et sexe montre qu'il ne faut pas utiliser des tranches d'âge trop larges pour permettre une notification uniforme (OCDE, 1996*d*). Ceci est particulièrement important pour les âges élevés. D'après les informations dont on dispose pour plusieurs pays de l'OCDE, les dépenses de santé par habitant atteignent leur niveau maximum chez les 75-84 ans, puis diminuent au-delà de cette tranche d'âge. Les analyses des dépenses ne devraient donc pas s'arrêter à l'âge de 75 ou 80 ans, mais couvrir également les tranches d'âge plus élevées (d'autant que certaines pathologies semblent se manifester à un âge de plus en plus avancé, ce qui pourrait entraîner un décalage du profil d'évolution des dépenses qui vient d'être décrit).

Estimations du coût des maladies

3.21. Les études du coût des maladies visent à estimer la charge économique directe et indirecte supportée durant une période donnée en raison de la prévalence d'une maladie au cours de cette même période de référence, généralement fixée à un an. Les coûts de la prévalence d'une maladie correspondent donc à la valeur des ressources consommées ou perdues au cours d'une période déterminée indépendamment de la date de déclenchement de la maladie. Dans le cadre du SCS, seule une ventilation fondée sur le coût direct estimé de la maladie est recommandée étant donné le grand nombre d'hypothèses qu'implique le calcul du coût dit indirect de la maladie (montant hypothétique de la production perdue en raison de la morbidité ou de la mortalité prématurée).

FONCTIONS SANITAIRES CONNEXES

3.22. Les fonctions essentielles de soins de santé doivent être distinguées des fonctions sanitaires connexes. Bien que ces dernières puissent entretenir un rapport étroit avec les fonctions de soins en termes de modes opératoires, d'institutions et de personnel, il convient de les dissocier dans toute la mesure du possible des calculs relatifs aux activités se rattachant aux fonctions essentielles de soins.

3.23. Il y a lieu d'enregistrer à part les données relatives aux fonctions sanitaires connexes suivantes : formation de capital des prestataires de soins (HC.R.1), éducation et formation du personnel de santé (HC.R.2), recherche et développement dans le domaine de la santé (HC.R.3), contrôles sanitaires (denrées alimentaires, hygiène, eau potable) (HC.R.4), hygiène du milieu (HC.R.5), administration et fourniture de services sociaux en nature en faveur des personnes malades ou handicapées (HC.R.6) et administration et fourniture de prestations en espèces liées à la santé (HC.R.7). Dans les rapports sur les systèmes de santé qui sont établis régulièrement, il est souhaitable que ces données soient présentées sous des rubriques distinctes. Toutes ces fonctions sont pertinentes pour l'analyse des politiques de santé. On trouvera au chapitre 9 des notes explicatives concernant les problèmes de délimitation posés par les fonctions sanitaires connexes.

Activités d'appui aux services de santé et comptabilité analytique

3.24. Les activités d'appui aux services de santé (gestion et administration des établissements prestataires, services techniques, transports, entretien des espaces verts, etc.) ne figurent pas sous des rubriques distinctes dans la nomenclature fonctionnelle, et celle-ci n'opère pas de décomposition des activités de soins par postes comptables généraux (exemple : dépenses de personnel, divers produits intermédiaires, consommation de capital fixe). Ces postes de dépenses sont en principe déjà inclus dans les diverses rubriques de la nomenclature fonctionnelle si l'enregistrement a été correctement effectué. L'enregistrement des dépenses relatives aux activités d'appui et la décomposition par postes comptables généraux ne posent pas de difficultés méthodologiques, mais pour effectuer ces opérations en évitant les doubles comptes, il faudrait ajouter une possibilité de ventilation supplémentaire à la Classification internationale pour les comptes de la santé. Cette tâche n'a pas été jugée hautement prioritaire pour les besoins des comparaisons internationales, mais elle pourrait être entreprise dans le cadre de l'élaboration d'une deuxième version du présent manuel.

APPLICATION DE LA NOMENCLATURE FONCTIONNELLE

3.25. Les rubriques de la nomenclature fonctionnelle se rapportent à des produits, et donc à la *structure fonctionnelle de la production* des systèmes de santé. Cette notion ne doit pas être confondue avec la structure des coûts des prestataires ou la structure des entrées utilisées dans la production de services sous forme de traitements médicaux. Dans les systèmes de comptabilité nationale, la structure des coûts et la structure des entrées peuvent se décliner selon les mêmes rubriques (ou « fonctions »). Les concepts d'unité statistique et d'unité déclarante peuvent aider à mieux comprendre ces aspects et leurs implications pour la mise en œuvre de la nomenclature fonctionnelle du SCS. Les remarques et suggestions ci-après concernant la mise en œuvre de la nomenclature visent avant tout à faciliter la compréhension et la bonne interprétation des rubriques fonctionnelles proposées. Des directives plus précises seront élaborées au cours des exercices pilotes d'application du SCS et seront diffusées sur le site Internet de l'OCDE qui lui est consacré, dont il est fait mention en avant-propos.

L'unité statistique

3.26. L'unité statistique est l'entité pour laquelle les statistiques relatives aux diverses fonctions de la nomenclature sont compilées. Il peut s'agir d'une unité d'observation au sujet de laquelle des informations sont recueillies et des statistiques compilées, ou d'une unité d'analyse que les statisticiens créent par subdivision ou regroupement d'unités d'observation, en s'aidant d'estimations ou d'imputations, de manière à obtenir des statistiques plus détaillées et/ou plus homogènes.

3.27. Dans la nomenclature fonctionnelle du SCS, l'unité statistique est une unité de production spécifique de services de santé pour emploi final. La plus petite unité statistique peut être une prise de contact individuelle avec le système de soins qui sera affectée à une rubrique

de la nomenclature en fonction de la nature du principal acte médical réalisé. Dans la pratique, il conviendra de reprendre les définitions des rubriques de produits utilisées dans les systèmes nationaux d'information sanitaire, définitions qui varient selon les pays en fonction des modalités de rémunération en vigueur et des procédures d'enquête sur les prestataires de services de santé.

- 3.28. Les services classés selon une nomenclature tarifaire dans les systèmes de rémunération à l'acte pourront être utilisés en tant qu'unités d'observation, lesquelles devront ensuite être croisées avec la nomenclature des fonctions ICHA-HC à l'aide de tables de conversion. Les prestataires rémunérés à la capitation en fonction du coût total de production sont un exemple d'unités d'analyse. Des échantillons d'enquêtes ou des estimations partielles sont nécessaires dans ce cas pour répartir le coût total entre les différentes fonctions de soins, soit d'après une estimation du temps (ou autres mesures des consommations intermédiaires) consacré aux différents actes, soit d'après le nombre de patients ou de cas traités (diagnostics/traitements).
- 3.29. Lorsque les « épisodes de soins » font l'objet d'une rémunération globale, comme dans le cas des systèmes de rémunération par groupes homogènes de malades (GHM), il est recommandé de ne pas ventiler ces entités par fonction, mais de classer l'ensemble de l'épisode de soins en fonction du principal objectif de la prise en charge médicale. La logique qui sous-tend cette approche est que les diverses prestations réalisées dans le cadre d'un épisode de soins doivent être considérées comme des consommations intermédiaires utilisées pour la production de ce service global, et non comme des productions finales.
- 3.30. En ce qui concerne les fonctions de la nomenclature couvrant la distribution de biens médicaux, il y a lieu d'appliquer le même principe pour faire la distinction entre consommation intermédiaire et production. Seule la consommation de produits pharmaceutiques obtenus auprès d'une pharmacie ou d'un prestataire habilité à dispenser ces produits (vente au détail ou par correspondance) doit être enregistrée sous la fonction correspondante de la nomenclature ICHA-HC. Les produits pharmaceutiques consommés au cours d'un traitement, par exemple au cours d'une intervention chirurgicale pratiquée dans un hôpital ou un centre de chirurgie ambulatoire, sont considérés comme des consommations intermédiaires entrant dans la production du service « chirurgical » et doivent être enregistrés sous la rubrique correspondante, et non sous « distribution de produits pharmaceutiques ». Lorsque des produits pharmaceutiques sont directement dispensés par des praticiens, il faudra tenter d'isoler les dépenses pharmaceutiques des dépenses de soins. Des directives indiquant comment opérer cette séparation devront être élaborées au niveau de chaque pays.
- 3.31. Il existe d'autres cas limites pour lesquels cette distinction peut être contestable. Prenons l'exemple d'un séjour à l'hôpital dont l'objectif premier est de déterminer le type de médication et de dosage le plus approprié. Suivant la logique préconisée, le même traitement médicamenteux sera pris en compte différemment durant la phase initiale du traitement et

durant les phases suivantes. De même, les produits de dialyse employés à l'hôpital sont des consommations intermédiaires entrant dans la production de la séance de dialyse, et ne doivent pas être enregistrés séparément. Les mêmes produits utilisés dans le cadre d'une dialyse à domicile seront cependant enregistrés séparément.

- 3.32. Les dépenses enregistrées sous la rubrique « Biens médicaux » peuvent être interprétées comme des consommations intermédiaires entrant dans la production de soins à domicile des ménages, que la production soit réalisée par le patient lui-même ou avec l'aide d'un membre de sa famille. Le seul moyen de savoir quelle est la quantité de produits pharmaceutiques/de biens médicaux d'un type déterminé entrant dans la production ou la consommation de services de santé d'un pays donné consiste à introduire une *ventilation fonctionnelle supplémentaire pour la structure des coûts* (consommation intermédiaire et valeur ajoutée) des prestataires de services de santé. Théoriquement, cela ne devrait pas poser de problèmes, mais les enquêtes statistiques nécessaires pour remplir ce type de tableaux risquent d'être extrêmement lourdes. Pour certains postes comme les produits pharmaceutiques, les données correspondantes sont disponibles dans de nombreux pays – pas seulement dans le fichiers des entreprises pharmaceutiques – et ont déjà été intégrées à des analyses comparatives internationales portant sur les pays de l'OCDE (voir OCDE, 1999a).

4. PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ

INTRODUCTION

- 4.1. La production, la prestation et le financement des services de santé prennent place dans des cadres institutionnels très variés qui diffèrent selon les pays. Le mode d'organisation des services de santé reflète les spécificités de la division du travail entre prestataires de soins dans chaque pays, une division qui tend à devenir de plus en plus complexe dans de nombreux pays. Il est fréquent que des établissements portant la même dénomination par exemple « hôpital général », « hôpital de soins aigus », ou « hôpital psychiatrique » remplissent pourtant des fonctions différentes selon les systèmes de santé. On observe dans bon nombre de pays une intégration verticale de plus en plus poussée dans le secteur hospitalier, où certains établissements regroupent dans une même enceinte un nombre croissant de services (assurant aussi bien des soins hospitaliers qu'ambulatoires), l'objectif étant dans certains cas de proposer une palette de produits et de services médicaux et non médicaux plus rentable.
- 4.2. Le but d'une nomenclature des prestataires de soins de santé est de pouvoir classer les établissements spécifiques à chaque pays dans des catégories communes qui soient comparables à l'échelle internationale, et de fournir des outils qui permettent de relier au SCS les statistiques sur les ressources humaines et matérielles ainsi que sur la production et les résultats. Le découpage du secteur de la santé en catégories de prestataires est aussi l'un des éléments de base du modèle économique du système de santé décrit au chapitre 8.
- 4.3. Le présent chapitre présente une classification des unités institutionnelles qui composent le secteur de la santé : la nomenclature des prestataires de soins de santé (ICHA-HP). Une description plus détaillée de cette nomenclature est fournie au chapitre 10, où l'on trouve également une table de correspondance entre la nomenclature ICHA-HP et la Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique (CITI, Rev. 3). Cette table de correspondance est indispensable car la CITI continuera de servir de référence pour les enquêtes de conjoncture, les enquêtes sur la population active et les

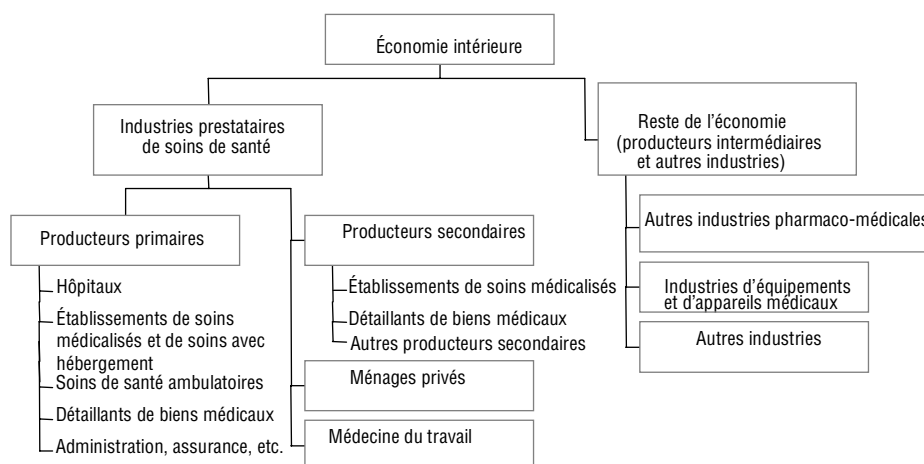
recensements. Le critère essentiel de répartition des prestataires de soins de santé par secteur dans la nomenclature ICHA-HP est l'activité principale exercée par l'établissement prestataire. Autrement dit, les principes fondamentaux de classement par secteurs institutionnels sont identiques dans les deux nomenclatures, l'ICHA-HP et la CITI.

- 4.4. La nomenclature des unités institutionnelles du secteur de la santé établit un lien entre les dépenses de santé et la production, y compris les ressources utilisées (ressources humaines, équipements). Il serait souhaitable qu'un lien explicite (classifications croisées) soit établi dans les systèmes statistiques nationaux entre la structure institutionnelle des Comptes nationaux de la santé, la nomenclature des prestataires ICHA-HP et les statistiques ventilées par branche d'activité selon la CITI. Une table de correspondances entre la nomenclature ICHA-HP et la CITI est présentée au chapitre 10.

LES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ DANS L'ÉCONOMIE

- 4.5. La nomenclature ICHA-HP couvre à la fois les producteurs primaires et secondaires de soins de santé. On entend par producteur primaire une entité dont l'activité principale est la production de services de santé, par exemple un hôpital ou un cabinet de médecins. Les producteurs secondaires fournissent des services de santé en tant qu'activité secondaire s'ajoutant à leur activité principale. Il en est ainsi, par exemple, des établissements de soins avec hébergement, comme les logements foyers, qui dispensent principalement des services sociaux, mais en association avec des soins, par exemple des soins de longue durée ou psychiatriques. En conséquence, la nomenclature ICHA-HP couvre à la fois les producteurs primaires et secondaires de soins de santé, et plusieurs rubriques comprennent des prestataires appartenant à ces deux catégories. C'est le cas par exemple pour la vente au détail de biens médicaux, l'administration de la santé et les établissements de soins avec hébergement.
- 4.6. Les producteurs de biens ou de services intermédiaires entrant dans la production de soins de santé ne sont pas considérés comme des prestataires de soins dans la nomenclature ICHA-HP. Aussi n'inclut-elle pas, par exemple, les classes suivantes de la Classification internationale type des branches d'activité économique (CITI, Rev. 3) :
- 2423 – Fabrication de préparations pharmaceutiques, de produits chimiques à usage médicinal et de produits d'herboristerie ;
 - 3311 – Fabrication d'instruments et d'appareils médicaux et chirurgicaux et d'appareils d'orthopédie.
- 4.7. La nomenclature ICHA-HP s'écarte des systèmes habituels de classification des branches d'activités dans la mesure où elle inclut les ménages privés, considérés dans certains cas exceptionnels comme des prestataires de services médicaux, ainsi que la médecine du travail (voir chapitre 5). La figure 4.1 illustre la décomposition de l'économie nationale en prestataires de soins de santé et autres secteurs d'activité qui sous-tendent la nomenclature ICHA-HP.

Figure 4.1. Prestataires de soins de santé au sein de l'économie



LA NOMENCLATURE DES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ

- 4.8. La classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique (CITI) a dû être affinée et modifiée pour les besoins du SCS. Premièrement, la section N « Santé et action sociale » de la CITI n'était pas suffisamment détaillée. Par exemple, les centres collectifs de soins et d'autres centres de soins intégrés n'y étaient pas explicitement mentionnés.
- 4.9. De toute évidence, la CITI n'a pas suffisamment évolué pour tenir compte des vastes réformes qui ont touché l'organisation des systèmes de santé. Les établissements de soins mixtes, par exemple ceux qui associent l'hébergement collectif et les soins ambulatoires, ou les structures intégrées comme les centres collectifs de soins, ne trouvent pas aisément leur place dans cette nomenclature. Le Système de classification des industries de l'Amérique du Nord (SCIAN), récemment mis au point, offre un bon point de départ pour concevoir une nomenclature des établissements de santé car il est à la fois suffisamment détaillé pour appréhender la réalité mouvante et complexe des systèmes de santé, et suffisamment général pour couvrir les systèmes de santé d'un groupe plus large de pays. La nomenclature ICHA-HP s'inspire largement de ce système de classification en l'adaptant aux besoins des pays de l'OCDE (tableau 4.1).

AUTRES CRITÈRES DE CLASSIFICATION DES UNITÉS INSTITUTIONNELLES

- 4.10. La nomenclature ICHA-HP n'établit pas de distinction entre les établissements selon le caractère public ou privé des unités qui en détiennent la propriété ou en exercent le contrôle,

leur taille et leur statut juridique, ou des critères géographiques (hôpitaux locaux/centres de traitement d'urgence au niveau national ou au niveau d'un État dans une fédération). Les comptes nationaux de la santé pourront comporter une ventilation plus détaillée suivant ces critères, mais cela devra être décidé au cas par cas.

 Tableau 4.1. **Nomenclature des prestataires de soins de santé (ICHA-HP)**

Code ICHA	Prestataires de soins de santé
HP.1	Hôpitaux
HP.1.1	Hôpitaux généraux
HP.1.2	Hôpitaux psychiatriques et pour toxicomanes
HP.1.3	Hôpitaux spécialisés (autres qu'hôpitaux psychiatriques et pour toxicomanes)
HP.2	Maisons médicalisées et autres établissements de soins avec hébergement
HP.2.1	Maisons médicalisées
HP.2.2	Établissements pour retardés, malades mentaux et toxicomanes
HP.2.3	Établissements d'hébergement pour personnes âgées
HP.2.9	Autres établissements de soins avec hébergement
HP.3	Prestataires de soins ambulatoires
HP.3.1	Cabinets de médecins
HP.3.2	Cabinets de dentistes
HP.3.3	Cabinets d'autres professionnels de santé
HP.3.4	Centres de soins ambulatoires
HP.3.5	Laboratoires d'analyses médicales et de diagnostic
HP.3.6	Prestataires de services de soins à domicile
HP.3.9	Autres prestataires de soins ambulatoires
HP.4	Détaillants et autres distributeurs de biens médicaux
HP.4.1	Pharmacies
HP.4.2	Détaillants et autres distributeurs de verres et autres produits d'optique
HP.4.3	Détaillants et autres distributeurs d'appareils auditifs
HP.4.4	Détaillants et autres distributeurs d'appareils médicaux (autres que les produits d'optique et les appareils auditifs)
HP.4.9	Autres formes de vente au détail et de distribution de produits pharmaceutiques et de biens médicaux
HP.5	Fourniture et gestion de programmes de santé publique
HP.6	Administration générale de la santé et de l'assurance maladie
HP.6.1	Administration publique de la santé
HP.6.2	Régimes de sécurité sociale
HP.6.3	Autres programmes d'assurance sociale
HP.6.4	Autres régimes d'assurance (privés)
HP.6.9	Autres institutions chargées de l'administration de la santé
HP.7	Autres prestataires de services de santé (reste de l'économie)
HP.7.1	Établissements prestataires de médecine du travail
HP.7.2	Ménages privés prestataires de soins à domicile
HP.7.9	Autres producteurs secondaires de soins de santé
HP.9	Reste du monde

4.11. En outre, un découpage des institutions de soins par secteur institutionnel suivant les indications du SCN pourrait permettre d'obtenir des informations intéressantes sur le rôle économique des institutions et d'établir un lien avec les systèmes nationaux de statistiques économiques. Le tableau 4.2 présente le classement de base des unités institutionnelles par secteur et par type utilisé dans le SCN et donne des exemples des institutions de soins correspondant à ces catégories. La décomposition des systèmes de santé en secteurs tels que définis dans le SCN peut aussi s'avérer nécessaire pour l'établissement de comptes satellites de la santé suivant les liens que l'on veut maintenir avec le cadre central du système de comptabilité nationale (chapitre 8).

4.12. La décomposition des institutions du secteur des administrations publiques, de l'assurance sociale et des autres types d'assurance suit étroitement le découpage sectoriel du SCN (des précisions supplémentaires et des recommandations concernant la décomposition des sources de financement sont présentées au chapitre 6).

Tableau 4.2. Organismes de soins de santé classés par secteur et type d'unité institutionnelle du SCN

Type d'unité institutionnelle	Secteurs du Système de comptabilité nationale				
	Secteur des sociétés non financières	Secteur des sociétés financières	Secteur des administrations publiques	Secteur des ménages	Secteur des ISBLSM
Sociétés	Prestataires de soins de santé (structures publiques et privées)	Assurance sociale et assurance dommages privées			
Unités d'administrations publiques (admin. centrale/féd./rég./locale et de sécurité sociale)			Gestion de la santé publique ; gestion des programmes de santé ; plans de sécurité sociale		
Ménages				Soins à domicile auto-consommés	
Institutions sans but lucratif (ISBL)	Prestataires de services de santé sans but lucratif	Assurance sociale privée	ISBL non marchandes prestataires de services de santé, contrôlées et financées principalement par le gouvernement		ISBL au service des ménages (ISBLSM) non marchands prestataires de services de santé ; org. de bienfaisance financeurs de soins de santé

Le modèle des niveaux de soins de l'OMS

4.13. En outre, certains pays ont adopté le modèle de l'OMS qui consiste à distinguer les soins de santé primaires, secondaires et tertiaires. La répartition des institutions suivant ces

catégories – lorsqu’elles existent – peut s’avérer particulièrement utile dans le cadre du suivi des politiques de santé. Toutefois, la terminologie de l’OMS n’est pas suffisamment harmonisée ou n’est pas utilisée de façon suffisamment uniforme par les pays de l’OCDE pour pouvoir être adoptée aux fins du SCS. L’établissement d’une table de correspondance entre les institutions telles qu’elles sont désignées au niveau national et la nomenclature ICHA-HP des prestataires devrait permettre d’identifier les mécanismes de planification de l’offre de soins propres à chaque pays.

APPLICATION DE LA NOMENCLATURE DES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ

4.14. L’unité statistique, c’est-à-dire l’entité pour laquelle les statistiques requises sont rassemblées, est la même pour les trois nomenclatures du Système de comptes de la santé (voir chapitre 3), ceci pour permettre une classification croisée des dépenses dans des tableaux multidimensionnels (voir tableaux types proposés au chapitre 2).

L’unité déclarante dans la nomenclature des secteurs institutionnels

4.15. L’unité déclarante est l’entité auprès de laquelle sont réunis les éléments de données recommandés. Il peut s’agir d’une entreprise prestataire de soins de santé au sujet de laquelle des informations sont recueillies et des statistiques compilées, ou d’une unité d’analyse créée par subdivision ou regroupement d’unités d’observation, en s’aidant d’estimations ou d’imputations, de manière à obtenir des statistiques plus détaillées et/ou plus homogènes.

4.16. Dans l’idéal, la plus petite unité déclarante dans le cadre du SCS sera un établissement produisant une gamme homogène de services et assumant de ce fait un rôle bien défini et internationalement comparable au sein du système de santé d’un pays. Cette unité aura sa propre comptabilité, ce qui permettra de relier de façon simple les données sur les ressources (« structure des coûts ») et la production aux données sur les dépenses.

Ressources humaines et emploi dans le secteur de la santé

4.17. La nomenclature ICHA-HP fournit un cadre permettant de calculer un ensemble d’agrégats nationaux et de répartir les ressources humaines et l’emploi dans le secteur de la santé. Une méthode de mesure des stocks et des flux de ressources humaines dans le secteur de la santé offrant diverses possibilités de définition des professions médicales et paramédicales est examinée à l’annexe A.1 de ce manuel. Les principaux agrégats sont :

- L’emploi total dans le secteur de la santé, qui est la somme des effectifs de chacune des unités institutionnelles définies ci-dessus, répartis selon la nomenclature ICHA-HP et mesurés de préférence en équivalents plein temps (EPT).
- L’emploi total dans les professions médicales et paramédicales du secteur de la santé, réparti là encore selon la nomenclature ICHA-HP.

Installations de soins et stocks d'équipements médicaux

4.18. L'inventaire des établissements sanitaires de chaque pays constitue le point de départ des enquêtes nationales sur les services de santé, enquêtes dont sont issues des données en termes non monétaires sur le stock de capital et les ressources médicales. Une série d'indicateurs est nécessaire pour mesurer les stocks d'équipements médicaux, notamment l'équipement en matériel de haute technologie, ainsi que les capacités d'accueil des établissements de soins, mesurées notamment en nombre de lits. Pour assurer la cohérence avec les séries de statistiques sur les dépenses, il faudrait établir une classification croisée entre ces données et la nomenclature ICHA-HP. Dès lors qu'un pays aura mis au point sa typologie des établissements et établi une table de correspondance avec la nomenclature ICHA-HP, il ne devrait pas être trop difficile de répartir les données, par exemple les effectifs, entre les différentes catégories.

5. MESURE DES DÉPENSES DE SANTÉ

INTRODUCTION

- 5.1. Le présent chapitre définit les agrégats sur lesquels repose la mesure des dépenses de santé. Il revêt donc une importance déterminante pour le SCS. Les règles de comptabilisation proposées correspondent aux recommandations du SCN et sont donc compatibles avec celles que l'on utilise constamment au plan international pour définir les agrégats économiques nationaux. Le chapitre 8, consacré aux analyses et comptes satellites de la santé, prolonge cette réflexion sur la modélisation économique de la fonction santé et son intégration dans le cadre central des comptes nationaux à l'intention des experts des pays qui utilisent déjà ou qui envisagent de mettre au point un compte satellite pour leur système de santé.

ESTIMATION DES TOTAUX NATIONAUX

La **dépense totale de santé** mesure la consommation finale de biens et de services médicaux fournis aux unités résidentes, augmentée de la formation de capital des industries prestataires de soins de santé (institutions dont l'activité principale a trait à la santé).

- 5.2. La dépense totale de santé mesure donc l'ensemble des ressources économiques consacrées par un pays aux fonctions de santé HC.1 à HC.7, y compris l'administration de la santé et l'assurance maladie, auxquelles s'ajoute la formation brute de capital des industries prestataires de soins de santé (tableau 5.1). Cette dernière correspond aux acquisitions d'actifs qui augmentent le stock de ressources du système de santé et dont la durée d'utilisation est supérieure à une période comptable d'un an. Il est important de la distinguer de la dépense courante totale de santé. La formation brute de capital est un agrégat que l'on peut, à son tour, ventiler entre les diverses catégories d'unités institutionnelles qui participent à la fourniture des services de santé (voir chapitre 4).
- 5.3. Selon la définition donnée ci-dessus, la dépense totale de santé fait partie de la dépense intérieure brute totale. Elle ne comprend pas les exportations de services de santé, c'est-à-dire

les services que les prestataires résidents vendent aux étrangers, mais englobe en revanche les importations de biens et de services médicaux représentés par les dépenses de santé des résidents voyageant à l'étranger (touristes et autres).

- 5.4. La suite du chapitre apporte des précisions sur plusieurs aspects déterminants, dans l'optique des comparaisons internationales, de l'estimation des totaux nationaux de la dépense de santé, à savoir :
- La définition du champ de la production dans le domaine de la santé.
 - Le traitement des subventions et autres transferts aux prestataires de santé.
 - La mesure de la production marchande et non marchande de services de santé.
 - Les échanges internationaux de biens et de services médicaux.
 - Le moment d'enregistrement et le principe de comptabilisation sur la base des droits et obligations.
- 5.5. On trouvera également ci-après quelques indications sur l'estimation des dépenses au titre des fonctions sanitaires connexes, autres que la formation de capital des industries prestataires.

Tableau 5.1. **Structure fonctionnelle de la dépense totale de santé**

Code	Description
HC.1-HC.4	Services individuels de soins de santé
HC.5	Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires
<i>TPHE</i>	<i>Dépense individuelle totale de santé</i>
HC.6	Services de prévention et de santé publique
HC.7	Administration de la santé et assurance maladie
<i>TCHE</i>	<i>Dépense courante totale de santé (somme des postes HC.1 à HC.7)</i>
HC.R.1	Formation brute de capital des industries prestataires de soins de santé
<i>THE</i>	<i>Dépense totale de santé (=TCHE + HCR.1)</i>

DÉFINITION DU CHAMP DE LA PRODUCTION DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

- 5.6. En ce qui concerne la délimitation du champ couvert par la production de services de santé, le SCS recommande d'appliquer les règles de base du SCN, avec les deux exceptions suivantes :
- La prise en compte de la médecine du travail dans les totaux nationaux de la dépense de santé ; dans le SCN, cet élément est enregistré au titre des services auxiliaires et fait partie de la production intermédiaire des entreprises ;
 - La comptabilisation d'une partie des transferts monétaires aux ménages au titre des soins dispensés à domicile aux malades et handicapés dans la production par les ménages de services de soins rémunérés.

Médecine du travail

5.7. Cet agrégat est la somme des dépenses engagées par les sociétés, les administrations publiques et les institutions sans but lucratif pour la fourniture de services de médecine du travail. La médecine du travail correspond au *Groupe 5.2 : Dépenses de santé* de la nomenclature des dépenses des producteurs par fonction (COPP) (voir l'annexe A.6). Dans le SCN, elle fait partie de la consommation intermédiaire du secteur des entreprises. La médecine du travail englobe la surveillance de la santé des salariés (examens médicaux de routine) et les soins thérapeutiques (y compris les services médicaux d'urgence) dans les locaux de l'entreprise ou en dehors ; elle ne comprend pas la rémunération en nature sous forme de biens et services médicaux, qui ne constitue pas une consommation intermédiaire de l'entreprise mais fait partie de la consommation finale effective des ménages. Les dépenses encourues au titre de la médecine du travail correspondent grosso modo au coût du personnel employé dans cette branche de la santé.

Production des ménages

5.8. La production de services de santé n'est pas réservée aux établissements spécialisés (y compris les institutions privées sans but lucratif) ; elle peut aussi avoir lieu au sein des ménages, où des soins sont dispensés à des personnes malades, invalides ou âgées. La production par les ménages de ces services personnels destinés à leur propre consommation finale ne fait pas partie des activités mesurées par les systèmes classiques de comptabilité nationale. Tel qu'il est défini dans le SCS, toutefois, le champ de la production inclut les services personnels produits par les ménages, lorsqu'ils correspondent à des transferts sociaux spécifiques.

5.9. La comparabilité des données dans le temps et entre les pays pose un problème lorsque les ménages ont le choix entre des prestations en espèces et des prestations en nature, car dans ce cas, bien que les soins dispensés par des personnes de la famille ou par des infirmiers spécialisés soient considérés comme étant à peu près équivalents, ils sont traités de façon différente en pratique dans les systèmes de comptabilité nationale (qui les enregistrent sous les prestations de santé en nature ou sous les transferts sociaux en espèces). C'est pourquoi il est recommandé de recourir à la notion de production « rémunérée » des ménages pour ce type de transferts en espèces, et d'enregistrer les sommes ainsi versées pour les soins familiaux dans la dépense de consommation médicale finale (usage final), au lieu de les faire figurer sous les paiements de transfert, en faisant apparaître séparément le poste correspondant dans les comptes de la santé.

5.10. Cette méthode d'enregistrement, propre au SCS, reconnaît explicitement que le travail non rémunéré des familles soignantes a une valeur économique mesurable en termes monétaires. Elle est également conforme à la définition de la production non marchande des ménages, laquelle recouvre les biens et les services que les ménages produisent bénévolement pour leur propre consommation et qui sont destinés, en association avec d'autres biens et services fournis par le marché, à satisfaire les besoins de la vie quotidienne.

Le critère généralement utilisé pour définir le travail productif non rémunéré et, corrélativement, la production non marchande des ménages, est l'existence d'un substitut marchand. Dans le cas de la personne qui prend en charge elle-même un membre de sa famille, ce substitut est un soignant rémunéré qui pourrait être engagé pour effectuer à peu près les mêmes tâches. Autrement dit, la production de soins par les ménages a pour substitut celle des institutions publiques ou privées qui assurent des services comparables.

- 5.11. La production des ménages et la production sur le marché sont effectivement substituables dans la réalité lorsque les ménages se voient offrir le choix entre un transfert social en espèces pour les soins dispensés et une prestation en nature sous la forme d'une aide professionnelle extérieure financée en partie ou en totalité dans le cadre d'un programme social. Lorsque cette possibilité de substitution n'est pas aussi évidente, c'est-à-dire dans le cas où les ménages n'ont pas d'autre choix que de recevoir des paiements de transfert pour les soins dispensés, le SCS reconnaît quand même la valeur économique de l'activité de soins en imputant à la production médicale non marchande des ménages une valeur égale au montant des paiements de transferts reçus.
- 5.12. Cette méthode d'évaluation repose sur l'hypothèse que la valeur du travail non rémunéré qui s'effectue au sein du ménage équivaut au montant des prestations que les programmes sociaux sont disposés à verser, ce qui n'est pas tout à fait satisfaisant, bien entendu, puisque l'on ne tient pas compte du temps effectivement consacré au travail en question. Cela vaut toutefois mieux que de ne rien mesurer du tout, et par conséquent de faire l'impasse sur le nombre d'heures consacrées aux soins de santé, comme c'est le cas lorsque les ménages n'ont pas le choix des prestations ou ne peuvent prétendre à aucune aide financière pour la prise en charge de l'un de leurs membres.

Soins de santé et secteur informel

- 5.13. La production dissimulée de services de soins de santé (pour échapper à l'impôt sur le revenu ou à d'autres impôts, ou encore pour se procurer de manière occulte un revenu supplémentaire en dehors du cadre des conventions passées avec les systèmes d'assurance sociale privés ou publics) peut représenter une part non négligeable des prestations médicales dont bénéficient réellement les ménages. Il convient d'estimer cette production et de l'inclure dans la dépense totale de santé, telle que définie par le SCS, afin d'éviter un traitement hétérogène du secteur informel de la santé qui fausserait les comparaisons internationales.
- 5.14. Il est arrivé dans le passé que certains pays sous-estiment, dans leurs calculs de la dépense nationale de santé, les paiements effectués « sous le manteau » ou encore les « enveloppes » données directement par les patients aux prestataires. Qu'ils soient versés pour court-circuiter une liste d'attente ou pour obtenir un service de plus grande qualité, par exemple, ces paiements n'apparaissent pas dans les déclarations de revenus des prestataires qui les reçoivent et qui en tirent peut-être une part importante, bien qu'occulte, de leur rémunération. Le SCS recommande d'inclure ces sommes dans les estimations de la demande globale.

- 5.15. En revanche, la fourniture illégale de services de soins de santé par des praticiens exerçant sans y être autorisés, de même que celle de médicaments destinés à des usages illégaux (dopage, toxicomanie, etc.), bien qu'elles entrent dans le domaine de la production du SCN, ne sont pas considérées comme relevant des dépenses de santé au sens du SCS.

LE TRAITEMENT DES SUBVENTIONS ET AUTRES TRANSFERTS AUX PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ

- 5.16. Dans le domaine de la production et du financement des soins de santé, les transferts courants et les subventions versées par les administrations publiques ont souvent pour but de réduire le prix payé par les consommateurs finals ou par les organismes d'assurance pour certains biens ou services (en particulier les soins en établissement). Ces paiements prennent deux formes différentes selon qu'ils sont versés à des producteurs marchands ou non marchands. Les transferts aux producteurs marchands sont identiques aux « subventions » de la comptabilité nationale, dans la mesure où celle-ci concerne uniquement la production marchande. Dans de nombreux pays, toutefois, les subventions à la production marchande du secteur de la santé sont très limitées par rapport aux transferts dont bénéficient les producteurs non marchands, qui sont enregistrés au poste des « transferts courants ». Dans le chapitre XXI du SCN 93, consacré aux comptes satellites, deux solutions sont proposées pour la comptabilisation des subventions :

« Dans le cadre central, les biens ou services en question, s'ils sont considérés comme des produits marchands, entrent dans la consommation finale aux prix d'acquisition. Dans un compte satellite, deux possibilités s'offrent. Ou bien la valeur attribuée à la consommation diffère de celle retenue dans le cadre central, du fait de l'inclusion de la valeur des subventions à la consommation, ou bien la consommation est évaluée comme dans le cadre central, et les subventions à la consommation doivent entrer dans les transferts courants spécifiques [...]. Ce poste peut également inclure d'autres subventions sur la production (SCN 93, paragraphe 21.75.). »

- 5.17. Le SCS opte pour la première solution. Si l'on considère la consommation finale de services hospitaliers, par exemple, cela signifie qu'il faut recalculer (chaque fois que possible) cette valeur en ajoutant les subventions aux coûts enregistrés. Ce traitement uniforme des totaux nationaux permettra ensuite de les ventiler par fonction et par prestataire pour en comparer les diverses composantes d'un pays à l'autre, comparaison qui serait probablement faussée si l'on ne tenait pas compte des subventions. Dans la pratique, les subventions versées dans le domaine de la santé sont presque toujours affectées aux soins en milieu hospitalier.
- 5.18. Les *subventions* sont des paiements courants sans contrepartie que les administrations publiques font à des entreprises sur la base du niveau de leurs activités de production ou des quantités ou des valeurs des biens et des services qu'elles produisent, vendent ou importent (SCN 93, paragraphe 7.71). Il convient de distinguer les subventions sur les produits (payables par unité de bien ou de service) d'autres subventions à la production (non calculées par unité de bien ou de service) qui prennent souvent la forme de transferts

versés régulièrement pour couvrir des pertes permanentes. On rappellera par ailleurs que « les subventions (...) ne comprennent pas les aides que les administrations peuvent accorder aux entreprises pour financer leur formation de capital (...). Ces aides sont traitées comme transferts en capital (SCN 93, paragraphe 7.72) ».

- 5.19. Les *transferts courants* à des sociétés et à des quasi-sociétés publiques constituent dans de nombreux pays une forme courante de financement des établissements de santé, en particulier des hôpitaux publics. Il s'agit de transferts versés régulièrement dans le but de couvrir les pertes permanentes que ces établissements subissent parce qu'une politique économique et sociale délibérée les oblige à pratiquer des prix inférieurs à leurs coûts moyens de production. Pour calculer le prix de base des produits de ces entreprises, il est généralement nécessaire de faire l'hypothèse d'un taux de subvention implicite uniforme, calculé *ad valorem*, taux qui est déterminé par le rapport en pourcentage entre la subvention et la valeur des ventes augmentée de la subvention (SCN 93, paragraphe 7.78).

MESURE DE LA PRODUCTION MARCHANDE ET DE LA PRODUCTION NON MARCHANDE

- 5.20. Les différences observées entre pays en ce qui concerne la mesure de la production non marchande de services de soins de santé, telle qu'elle ressort des comptes nationaux de la santé, limitent la comparabilité internationale des estimations relatives aux dépenses de santé. Une approche uniquement axée sur les mouvements de fonds ne peut pas aboutir à des comptes comparables étant donné l'absence d'homogénéité des systèmes de santé et des systèmes de comptabilité administrative.
- 5.21. Par conséquent, il est recommandé de suivre dans le SCS les principes établis par le SCN pour mesurer la production des services de soins de santé. Le SCS reprend donc les concepts de production et de consommation intermédiaire du SCN pour le calcul de la dépense nationale de santé. A l'heure actuelle, la dépense consacrée aux services de soins de santé fournis aux ménages par des producteurs non marchands, gratuitement ou à des prix inférieurs aux coûts de production, est probablement sous-estimée dans les comptes nationaux de la santé. Pour la comptabilité de la santé, cette distinction entre production marchande et production non marchande n'est qu'un moyen technique utilisé pour évaluer correctement, en termes monétaires, la production des services de soins de santé. Elle n'apparaît pas en tant que telle dans les tableaux standardisés proposés pour le SCS. Pour le processus d'estimation interne, en revanche, il sera très important de faire figurer la production marchande et la production non marchande dans des comptes distincts.

Valorisation de la production non marchande

- 5.22. La valorisation de la production non marchande mérite une attention spéciale. En effet, comme il n'existe pas de marché pour toute une série de services collectifs de santé publique et de services de soins de santé fournis individuellement aux ménages sous la forme de

prestations en nature (avec ou sans participation financière du patient), il n'existe pas non plus de prix de référence approprié (SCN 93, paragraphe 6.90).

- 5.23. Il arrive que des services identiques ou similaires soient produits sur une base marchande et vendus parallèlement aux services non marchands, mais il y a souvent d'importantes différences dans la nature et la qualité des deux catégories de services ainsi proposés. Dans la plupart des cas, il n'est pas possible de trouver assez de services marchands présentant des caractéristiques suffisamment proches des services non marchands correspondants pour que leurs prix puissent servir à calculer la valeur des services non marchands, surtout lorsque ces derniers sont produits en très grande quantité.
- 5.24. C'est pour ces raisons, mais également pour veiller à ce que tous les services non marchands produits par les unités des administrations publiques et les ISBLSM soient valorisés de manière cohérente les uns par rapport aux autres, que la valorisation se fait dans tous les cas sur la base des coûts de production encourus, c'est-à-dire en additionnant :
- La consommation intermédiaire.
 - La rémunération des salariés.
 - La consommation de capital.
 - Les impôts (moins les subventions) sur la production.
- 5.25. L'excédent net d'exploitation sur la production de biens et de services non marchands assurés par les unités des administrations publiques et par les ISBLSM est toujours supposé égal à zéro. D'après les conventions du SCN, il convient, chaque fois que possible, de distinguer les établissements selon le caractère marchand ou non marchand de leur production. Toutefois, cela ne sera pas toujours faisable pour de nombreux établissements de santé (par exemple, les cabinets de médecins qui ont une clientèle privée et qui travaillent aussi sous contrat avec un régime d'assurance sociale).
- 5.26. La production des détaillants se mesure par la valeur totale des marges commerciales réalisées sur les biens qu'ils achètent pour la revente (elle-même évaluée aux prix effectifs). En ce qui concerne les entreprises d'assurance, le calcul de la production est toutefois plus compliqué, obéissant à des règles comptables qui ne sont pas expliquées ici (voir SCN 93, paragraphe 6.135).

ÉCHANGES INTERNATIONAUX DE BIENS ET SERVICES MÉDICAUX

- 5.27. L'intégration économique au sein de la zone OCDE (ALENA et UE, par exemple) et l'apparition de marchés d'exportation pour les producteurs de services de santé des pays Membres et non membres de l'OCDE favorisent le développement des échanges internationaux dans le domaine de la santé. Dans la pratique, toutefois, ces échanges sont rarement pris en considération dans les comptes nationaux de la santé du fait de l'absence de statistiques. Il serait donc souhaitable que les pays se dotent de moyens d'enquête et d'analyse pour rendre compte de ce nouveau phénomène.

- 5.28. Deux éléments du commerce extérieur ont vocation à figurer dans le SCS :
- Les importations et exportations de biens et services médicaux pour usage final (par exemple, les services de soins et les produits pharmaceutiques achetés par les touristes ou par des patients non résidents recevant des traitements spécialisés).
 - Les importations et les exportations concourant à la formation de capital des prestataires de soins de santé et des assureurs maladie.
- 5.29. Deux autres éléments permettraient d'analyser l'incidence du commerce des biens médicaux (produits intermédiaires) qui entrent dans la production nationale des services de soins de santé :
- Les importations et les exportations de biens médicaux techniques concourant à la formation brute de capital des prestataires de soins de santé.
 - Les importations et les exportations de biens médicaux techniques destinés à la consommation intermédiaire des prestataires de soins de santé.
- 5.30. Dans les deux derniers cas, les statistiques de l'industrie et du commerce fournissent des estimations selon les catégories de la classification type pour le commerce international (CTCI) ; dans les deux premiers, ou bien il n'y a pas d'enregistrement systématique, ou bien les rubriques correspondantes des statistiques commerciales sont affectées d'une valeur nulle dans la plupart des pays. Comme il a déjà été mentionné ci-dessus, cette carence des statistiques commerciales contraste avec le flux croissant des échanges de services de soins de santé tant à l'intérieur de la zone OCDE qu'entre pays Membres et non membres de l'OCDE.
- 5.31. Les échanges de services de soins de santé sont enregistrés sous diverses rubriques du Manuel de la balance des paiements (FMI, 1993) et du projet de classification et de codification internationales des échanges de services (voir tableau 5.2).

 Tableau 5.2. **Classification des échanges internationaux de services de santé**

Composante	Exemples	
2	Voyages	
2.2	Voyages à titre personnel	
2.2.1	Voyages pour raisons de santé	Cures thermales et autres soins spécialisés ; toutes dépenses de santé encourues par les personnes qui voyagent à l'étranger à des fins autres que médicales
5	Services d'assurance	
5.3	Autres assurances directes	
	<i>Dont</i> : services d'assurance maladie	Assurance maladie privée
11	Services fournis ou reçus par les administrations publiques, n.c.a.	Transferts au titre de l'aide bilatérale et internationale dans le domaine de la santé

Source : Eurostat/FMI/OCDE/ONU/OMC, 1999 (adaptation).

Voyages à titre personnel pour raisons de santé

5.32. Les voyages à titre personnel se subdivisent en trois catégories : les voyages pour raisons de santé, les voyages à but éducatif et les autres voyages à titre personnel. Comme l'indiquent les sources du tableau 5.2 en ce qui concerne les voyages pour raisons de santé :

« Les dépenses de santé recouvrent uniquement les acquisitions de services de soins de santé, à l'exclusion de toute autre dépense encourue par ceux qui voyagent pour des raisons de santé. Sont inscrites à la rubrique des voyages pour raisons de santé toutes les dépenses des personnes en traitement médical. L'Organisation mondiale du commerce demande de distinguer dans le total des transactions liées aux voyages la part qui représente des dépenses médicales, par exemple les frais d'hôpital, les traitements et les honoraires des médecins. Sont incluses ici toutes les dépenses consacrées à l'acquisition de biens et de services de santé, que le voyage ait été principalement entrepris ou non pour des raisons de santé. »

Services privés d'assurance maladie

5.33. Cette rubrique recouvre les assurances médicales fournies aux non-résidents par les compagnies d'assurance résidentes, et vice-versa. Les services d'assurance comprennent aussi les commissions liées aux transactions d'assurance. On estime ou on évalue les services d'assurance au montant des frais de services inclus dans le total des primes à recevoir, et non au montant total des primes proprement dites. Le montant brut des primes et le montant brut des indemnités sont inscrits pour mémoire (FMI, 1993, chapitre XIII).

5.34. L'analyse des échanges de services donne à penser que les pays devraient coordonner leurs enquêtes nationales et mettre au point une série de données administratives permettant de mieux appréhender les flux d'importations et d'exportations dans le domaine de la santé.

MOMENT D'ENREGISTREMENT ET PRINCIPE DE COMPTABILISATION SUR LA BASE DES DROITS ET OBLIGATIONS

5.35. La comptabilité sur une base de caisse, que certains pays appliquent dans leurs comptes de la santé, enregistre uniquement les paiements en espèces, au moment où ils ont effectivement lieu. Or il est aujourd'hui généralement admis que cette méthode peut donner une image fautive de la situation, par exemple lorsque les négociations budgétaires et les réformes du système de santé ont des retombées importantes d'un exercice sur l'autre. En outre, la comptabilité sur une base de caisse n'est pas compatible avec l'enregistrement des flux non monétaires ni, généralement, avec les statistiques économiques globales.

5.36. C'est pour cette raison que le SCS recommande d'enregistrer tous les flux monétaires sur la base des droits et des obligations, selon la définition du SCN 93 donnée ci-dessous, en choisissant l'année civile comme période comptable :

« La comptabilité sur la base des droits et obligations enregistre les flux au moment où la valeur économique est créée, transformée, échangée, transférée ou s'éteint. Cela signifie que les flux qui impliquent un transfert de propriété sont enregistrés au moment où il a lieu, que les services sont comptabilisés au moment où ils sont fournis, que la production l'est au moment où un produit est créé, et la consommation intermédiaire au moment où les matières premières ou les fournitures sont utilisées (SCN 93, paragraphe 3.94.). »

FORMATION DE CAPITAL DANS LES INDUSTRIES DES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ

5.37. Pour l'enregistrement de la formation brute de capital, le SCS recommande de considérer la vente au détail de biens médicaux comme une activité d'appui et par conséquent de ne pas l'enregistrer dans la formation totale de capital des prestataires des soins de santé. Au niveau le plus élevé, la classification ICHA-HP des prestataires des soins de santé permet de calculer des sous-totaux pour les grandes catégories d'établissements et d'intervenants concernés. Au niveau suivant, qui correspond à la codification à deux chiffres, il est évident qu'il ne sera pas toujours facile d'obtenir les estimations voulues pour certaines rubriques, en particulier dans le domaine des soins ambulatoires et de la vente au détail de biens médicaux. En outre, lorsque les fonctions d'administration de la santé publique et de financement du système de santé relèvent d'unités institutionnelles plus larges, une partie de la formation brute de capital ne peut être enregistrée. La définition à retenir est la suivante :

Formation brute totale de capital des industries prestataires de soins de santé = somme de la formation brute de capital des unités institutionnelles énumérées sous les rubriques HP.1 à HP.3, et HP.5 et HP.6 de la classification ICHA-HP, qui ont toutes pour activité prédominante la prestation de soins et de services de santé. Des estimations distinctes doivent être établies pour le secteur public et le secteur privé.

5.38. Pour que les enquêtes sur les investissements couvrent entièrement le champ délimité par la classification ICHA-HP, de manière à faciliter les comparaisons internationales, on pourrait aussi définir un sous-agrégat pour l'ensemble des institutions regroupées sous les codes HP.1 à HP.3 (c'est-à-dire grosso modo la catégorie N « Santé et action sociale » de la CITI). Il faudrait toutefois estimer au coût des facteurs la formation brute de capital et le stock de capital des producteurs non marchands de services d'administration publique et d'assurance, afin de pouvoir calculer leur consommation de capital et par conséquent la valeur de leur production.

DÉFINITION DES COMPOSANTES DE LA DÉPENSE TOTALE DE SANTÉ SELON LE SCN : RÉSUMÉ

5.39. Les identités qui relient les définitions de la base *Éco-Santé OCDE* et celles du SCN sont présentées ci-dessous dans le tableau 5.3. Elles mettent en évidence les points de concordance et de divergence entre les agrégats des deux systèmes, ainsi que la méthode d'estimation

propre à chacun d'eux. Cette mise en correspondance des agrégats du SCS et du SCN en ce qui concerne la dépense de santé correspond en outre à l'analyse du financement de la santé présentée au chapitre 6.

Tableau 5.3. **Agrégats de la dépense de santé selon la terminologie du SCS et du SCN**

Code SCN 93	Description
P.41	Consommation médicale finale effective des ménages et des ISBLSM
P.42	Consommation médicale finale effective des administrations publiques
P.4	Consommation médicale finale effective (= P.41 + P.42)
D.31	Subventions publiques nettes aux prestataires de soins de santé destinées à réduire le prix de la production
P.41*	Médecine du travail (consommation intermédiaire des établissements) <i>moins</i> la part estimée de la médecine du travail dans les dépenses administratives nettes des prestataires de soins de santé et autres industries médicales (= médecine du travail)
P.41*	Production non marchande des ménages « rémunérée » par des paiements de transfert (prestations sociales en espèces) pour des soins dispensés au sein de la famille à des malades, des handicapés et des personnes âgées
P.4*	Consommation médicale finale effective ajustée (= P.4 + D.31 + P.41*)
P.51	Formation brute de capital des industries prestataires de soins de santé
TEH	Dépense totale de santé (= P.4* + P.51)

(*) : La définition de la production utilisée dans le SCS pour l'estimation de ce poste s'écarte des règles du SCN.

DÉPENSE IMPUTABLE AUX FONCTIONS SANITAIRES CONNEXES

5.40. Les fonctions sanitaires connexes recourent d'autres champs d'étude tels que l'éducation, les dépenses sociales et la R-D. De façon générale, il conviendrait d'utiliser les principes de base et les méthodes d'estimation préconisées pour la collecte internationale de données dans ces domaines, tels qu'ils sont exposés dans les manuels statistiques correspondants, comme point de départ pour le tableau 4 du SCS qui présente divers agrégats de dépenses comprenant des fonctions sanitaires connexes.

Éducation et formation du personnel de santé

5.41. Les méthodes d'estimation des dépenses consacrées à l'éducation et à la formation du personnel de santé en général sont celles que recommandent les normes internationales UNESCO/OCDE/Eurostat (1995). Pour résoudre convenablement les problèmes de double comptage que pose la prise en compte de l'éducation et de la formation dans le calcul de la dépense nationale de santé, il est conseillé de présenter séparément ces deux aspects.

Recherche et développement dans le domaine de la santé

5.42. Le *Manuel de Frascati* (OCDE, 1994*d*) contient une série d'instructions détaillées pour le calcul des dépenses de recherche et développement que l'on peut appliquer au domaine de la santé en tenant compte des fonctions définies dans le chapitre 9. Lorsque la R-D est une activité auxiliaire du secteur médical qu'il est impossible de rattacher à une unité institutionnelle distincte ayant une production homogène, le fait de l'ajouter à la consommation de biens et services médicaux pour calculer les totaux nationaux de la dépense de santé pose un grave problème de double comptage. C'est pourquoi, il est proposé d'enregistrer séparément les dépenses de R-D dans un poste pour mémoire « au-dessous de la ligne ».

Prestations de santé en espèces

5.43. Les prestations de santé en espèces se distinguent de toutes les catégories de dépenses énumérées ci-dessus tant par leur nature économique (paiements de transfert) que par leur objectif (soutien du revenu) qui relève bien davantage de la garantie de ressources que de la prestation de soins de santé. Dès lors que l'on inclut ces prestations dans la dépense totale de santé (au titre de la production rémunérée des ménages décrite précédemment), elles doivent être explicitement identifiées.

6. FINANCEMENT DES DÉPENSES DE SANTÉ

INTRODUCTION

- 6.1. Le financement des dépenses de santé revêt un caractère de plus en plus complexe dans un grand nombre de pays de l'OCDE étant donné la diversité des institutions qui y contribuent. C'est l'une des dimensions que comportent les tableaux standardisés de la plupart des systèmes nationaux de la santé, dont beaucoup font au moins la distinction élémentaire entre fonds publics et fonds privés dans la présentation des données. Un SCS ne saurait être complet sans une ventilation détaillée des dépenses de santé par source de financement.
- 6.2. Les systèmes nationaux qui organisent les flux de financement dans le domaine de la santé sont souvent assez complexes et l'harmonisation entre pays des catégories utilisées, même les plus simples, pour classer les financeurs publics et privés est généralement peu poussée. Comme pour d'autres aspects des soins de santé (activités, prestataires), des appellations analogues telles qu'« assurance sociale », « mutuelles », « sociétés de prévoyance », etc., désignent souvent des régimes institutionnels et des modes de financement variés. En outre, l'existence de formes de transferts inter-administrations propres à certains pays ainsi que de transferts au sein du secteur privé entre fonds d'origine publique et privée rend encore plus difficile la comparaison internationale des sources de financement.
- 6.3. Le présent chapitre propose une série d'outils permettant de présenter les dépenses de santé par source de financement selon un schéma normalisé. Il contient notamment un ensemble de comptes sectoriels qui pourrait servir de base et de modèle pour l'enregistrement détaillé des flux de financement courant dans le cadre des comptes nationaux de la santé. Pour faciliter les comparaisons internationales, la collecte statistique devra mettre l'accent sur les soldes comptables correspondants et sur certaines grandes composantes des flux de financement. Par souci de simplicité, le modèle pris pour exemple et la séquence de comptes analysés ci-après se limitent à la dépense courante de santé. La comptabilisation de la formation de capital et de son financement est une question complexe qui n'est pas abordée dans ce manuel.

Définitions du SCN et comptes sectoriels du SCS

- 6.4. Les outils proposés ci-après doivent servir à définir les secteurs institutionnels qui assurent le financement de la santé. Le cadre général retenu est celui du SCN 93, dont bon nombre d'éléments peuvent être repris tels quels aux fins du SCS. L'exposé qui suit s'inspire également des sections qui, dans le chapitre du SCN 93 consacré aux analyses et comptes satellites, présentent de façon sommaire une ventilation de la dépense nationale par source de financement dans le cadre d'un compte satellite à orientation fonctionnelle (SCN 93, paragraphes 21.87 à 21.91, voir également le chapitre 8 du présent manuel), ainsi que de l'annexe IV du SCN 93 concernant le traitement des assurances et de l'assurance sociale.
- 6.5. Il existe dans le SCN un ensemble détaillé de concepts, de définitions et de règles comptables pour la classification des cotisations aux régimes d'assurance sociale, des impôts et des transferts, que l'on a utilisés ici afin de distinguer l'assurance maladie des autres régimes d'assurance.
- 6.6. Le SCS recommande de se conformer à ces normes internationales pour l'enregistrement des flux de financement des systèmes de santé. Quelques légères modifications concernant le domaine de la production et les déductions fiscales, expliquées plus loin, sont néanmoins proposées par rapport au SCN.

La classification ICHA-HF des soins de santé par source de financement

- 6.7. La classification ICHA des sources de financement de la santé présentée dans le tableau 6.1 propose une ventilation détaillée des unités publiques et privées qui supportent les dépenses

Tableau 6.1. **Classification ICHA-HF des sources de financement**

Code ICHA	Source de financement
HF.1	Administrations publiques
HF.1.1	Administrations publiques (hors administrations de sécurité sociale)
HF.1.1.1	Administration centrale
HF.1.1.2	Administrations d'États fédérés/de provinces
HF.1.1.3	Administrations locales/municipales
HF.1.2	Administrations de sécurité sociale
HF.2	Secteur privé
HF.2.1	Assurance sociale privée
HF.2.2	Sociétés d'assurance privées (hors assurance sociale)
HF.2.3	Versements directs des ménages privés
HF.2.4	Institutions sans but lucratif au service des ménages (hors assurance sociale)
HF.2.5	Sociétés (hors assurance maladie)
HF.3	Reste du monde

de santé. Elle est calquée sur la ventilation des secteurs institutionnels de l'économie figurant dans le cadre central du SCN (voir le tableau 4.2 dans le chapitre 4). Le rôle respectif des organismes de sécurité sociale, des régimes d'assurance sociale privés et des autres sociétés d'assurance est brièvement expliqué ci-après, ainsi que dans le chapitre 11 du présent manuel.

Les deux façons d'envisager le financement de la santé

- 6.8. Il existe automatiquement deux façons d'analyser le financement des soins de santé :
- La première, qui est généralement celle des comptes nationaux de la santé, consiste à ventiler les dépenses entre les multiples catégories de tiers payeurs et les payeurs directs, qu'il s'agisse des ménages ou d'autres financeurs comme dans le cas des services publics de santé.
 - La seconde répond à la question de savoir qui supporte en dernier ressort les dépenses. Dans cette optique, il s'agit donc de montrer d'où les financeurs intermédiaires du système (organismes de sécurité sociale ; assurances sociales privées et autres assurances privées ; ISBLSM) tirent eux-mêmes leurs ressources. Les transferts inter-administrations et autres transferts courants, les déductions fiscales, les subventions aux prestataires et le financement par le reste du monde sont également comptabilisés pour compléter le tableau.

LE FINANCEMENT DES DÉPENSES DE SANTÉ : UN EXEMPLE CHIFFRÉ

- 6.9. L'analyse des dépenses de santé et des unités qui en assurent le financement ainsi que des transferts correspondants est illustrée dans ce chapitre par un exemple chiffré utilisant un modèle de système de santé. Malgré les nombreuses simplifications apportées, cet exemple est jugé suffisamment complexe pour rendre compte des principaux flux de financement de la dépense courante de santé dans un large éventail de pays.
- 6.10. Le système de soins pris pour modèle est un système mixte qui associe toutes les formes courantes de financement public et privé : assurance sociale (sécurité sociale et assurance privée), fiscalité (services nationaux de santé) et divers mécanismes privés (assurance privée avec déductions fiscales, œuvres de bienfaisance). Les versements directs des ménages comprennent divers types de participation au coût des prestations qui correspondent aux différents systèmes de tiers payant. Les employeurs prennent en charge la médecine du travail et assurent d'autres prestations sociales directes. Enfin, le système de santé bénéficie d'une contribution financière nette de l'étranger, principalement dans le cadre de la coopération et de l'aide internationale.
- 6.11. Pour ne pas surcharger la présentation, l'analyse est centrée sur les flux de financement de la dépense courante au titre des biens et services médicaux. Ces flux de financement sont ventilés par secteur et par sous-secteur, comme indiqué dans le tableau 6.2. Outre la sécurité sociale, on a distingué deux niveaux d'administration : l'administration centrale et les administrations régionales/locales. On pourrait tout aussi bien décomposer les administrations publiques en trois sous-ensembles : administration centrale, administrations des États fédérés et collectivités locales.

Tableau 6.2. **Dépense de santé par source de financement : un exemple chiffré**

		Financement par payeurs directs et/ou tiers payeurs	Financement par autofinancement
Administration centrale	Code SCN	57	190
Déductions fiscales de l'impôt sur le revenu des ménages	D.51	22	
Transferts sociaux en nature	D.63	9	
Prestations sociales autres que transferts sociaux en nature	D.62	3	
Consommation collective effective	P.42	23	
Administrations féd./rég. et locales		97	120
Subventions (aux prestataires de services de santé)	D.31	20	
Transferts sociaux en nature	D.63	41	
Prestations sociales autres que transferts sociaux en nature	D.62	6	
Consommation collective effective	P.42	30	
Administrations de sécurité sociale		740	8
Transferts sociaux en nature	D.63	685	
Prestations sociales autres que transferts sociaux en nature	D.62	10	
Consommation collective effective	P.42	45	
Total financement public		894	318
Ménages privés : versements nets	P.41	323	1068
Versements nets		323	
<i>dont paiements :</i>		34	
aux administrations de sécurité sociale		22	
à l'administration centrale		1	
aux administrations féd./rég. et locales		4	
à l'assurance sociale privée		2	
aux autres assurances privées		5	
<i>Paiements directs, bruts</i>		345	
<i>Déductions fiscales de l'impôt sur le revenu des ménages</i>	D.51	-22	
ISBLSM		19	-1
Transferts sociaux en nature	D.63	14	
Prestations sociales autres que transferts sociaux en nature	D.62	2	
Autres transferts courants	D.75	3	
Assurance sociale privée		83	-4
Prestations sociales autres que transferts sociaux en nature	D.62	75	
Autres transferts courants	D.75	8	
Autres sociétés d'assurance privées		60	-4
Indemnités d'assurance dommages	D.72	50	
Rémunération du service d'assurance	P.41	10	
Autres sociétés		49	34
Médecine du travail	P.41*	31	
Prestations sociales directes d'employeurs	D.623	1	
Transferts courants divers	D.75	17	
Total financement privé		534	1093
Reste du monde		0	17
Total des dépenses courantes de santé		1428	1428

(*) La délimitation du domaine de la production retenue dans le SCS qui inclut cette rubrique diffère de celle du SCN.

6.12. Le tableau 6.2 récapitule l'ensemble des financements publics et privés consacrés à la santé selon les deux optiques suivantes :

- Financement direct des dépenses (par les patients ou par les tiers payeurs).
- Autofinancement (mesuré par la contribution nette apportée par chaque secteur sur ses propres ressources au financement des dépenses de santé).

6.13. Les codes du SCN sont expliqués dans l'annexe 6.1. Les chiffres peuvent s'interpréter en millions d'unités de monnaie nationale (UMN) et les masses financières qu'ils représentent, cadrent avec le modèle d'économie utilisé pour illustrer les différents comptes du SCN 93 à l'aide de données quantitatives. Ainsi, la dépense courante totale de santé, estimée ici à 1 428 millions d'UMN, correspondrait à 8 % environ du PIB dans l'exemple du SCN 93, si toutes les valeurs du cadre central étaient multipliées par 10.

LES DIFFÉRENTES SOURCES DE FINANCEMENT

6.14. Cette section décrit brièvement le rôle des différents secteurs qui assurent le financement des dépenses de santé dans le cadre du système pris pour exemple. Si tous les éléments considérés ci-après ne sont pas nécessairement présents dans chaque pays, ils regroupent toutefois les plus importants de ceux que l'on trouve dans la plupart des cas. Le modèle devrait ainsi s'appliquer aussi bien à la situation des pays de l'OCDE et d'autres pays à revenu élevé qu'à celle de pays à revenu faible et intermédiaire.

6.15. Le tableau 6.2 retrace sommairement les flux de financement présentés sous forme matricielle dans le tableau 6.3. Toutes les entrées du tableau 6.2 sont tirées du tableau 6.3 et ont été réaménagées avec les codes SCN correspondants. Le montant des versements directs des ménages est une valeur résiduelle obtenue en soustrayant tous les autres financements de la consommation finale effective des ménages. Il ne comprend donc pas les indemnités versées par les assurances privées ni les frais de service payés aux sociétés d'assurance privées. Les versements directs des ménages sont enregistrés en termes nets dans le tableau 6.2, c'est-à-dire après soustraction des déductions fiscales. Ils représentent la somme des coûts laissés à la charge des ménages par les divers organismes d'assurance faisant partie du système de santé et des dépenses supportées directement et en dernier ressort par les ménages pour l'achat de biens et de services non remboursés.

Administration centrale (G.1)

6.16. En tant que financeur direct, ce secteur prend essentiellement à sa charge l'administration de la santé (enregistrée au poste de la consommation collective effective) et d'autres prestations de santé directes (transferts sociaux et prestations sociales autres que transferts sociaux en nature). Dans le tableau 6.2, les dépenses de santé financées directement par l'administration centrale comprennent le montant des déductions fiscales accordées aux ménages au titre de l'assurance maladie privée et de la consommation médicale privée. La part d'autofinancement net assumée par l'administration centrale est beaucoup plus élevée

que sa part de financement direct en raison des transferts opérés au profit des autres sources de financement, c'est-à-dire pour l'essentiel au profit des organismes de sécurité sociale et d'autres administrations.

Administrations régionales et locales (G.2)

6.17. Outre sa participation à l'administration de la santé et aux programmes de santé publique, ce secteur consacre une part un peu plus importante de ses dépenses à des services de santé financés par l'impôt (transferts sociaux en nature). De plus, les administrations régionales/locales accordent des subventions non négligeables aux producteurs marchands de soins de santé du secteur privé. Leur effort d'autofinancement net est plus important que leur part de financement direct, ce qui s'explique comme précédemment par les transferts vers d'autres administrations.

Administrations de sécurité sociale (G.3)

6.18. Le secteur des administrations de sécurité sociale est le type même de celui qui intervient en tant que financeur intermédiaire des systèmes de santé. Dans l'exemple choisi, il assure à lui seul la plus grosse part du financement direct des services de santé (transferts sociaux en nature aux ménages sous forme de rémunération versée aux prestataires ou de fourniture directe de services achetés par ces derniers). Les organismes de sécurité sociale consacrent également une partie de leurs ressources à des tâches d'administration (consommation collective effective). Le financement net qu'ils assurent sur leurs propres ressources est très réduit et provient généralement des intérêts reçus sur des actifs accumulés dans le passé.

Assurance sociale privée (P.1)

6.19. Ce compte sectoriel est analogue à celui des administrations de sécurité sociale. Les assurances sociales privées appartiennent elles aussi à la catégorie des financeurs intermédiaires puisque leurs ressources proviennent des cotisations sociales et, dans une moindre mesure, d'autres transferts courants. Les prestations versées par ce secteur sont donc enregistrées avec les prestations des régimes privés d'assurance sociale avec constitution de réserves. Un régime d'assurance sociale est un régime dans lequel les individus sont obligés ou encouragés, par une tierce partie, à s'assurer contre certains risques, mais qui, contrairement aux systèmes de sécurité sociale, ne sont pas placés sous le contrôle direct de l'État (voir les notes explicatives du chapitre 11 pour plus de détails).

Sociétés d'assurance privées (hors assurance sociale) (P.2)

6.20. Les sociétés d'assurance privées (hors assurance sociale) sont traitées différemment ici. Dans la dépense de consommation individuelle au titre de la santé, l'assurance privée donne lieu à deux enregistrements : indemnités nettes et rémunération du service (tableau 6.2), alors que seules les indemnités d'assurance apparaissent explicitement dans le cadre proposé par le SCN 93 pour les comptes sectoriels. Le traitement comptable des sociétés d'assurance

privées est donc simple : les indemnités nettes sont égales aux primes nettes. On notera que les entrées correspondantes du compte du reste du monde ne sont pas égales à zéro.

Ménages privés (P.3)

6.21. La part de financement à la charge des ménages, c'est-à-dire les versements que ces derniers supportent directement, est calculée par différence en déduisant tous les autres paiements pris en charge par des tiers de la somme totale des financements de source privée. Les versements directs des ménages peuvent être exprimés en chiffres bruts ou nets si l'on tient compte des déductions fiscales accordées par les pouvoirs publics. La participation au coût des prestations assurées par les différentes sources de financement est une composante des versements directs supportés par les ménages qui revêt une importance particulière pour l'analyse des mécanismes de tiers payant dans le contexte des politiques de la santé. Le SCS recommande de faire particulièrement attention à cet aspect du financement lors de l'élaboration des comptes nationaux de la santé.

Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM) (hors assurance sociale) (P.4)

6.22. Le secteur des institutions sans but lucratif au service des ménages (hors assurance sociale) regroupe généralement un ensemble d'organismes hétérogènes. Au sein de ce groupe, les œuvres de bienfaisance qui fournissent gratuitement des services de santé (enregistrés non comme des prestations sociales mais parmi les autres transferts courants) peuvent jouer un rôle important. Elles sont financées par des transferts provenant des ménages et des entreprises privées, et peuvent aussi bénéficier de contributions financières versées par les administrations publiques et/ou le reste du monde.

Sociétés (hors assurance maladie) (P.5)

6.23. Le secteur des autres entreprises contribue principalement au financement des soins de santé en tant que producteur de services de médecine du travail. Les cotisations sociales à la charge des employeurs ne sont pas prises en compte ici car elles sont considérées comme une composante du revenu des ménages et par conséquent aussi de la contribution de ces derniers au financement des dépenses de santé.

Reste du monde

6.24. Dans le modèle d'économie qui sert ici d'exemple, le reste du monde contribue indirectement au financement de la santé, car l'aide internationale et les autres flux provenant de l'extérieur transitent généralement par les administrations publiques ou les ISBLSM.

PRÉSENTATION MATRICIELLE DES TRANSFERTS SPÉCIFIQUES DE LA SANTÉ

6.25. Le tableau 6.3 montre le lien entre le financement direct et l'autofinancement net des dépenses de santé par secteur de financement. Cette présentation matricielle offre une vue

Tableau 6.3. Transferts relatifs aux soins de santé : une présentation matricielle

Emplois												
Total	Reste du monde	Économie totale	ISBLSM	Ménages	Admin. centrale	Admin. féd./rég. et locale	Admin. de séc. sociale	Assur. sociales privées	Autres sociétés d'assurances privées	Autres sociétés	Autres sociétés	
1935	27	1939	22	688	195	111	708	83	66	66		D.31 Subventions (aux prestataires de services de santé)
-22		-22		-22								D.51 Déductions fiscales de l'impôt sur le revenu des ménages
651		651		651								D.61 Cotisations sociales
639		639		639								D.611 Cotisations sociales effectives
322		322		322								D.6111 Cotisations sociales effectives à la charge des employeurs
241		241		241								D.6112 Cotisations sociales à la charge des salariés
76		76		76								D.6113 Cotisations sociales des travailleurs indépendants et des personnes n'occupant pas d'emploi
12		12		12								D.612 Cotisations sociales imputées
97		97	2	0	3	6	10	75	0	1		D.62 Prestations sociales autres que transferts sociaux en nature
8		8					8					D.621 Prestations de sécurité sociale en espèces
75		75						75				D.622 Prestations d'assurance sociale de régimes privés
9		9	2		2	3	1	0		1		D.623 Prestations sociales directes d'employeurs
5		5			1	3	1					D.624 Prestations d'assistance sociale en espèces
749		749	14	0	9	41	685	0	0	0		D.63 Transferts sociaux en nature
720		720	3	0	2	30	685	0	0	0		D.631 Prestations sociales en nature
313		313					313					D.6311 Remboursements de prestations de sécurité
372		372					372					D.6312 Autres prestations de sécurité sociale en nature
35		35	3		2	30	0					D.6313 Prestations d'assistance sociale en nature
29		29	11		7	11	0					D.632 Transferts de biens et de services non marchands individuels (dons en nature aux ISBLSM)
440	27	444	6	59	183	44	13	8	66	65		D.7 Autres transferts courants
66	6	60		51						9		D.71 Primes nettes d'assurances dommages
66		66							66			D.72 Indemnités nettes d'assurances dommages
218		218			173	37	8					D.73 Transferts courants entre admin. publiques
17	16	1			1							D.74 Coopération internationale courante
73	5	99	6	8	9	7	5	8		56		D.75 Transferts courants divers
0	-17	17	0	267	-168	-90	36	4	3	-35		B.1 Solde net des transferts spécifiques de la santé
1428		1428	0	1330	23	30	45	0	0	0		P.4 Consommation finale effective
1330		1330		1330						0		P.41 Consommation individuelle effective
98		98			23	30	45					P.42 Consommation collective effective
-1428	-17	-1411	0	-1063	-191	-120	-9	4	3	-35		B.2 Autofinancement net des soins de santé (-)

6. FINANCEMENT DES DÉPENSES DE SANTÉ

Ressources										
Autres sociétés	Autres sociétés d'assurances privées	Assurances sociales privées	Admin. de sécurité sociale	Admin. féd./rég. et locale	Admin. centrale	Ménages	ISBLSM	Économie totale	Reste du monde	Total
31	69	87	744	21	27	955	22	1956	10	1935
20								20		20
				-12	-10			-22		-22
0	0	84	558	3	4	0	2	651		651
0	0	83	556	0	0	0	0	639		639
		43	279					322		322
		40	201					241		241
			76					76		76
0		1	2	3	4		2	12		12
0	0	0	0	0	0	97	0	97		97
						8		8		8
						75		75		75
						9		9		9
						5		5		5
0	0	0	0	0	0	749	0	749		749
0	0	0	0	0	0	720	0	720		720
						313		313		313
						372		372		372
						35		35		35
						29		29		29
11	69	3	186	30	33	109	20	461	10	440
	66							66		66
8						50		58	8	66
			175	28	15			218		218
					15			15	2	17
3	3	3	11	2	3	59	20	104		73
-35	3	4	36	-90	-168	267	0	17	-17	0

synthétique des comptes sectoriels présentés à l'annexe 6.1. Le solde des comptes des secteurs résidents (B.2) mesure la part de la dépense courante de santé que chaque secteur supporte en dernier ressort sur ses propres ressources (autofinancement net). Le solde du compte du reste du monde correspond à la part de la dépense courante de santé des résidents financée en dernier ressort par les unités non résidentes.

- 6.26. La somme algébrique des flux de financement assurés par les résidents mesure la dépense courante intérieure totale de santé, c'est-à-dire la dépense courante totale de santé des unités résidentes. En déduisant de cet agrégat le solde du compte du reste du monde, on obtient la dépense courante nationale de santé des unités résidentes financée par les unités résidentes.
- 6.27. Comme on l'a déjà indiqué, le tableau 6.3 et les comptes des flux de financement dont il est question dans ce chapitre concernent uniquement la dépense courante et ne comprennent donc pas les dépenses en capital au titre de la santé (formation brute de capital) des prestataires de soins marchands et non marchands, ni le financement de la formation de capital fixe par l'épargne, l'emprunt et les transferts en capital des unités résidentes ou non résidentes.
- 6.28. Les comptes des flux de financement de la santé présentés dans le tableau 6.3 empruntent leurs données à la séquence suivante de comptes non financiers standardisés du SCN :
- Compte de production (consommation intermédiaire de services de médecine du travail, analysés ici comme une production non marchande des employeurs, ce qui élargit un peu le domaine de la production tel que défini dans le SCN 93).
 - Compte de distribution secondaire du revenu (cotisations sociales, prestations sociales et transferts sociaux, et autres transferts).
 - Compte d'utilisation du revenu disponible (consommation finale collective et individuelle).
 - Compte du reste du monde (flux de financement entre unités résidentes et non résidentes au titre de la santé).

FLUX DE FINANCEMENT : UN ENSEMBLE DE COMPTES SECTORIELS

- 6.29. Pour pouvoir appréhender sous divers angles le financement du système de santé, le meilleur moyen consiste à établir un ensemble de comptes décrivant tous les flux de financement liés à la santé dans les différents secteurs de l'économie. C'est pourquoi le SCS propose de compléter l'analyse détaillée des dépenses par source de financement (qui se place dans l'optique du financement direct des prestations) par un ensemble complet de comptes sectoriels retraçant les flux de financement en question avec un certain degré de détail, régulièrement ou pour certaines années seulement, afin de permettre une analyse approfondie des modalités de financement du système de santé.
- 6.30 La mise au point d'un compte global indiquant pour l'ensemble de l'économie les parts de financement respectives des unités qui supportent en dernier ressort les dépenses de santé

fait partie intégrante de la démarche proposée. Dans cette optique, tous les flux de financement ont reçu une signification économique précise, conforme aux définitions du SCN 93, afin de permettre les comparaisons internationales. Les comptes présentés dans les tableaux de l'annexe 6.1 montrent pour chacun des secteurs ou sous-secteurs suivants, les dépenses consacrées aux biens et services médicaux et les flux de financement correspondants :

- Administration centrale.
- Administrations régionales et locales.
- Administrations de sécurité sociale.
- Assurance sociale privée.
- Sociétés d'assurance privées (hors assurance sociale).
- Ménages privés.
- Institutions sans but lucratif au service des ménages (hors assurance sociale).
- Sociétés (hors assurance maladie).
- Reste du monde.

ANNEXE 6.1

COMPTES SECTORIELS DES FLUX DE FINANCEMENT

 Compte G.1. **Administration centrale**

Emplois		Ressources			
D.62	Prestations soc. autres que transferts sociaux en nature	3	D.51 Déductions fiscales de l'impôt sur le revenu des ménages	-10	
D.621	Prestations de sécurité sociale en espèces	0			
D.623	Prestations sociales directes d'employeurs	2	D.61 Cotisations sociales	4	
D.624	Prestations d'assistance sociale en espèces	1	D.612 Cotisations sociales imputées	4	
D.63	Transferts sociaux en nature	9	D.7 Autres transferts courants	34	
D.631	Prestations sociales en nature	2	D.73 Transferts courants entre admin. publ.	15	
D.6311	Remboursements de prestations de sécurité sociale		D.74 Coopération internationale courante	15	
D.6312	Autres prestations de sécurité sociale en nature		D.75 Transferts courants divers	3	
D.6313	Prestations d'assistance sociale en nature	2			
D.632	Transferts de biens et de services non marchands individuels (dons en nature aux ISBLSM)	7			
D.7	Autres transferts courants	183			
D.73	Transferts courants entre administrations publiques	173			
D.74	Coopération internationale courante	1			
D.75	Transferts courants divers	9			
B.1	<i>Solde net des transferts spécifiques de la santé</i>	-168	B.1	<i>Solde net des transferts spécifiques de la santé</i>	-168
P.4	Consommation finale effective	23			
P.41	Consommation individuelle effective				
P.42	Consommation collective effective	23			
B.2	<i>Autofinancement net des soins de santé</i>	-191			

6. FINANCEMENT DES DÉPENSES DE SANTÉ

Compte G.2. Administrations régionales et locales

Emplois		Ressources			
D.31	Subventions (aux prestataires de services de santé)	20	D.51 Déductions fiscales de l'impôt sur le revenu des ménages	-12	
D.62	Prestations sociales autres que transferts sociaux en nature	6	D.61 Cotisations sociales	3	
D.621	Prestations de sécurité sociale en espèces		D.612 Cotisations sociales imputées	3	
D.623	Prestations sociales directes d'employeurs	3			
D.624	Prestations d'assistance sociale en espèces	3	D.7 Autres transferts courants	30	
			D.73 Transferts courants entre admin. publ.	28	
D.63	Transferts sociaux en nature	41	D.74 Coopération internationale courante	0	
D.631	Prestations sociales en nature	30	D.75 Transferts courants divers	2	
D.6311	Remboursements de prestations de sécurité sociale				
D.6312	Autres prestations de sécurité sociale en nature				
D.6313	Prestations d'assistance sociale en nature	30			
D.632	transferts de biens et de services non marchands individuels (dons en nature aux ISBLSM)	11			
D.7	Autres transferts courants	44			
D.73	Transferts courants entre administrations publiques	37			
D.74	Coopération internationale courante				
D.75	Transferts courants divers	7			
B.1	<i>Solde net des transferts spécifiques de la santé</i>	<i>-90</i>	B.1	<i>Solde net des transferts spécifiques de la santé</i>	<i>-90</i>
P.4	Consommation finale effective	30			
P.41	Consommation individuelle effective				
P.42	Consommation collective effective	30			
B.2	<i>Autofinancement net des soins de santé</i>	<i>-120</i>			

Compte G.3. Administrations de sécurité sociale

Emplois		Ressources		
D.62	Prestations sociales autres que transferts sociaux en nature	10	D.61 Cotisations sociales	558
D.621	Prestations de sécurité sociale en espèces	8	D.611 Cotisations sociales effectives	556
D.622	Prestations d'assurance sociale de régimes privés		D.6111 Cotisations sociales effectives à la charge des employeurs	279
D.623	Prestations sociales directes d'employeurs	1	D.6112 Cotisations sociales à la charge des salariés	201
D.624	Prestations d'assistance sociale en espèces	1	D.6113 Cotisations sociales des travailleurs indépendants et des personnes n'occupant pas d'emploi	76
			D.612 Cotisations sociales imputées	2
D.63	Transferts sociaux en nature	685		
D.631	Prestations sociales en nature	685	D.7 Autres transferts courants	186
D.6311	Remboursements de prestations de sécurité sociale	313	D.73 Transferts courants entre admin. publ.	175
D.6312	Autres prestations de sécurité sociale en nature	372	D.74 Coopération internationale courante	
D.6313	Prestations d'assistance sociale en nature	0	D.75 Transferts courants divers	11
D.632	Transferts de biens et de services non marchands individuels (dons en nature aux ISBLSM)	0		
D.7	Autres transferts courants	13		
D.73	Transferts courants entre administrations publiques	8		
D.74	Coopération internationale courante	0		
D.75	Transferts courants divers	5		
B.1	<i>Solde net des transferts spécifiques de la santé</i>	36	B.1	<i>Solde net des transferts spécifiques de la santé</i>
				36
P.4	Consommation finale effective	45		
P.41	Consommation individuelle effective			
P.42	Consommation collective effective	45		
B.2	<i>Autofinancement net des soins de santé</i>	-9		

6. FINANCEMENT DES DÉPENSES DE SANTÉ

Compte P.1. Assurance sociale privée

Emplois		Ressources		
D.62	Prestations sociales autres que transferts sociaux en nature	75	D.61 Cotisations sociales	84
D.621	Prestations de sécurité sociale en espèces		D.611 Cotisations sociales effectives	83
D.622	Prestations d'assurance sociale de régimes privés	75	D.6111 Cotisations sociales effectives à la charge des employeurs	43
D.623	Prestations sociales directes d'employeurs	0	D.6112 Cotisations sociales à la charge des salariés	40
D.624	Prestations d'assistance sociale en espèces		D.6113 Cotisations sociales des travailleurs indépendants et des personnes n'occupant pas d'emploi	
			D.612 Cotisations sociales imputées	1
D.63	Transferts sociaux en nature	0		
D.631	Prestations sociales en nature		D.7 Autres transferts courants	3
D.6311	Remboursements de prestations de sécurité sociale		D.75 Transferts courants divers	12
D.6312	Autres prestations de sécurité sociale en nature			
D.6313	Prestations d'assistance sociale en nature			
D.632	Transferts de biens et de services non marchands individuels (dons en nature aux ISBLM)	0		
D.7	Autres transferts courants	8		
D.75	Transferts courants divers	8		
B.1	<i>Solde net des transferts spécifiques de la santé</i>	4		
			B.1 <i>Solde net des transferts spécifiques de la santé</i>	4
P.4	Consommation finale effective	0		
P.41	Consommation individuelle effective	0		
P.42	Consommation collective effective			
B.2	<i>Autofinancement net des soins de santé</i>	4		

Compte P.2. **Sociétés d'assurance privées (hors assurance sociale)**

Emplois		Ressources		
D.7	Autres transferts courants	66	D.7 Autres transferts courants	69
D.72	Indemnités nettes d'assurance dommages	66	D.71 Primes nettes d'assurance dommages	66
			D.75 Transferts courants divers	3
B.1	<i>Solde net des transferts spécifiques de la santé</i>	3		
			B.1 <i>Solde net des transferts spécifiques de la santé</i>	3
P.4	Consommation finale effective			
P.41	Consommation individuelle effective			
P.42	Consommation collective effective			
B.2	<i>Autofinancement net des soins de santé</i>	3		

 Compte P.3. **Ménages privés**

Emplois		Ressources		
D.51	Déductions fiscales de l'impôt sur le revenu des ménages	-22	D.62 Prestations sociales autres que transferts sociaux en nature	97
			D.621 Prestations de sécurité sociale en espèces	8
D.61	Cotisations sociales	651	D.622 Prestations d'assur. soc. de régimes privés	75
D.611	Cotisations sociales effectives	639	D.623 Prestations sociales directes d'employeurs	9
D.6111	Cotisations sociales effectives à la charge des employeurs	322	D.624 Prestations d'assistance sociale en espèces	5
D.6112	Cotisations sociales effectives à la charge des salariés	241		
D.6113	Cotisations sociales des travailleurs indépendants et des personnes n'occupant pas d'emploi	76	D.63 Transferts sociaux en nature	749
D.612	Cotisations sociales imputées	12	D.631 Prestations sociales en nature	720
			D.6311 Rembours. de prestations de séc. soc.	313
D.7	Autres transferts courants	59	D.6312 Autres prestations de séc. soc. en nature	372
D.71	Primes nettes d'assurance	51	D.6313 Prestations d'assistance sociale en nature	35
D.75	Transferts courants divers	8	D.632 Transferts de biens et de services non marchands individuels (dons en nature des ISBLSM)	29
			D.7 Autres transferts courants	109
			D.72 Indemnités nettes d'assurance dommages	50
			D.75 Transferts courants divers	59
B.1	<i>Solde net des transferts spécifiques de la santé</i>	267		
			B.1 <i>Solde net des transferts spécifiques de la santé</i>	267
P.4	Consommation finale effective	1330		
P.41	Consommation individuelle effective	1330		
P.42	Consommation collective effective			
B.2	<i>Autofinancement net des soins de santé</i>	-1063		

6. FINANCEMENT DES DÉPENSES DE SANTÉ

Compte P.4. ISBL au service des ménages (hors assurance sociale)

Emplois		Ressources			
D.62	Prestations sociales autres que transferts sociaux en nature	2	D.61 Cotisations sociales	2	
D.622	Prestations d'assurance sociale de régimes privés	0	D.612	Cotisations sociales imputées	2
D.623	Prestations sociales directes d'employeurs	2			
			D.7	Autres transferts courants	22
D.63	Transferts sociaux en nature	14	D.75	Transferts courants divers	22
D.631	Prestations sociales en nature	3			
D.6313	Prestations d'assistance sociale en nature	3			
D.632	Transferts de biens et de services non marchands individuels (dons en nature des ISBLSM)	11			
D.7	Autres transferts courants	6			
D.75	Transferts courants divers	6			
B.1	<i>Solde net des transferts spécifiques de la santé</i>	0			
			B.1	<i>Solde net des transferts spécifiques de la santé</i>	0
P.4	Consommation finale effective	0			
P.41	Consommation individuelle effective	0			
P.42	Consommation collective effective				
B.2	<i>Autofinancement net des soins de santé</i>	0			

Compte P.5. Sociétés (hors assurance maladie)

Emplois		Ressources			
		D.31	Subventions (aux prestataires de soins de santé)	20	
D.62	Prestations sociales autres que transferts sociaux en nature	1			
D.622	Prestations d'assurances sociales de régimes privés	0	D.61	Cotisations sociales	0
D.623	Prestations d'assurances sociales directes d'employeurs	1	D.612	Cotisations sociales imputées	0
D.7	Autres transferts courants	65	D.7	Autres transferts courants	11
D.71	Primes nettes d'assurance dommages	9	D.71	Indemnités d'assurance dommages	8
D.75	Transferts courants divers	56	D.75	Transferts courants divers	3
B.1	<i>Solde net des transferts spécifiques de la santé</i>	-35			
			B.1	<i>Solde net des transferts spécifiques de la santé</i>	-35
P.4	Consommation finale effective	0			
P.41	Consommation individuelle effective	0			
P.42	Consommation collective effective				
B.2	<i>Autofinancement net des soins de santé</i>	-35			

Compte RDM. **Reste du monde**

Emplois			Resources		
D.7	Autres transferts courants	27	D.7	Autres transferts courants	10
D.71	Primes nettes d'assurance dommages	6	D.71	Primes nettes d'assurance dommages	
D.72	Indemnités nettes d'assurance dommages		D.72	Indemnités nettes d'assurance dommages	8
D.74	Coopération internationale courante	16	D.74	Coopération internationale courante	2
D.75	Transferts courants divers	5	D.75	Transferts courants divers	0
			B.1 (= B.2)	Variation du solde extérieur courant due aux transferts spécifiques de la santé	17

NOTES EXPLICATIVES SUR LES TRANSFERTS RELATIFS AU FINANCEMENT DES DÉPENSES DE SANTÉ

P.4 Consommation finale effective

Le concept de consommation finale effective, présenté dans le SCN 93, introduit une dimension nouvelle dans le Système de comptabilité nationale. Il opère une distinction entre les dépenses en biens et services de consommation et l'acquisition de biens et de services de consommation pour la satisfaction directe des besoins humains. Lorsque la consommation est enregistrée sur la base des dépenses, l'objectif est d'identifier les unités institutionnelles qui supportent les dépenses et qui en contrôlent et en financent ainsi les montants. Lorsque la consommation est enregistrée sur la base des acquisitions, l'objectif est d'identifier les unités qui acquièrent effectivement les biens et les services et qui profitent de leur utilisation. La valeur globale de la dépense de consommation finale des ménages, des administrations publiques et des ISBLSM est égale à la somme de la consommation individuelle effective et de la consommation collective effective. La consommation finale totale est toujours la même, quelle que soit la base d'enregistrement utilisée.

L'approche retenue ici est celle des acquisitions. La consommation finale effective se compose de la consommation individuelle effective individuelle (celle des ménages) et de la consommation collective effective (celle des administrations publiques). Toutefois, comme le montre le tableau 9.5 dans le chapitre 9, une partie des services classés parmi les services individuels (prévention, santé publique) dans le SCN 93 sont enregistrés avec les services collectifs, sous la rubrique HC.6, dans le SCS. Les modifications apportées au domaine de la production tel qu'il est défini dans le SCN, afin d'inclure dans les dépenses de santé la production par les ménages de services de soins pour leur propre usage et la production par les entreprises de services de médecine du travail, sont exposées dans le chapitre 5.

P.41 Consommation individuelle effective

Il s'agit de la consommation de biens ou de services acquis individuellement par les ménages au moyen de leurs propres dépenses ou de transferts sociaux en nature reçus des administrations publiques ou des ISBLSM (SCN 93, paragraphe 9.72).

La valeur de la consommation individuelle finale effective est donnée par la somme de trois composantes :

- La valeur des dépenses des ménages en biens et en services de consommation, y compris les dépenses en biens et en services non marchands vendus à des prix économiquement non significatifs.
- La valeur des dépenses supportées par les administrations publiques en biens ou en services de consommation individuels fournis aux ménages en tant que transferts sociaux en nature.
- La valeur des dépenses supportées par les ISBLSM en biens ou en services de consommation individuels fournis aux ménages en tant que transferts sociaux en nature.

Les valeurs des transferts sociaux réalisés par les administrations publiques ou les ISBLSM sont égales aux valeurs imputées des biens ou des services fournis aux ménages, diminuées du montant des dépenses supportées par les ménages quand ils ont à payer des prix qui ne sont pas économiquement significatifs (SCN 93, paragraphe 9.73). Les dépenses supportées par les ménages pour acquérir des services de santé non marchands produits par des administrations publiques ou des ISBLSM sont incluses dans la première composante.

Les biens et les services individuels, par opposition aux biens et services « publics », présentent les caractéristiques suivantes :

- Il doit être possible d'observer et d'enregistrer l'acquisition du bien ou du service par un ménage individuel, ou l'un de ses membres, ainsi que le moment auquel elle a lieu.
- Le ménage doit avoir accepté la fourniture du bien ou du service et il doit prendre toute disposition nécessaire pour la rendre possible – par exemple, se rendre à l'hôpital.
- Le bien ou le service doit être tel que son acquisition par un ménage, une personne ou, éventuellement, un groupe limité de personnes exclut son acquisition par d'autres ménages ou d'autres personnes.

Les administrations publiques et les ISBLSM achètent également des biens et des services de consommation produits par des producteurs

marchands, qui sont fournis directement aux ménages. Dans ce cas, l'administration publique ou l'ISBLSM paie le bien ou le service en question, sans lui faire subir aucune transformation supplémentaire, et s'assure de sa distribution aux ménages en tant que transfert social en nature. La valeur des biens et des services ainsi distribués est enregistrée au poste des prestations d'assistance sociale en nature.

P. 42 *Consommation collective effective*

Un service de consommation collectif est un service qui est fourni simultanément à tous les membres de la collectivité ou à un sous-ensemble particulier de la collectivité, comme l'ensemble des ménages vivant dans une région déterminée. Les services collectifs sont automatiquement acquis et consommés par tous les membres de la collectivité, ou par un groupe de ménages, sans aucune action de leur part. Par leur nature, les services collectifs ne peuvent être vendus sur le marché aux individus et ils sont financés par les administrations publiques, par l'impôt ou par d'autres revenus (SCN 93, paragraphe 9.43).

Les caractéristiques de ces services collectifs peuvent être résumées comme suit :

- Les services collectifs peuvent être fournis simultanément à tous les membres de la collectivité ou de sous-ensembles particuliers de la collectivité.
- L'utilisation de ces services est généralement passive et elle ne requiert pas l'accord explicite ou la participation active de tous les individus concernés.
- La fourniture d'un service collectif à un individu ne réduit pas le montant qui est disponible pour les autres dans la même collectivité ou dans le même sous-ensemble de la collectivité. Il n'y a pas de rivalité dans l'acquisition (SCN 93, paragraphe 9.83).

La consommation collective effective correspond à la consommation finale effective des admi-

nistrations publiques et sa valeur est considérée comme étant égale à la valeur des dépenses qu'elles consacrent à des services collectifs. Bien que les services collectifs bénéficient à la collectivité ou à certains sous-ensembles de la collectivité plutôt qu'aux administrations publiques, il n'est pas possible de répartir la consommation effective de ces services individuellement entre les ménages, ni même entre des groupes de ménages. Elle est donc attribuée aux unités des administrations publiques qui supportent les dépenses correspondantes. La consommation finale effective des administrations publiques est donc égale à la valeur de leur dépense de consommation finale totale, moins leur dépense de consommation en biens et en services individuels fournis aux ménages en tant que transferts sociaux en nature.

Note : Bien que les ISBLSM puissent fournir des services à des sous-ensembles de leurs membres, il s'agit essentiellement de services individuels et non collectifs. En général, les personnes autres que leurs membres sont exclues des services fournis et n'en tirent aucun bénéfice.

Par conséquent, tous les services fournis par les ISBLSM sont, par convention, traités comme des services individuels (SCN 93, paragraphe 9.85). Tous les biens et services couverts par la dépense finale des ISBLSM sont donc censés être fournis à des ménages individuels en tant que transferts sociaux en nature. La consommation collective effective ne comprend donc ici que la fourniture de services de santé collectifs, comme les services de santé publique.

D.3 Subventions

Les subventions sont des paiements courants sans contrepartie que les administrations publiques font à des entreprises sur la base du niveau de leurs activités de production ou des quantités ou des valeurs des biens et des services qu'elles produisent, vendent ou importent (SCN 93, paragraphe 7.71). Le SCN distingue les subventions

sur les produits (payables par unité de bien ou de service) des autres subventions sur la production (non calculées par unité de bien ou de service) qui prennent souvent la forme de transferts versés régulièrement pour couvrir des pertes permanentes. Il est important de rappeler que « les subventions ne comprennent pas les aides que les administrations peuvent accorder aux entreprises pour financer leur formation de capital (...). Ces aides sont traitées comme des transferts en capital (SCN 93, paragraphe 7.72). »

Les subventions se composent de transferts versés régulièrement dans le but de couvrir les pertes permanentes subies dans le cas où une politique économique et sociale délibérée conduit à faire payer des prix inférieurs aux coûts moyens de production. Pour calculer le prix de base des produits des entreprises ainsi subventionnées, il est habituellement nécessaire de faire l'hypothèse qu'il existe un taux de subvention implicite uniforme, calculé *ad valorem* sur ces produits, déterminé par le rapport en pourcentage entre la subvention et la valeur des ventes augmentée de la subvention (SCN 93, paragraphe 7.78).

Note : Tous les transferts à des sociétés et à des quasi-sociétés publiques intervenant en tant que producteurs non marchands de biens et de services de santé doivent être enregistrés avec les « Autres transferts courants » dans le SCS, et non sous le poste D.31 Subventions. Le terme « subventions » ne s'applique qu'aux producteurs marchands.

D.5 Impôts courants sur le revenu, le patrimoine, etc.

D.51 Impôts sur le revenu

Il s'agit des impôts sur les revenus, les profits et les gains en capital. Ils sont établis sur la base des revenus effectifs ou présumés des individus, des ménages, des ISBL ou des sociétés (SCN 93, paragraphe 8.52).

Note : En principe, il n'existe pas d'impôt sur le revenu « réservé » à la santé. Toutefois, la politique des pouvoirs publics en ce qui concerne l'impôt sur le revenu des ménages peut influencer indirectement les décisions de ces derniers quant à leurs dépenses de santé, par exemple lorsque des déductions fiscales sont accordées aux ménages qui souscrivent une assurance maladie privée ou qui payent eux-mêmes directement leurs frais de soins. Ces données, importantes pour l'analyse des politiques de santé, ont donc été intégrées dans le cadre présenté au tableau 6.3.

D.61 Cotisations sociales au titre de la santé

D.611 Cotisations sociales effectives à la charge des employeurs au titre de la santé

Il s'agit des cotisations sociales payées par les employeurs aux organismes de sécurité sociale ou aux entreprises d'assurance qui administrent les régimes d'assurance sociale pour garantir à leurs salariés le droit à des prestations sociales. Comme les cotisations sociales effectives à la charge des employeurs sont payées au bénéfice de leurs salariés, leur valeur est enregistrée comme une des composantes de la rémunération des salariés, avec les salaires et les traitements en espèces et en nature. Les cotisations sociales sont ensuite enregistrées comme étant payées par les salariés, sous forme de transferts courants, aux organismes de sécurité sociale ou aux entreprises d'assurance (SCN 93, paragraphe 8.67).

Note : Comme dans le SCN 93, les comptes présentés ici font la distinction entre les cotisations sociales effectives à la charge des employeurs (D.6111), les cotisations sociales effectives à la charge des salariés (D.6112) et les cotisations sociales des travailleurs indépendants et des personnes n'occupant pas d'emploi (D.6113) (voir le SCN 93, paragraphes 8.68-8.70, pour de plus amples explications).

Même s'il est administrativement plus efficace pour les employeurs de payer les cotisations pour

le compte de leurs salariés, il ne faut pas que cela masque la réalité économique sous-jacente. En fait, le paiement de l'employeur à l'organisme de sécurité sociale, à l'entreprise d'assurance ou au fonds de pension autonome ne constitue pas un transfert courant effectué par l'employeur. Le transfert intervient entre le salarié et l'organisme de sécurité sociale, l'entreprise d'assurance ou le fonds de pension autonome et il est prélevé sur la rémunération fournie par l'employeur. Il est usuel de décrire les cotisations sociales à la charge des employeurs comme étant regroupées dans les comptes par l'intermédiaire des comptes de distribution primaire et secondaire du revenu des salariés (SCN 93, paragraphe 8.67).

Pour les comptes nationaux de la santé, il serait utile de faire en outre la distinction entre les cotisations obligatoires et les cotisations volontaires. Comme cette ventilation supplémentaire ne change rien aux principes de base du cadre comptable présenté au tableau 6.3, elle a toutefois été omise de ce manuel.

D.612 Cotisations sociales imputées au titre de la santé

Ces cotisations correspondent aux prestations sociales fournies directement par les employeurs à leurs salariés, sans que soit créé à cet effet un fonds spécial (régimes d'assurance sociale sans constitution de réserves).

Note : Voir le SCN 93, paragraphes 8.71-8.74, pour une explication détaillée des règles comptables à utiliser et des recommandations à ce sujet.

D.62 Prestations sociales autres que les transferts sociaux en nature

Il s'agit de toutes les prestations sociales d'assurance maladie fournies en espèces ou en dehors du cadre des organismes de sécurité sociale. Comme le recommande le SCN 93, le SCS différencie les prestations d'assurance sociale des

prestations d'assistance sociale, d'une part, et les prestations en espèces des prestations en nature, d'autre part. La distinction entre sécurité sociale et autres assurances sociales est un élément essentiel de la classification ICHA-HF des soins de santé par source de financement.

Note : Dans la version actuelle du SCS, les comptes financiers ne comprennent pas les prestations en espèces liées à la santé telles que les indemnités de maladie ou les allocations de maternité, qui devraient être enregistrées sous la fonction HC.R.7 et qui ne font pas partie de la dépense courante totale de santé.

Deux types de prestations sont donc à inclure au poste D.62 du SCS :

- Les prestations sociales en espèces versées aux ménages pour les soins dispensés à domicile, et qui peuvent être considérées comme un quasi-paiement pour la production correspondante.
- Les prestations d'assurance sociale versées aux ménages dans le cadre de régimes privés avec ou sans constitution de réserves.

D.621 Prestations de sécurité sociale en espèces
Il s'agit des prestations sociales versées en espèces aux ménages pour les soins assurés à domicile, qui peuvent être considérées comme un quasi-paiement pour la production correspondante.

Note : Les prestations de maladie et d'invalidité et les allocations de maternité ne sont pas enregistrées sous ce poste car elles ne font pas partie du cadre des transferts présentés dans ce chapitre.

D.622 Prestations d'assurance sociale de régimes privés

Il s'agit des prestations d'assurance sociale versées aux ménages par les entreprises d'assurance ou les autres unités institutionnelles qui administrent des régimes privés d'assurance sociale avec constitution de réserves (SCN 93, paragraphe 8.79).

Note : Seules seront enregistrées ici les prestations en nature. Les remboursements versés aux salariés au titre de leurs dépenses de santé doivent être traités comme des prestations en nature, à l'instar des remboursements effectués par les organismes de sécurité sociale.

D.623 Prestations sociales directes d'employeurs
Il s'agit des prestations sociales versées aux salariés ou aux personnes à leur charge par les employeurs qui administrent des régimes d'assurance sociale sans constitution de réserves (SCN 93, paragraphe 8.80).

Note : Les prestations enregistrées ici comprennent uniquement les services de soins médicaux généraux qui ne se rapportent pas au travail du salarié. Dans le SCS, les services de médecine du travail figurent sous le poste D.75 « Autres transferts courants ».

Seules les prestations en nature doivent être prises en compte ici, et cela inclut notamment les remboursements versés aux salariés au titre de leurs dépenses de santé, qui sont traités dans le SCS de la même façon que les remboursements effectués par les organismes de sécurité sociale sont traités dans le SCN.

D.624 Prestations d'assistance sociale en espèces
Les prestations d'assistance sociale sont des transferts courants payés aux ménages par des administrations publiques ou des ISBLSM pour répondre aux mêmes besoins que les prestations d'assurance sociale, mais qui ne s'inscrivent pas dans le cadre d'un régime d'assurance sociale comprenant des cotisations sociales et des prestations d'assurance sociale (SCN 93, paragraphes 8.81-8.83).

Note : Il s'agit, par exemple, de prestations versées pour rembourser des frais de soins à des personnes qui ne participent à aucun régime d'assurance sociale et qui n'ont donc pas droit aux prestations correspondantes, ou encore de prestations

supplémentaires versées dans certains cas à des personnes qui ne sont que partiellement couvertes par un régime d'assurance médicale.

D.63 *Transferts sociaux en nature*

D.631 *Prestations sociales en nature*

Il s'agit de biens et de services individuels fournis en tant que transferts en nature aux ménages individuels par les administrations publiques (y compris les administrations de sécurité sociale) et par les ISBLSM, que ces biens et ces services aient été achetés sur le marché ou produits sur une base non marchande par les administrations publiques et les ISBLSM. Ils peuvent être financés par les impôts, par d'autres ressources publiques ou par les cotisations de sécurité sociale, ou bien, dans le cas des ISBLSM, par des dons ou des revenus de la propriété (SCN 93, paragraphe 8.99).

Note : S'il n'est pas possible de séparer les comptes des organismes de sécurité sociale de ceux des autres sous-secteurs des administrations publiques, il sera probablement impossible aussi de faire la distinction entre les prestations sociales fournies par la sécurité sociale et les autres. Les prestations de sécurité sociale en nature se divisent en deux catégories : celles où les ménages bénéficiaires achètent effectivement eux-mêmes les biens ou les services et sont ensuite remboursés, et celles où les services en question sont fournis directement aux bénéficiaires (SCN 93, paragraphe 8.99).

D.6311 Remboursements de sécurité sociale
Le remboursement, par les administrations de sécurité sociale, des dépenses agréées effectuées par les ménages pour acquérir des biens ou des services déterminés, est une forme de prestation sociale en nature (SCN 93, paragraphe 8.101).

Note : Les dépenses portant sur les médicaments, les traitements médicaux ou dentaires, les frais d'hôpitaux, les soins ophtalmologiques, etc.,

constituent des exemples de dépenses qui peuvent être remboursées. Le montant de la dépense remboursée est enregistrée comme étant supporté directement par l'organisme de sécurité sociale au moment où le ménage effectue l'achat, tandis que la seule dépense enregistrée pour le ménage est la différence, s'il y en a, entre le prix d'acquisition payé et le montant remboursé. Par conséquent, le montant de la dépense qui est remboursé, n'est pas traité comme un transfert courant en espèces de l'organisme de sécurité sociale aux ménages.

D.6312 Autres prestations de sécurité sociale en nature

Il s'agit des transferts sociaux en nature, à l'exception des remboursements, effectués par les organismes de sécurité sociale aux ménages (SCN 93, paragraphe 8.103).

Note : La plupart de ces prestations concernent généralement des traitements médicaux, dentaires ou chirurgicaux, des séjours en établissements hospitaliers, des lunettes ou des lentilles de contact, des appareils et des équipements médicaux, et des biens ou des services similaires liés à la fourniture de soins de santé. Les services peuvent être fournis par des producteurs marchands ou non marchands et ils doivent être valorisés en conséquence. Dans les deux cas, les paiements nominaux effectués par les ménages eux-mêmes doivent être déduits (SCN 93, paragraphe 8.103).

D. 6313 Prestations d'assistance sociale en nature

Note : Il s'agit des transferts en nature fournis aux ménages par les administrations publiques ou les ISBLSM qui, par nature, sont semblables aux prestations de sécurité sociale en nature, mais qui ne sont pas fournis dans le cadre d'un régime d'assurance sociale (SCN 93, paragraphe 8.104).

D.632 *Transferts de biens et services non marchands individuels*

Il s'agit des biens ou des services fournis individuellement aux ménages, gratuitement ou à des prix économiquement non significatifs, par

des producteurs non marchands des administrations publiques ou des ISBLSM. Bien que certains des services non marchands (dans le domaine de la santé) produits par les ISBLSM présentent certains caractères des services collectifs, tous les services non marchands produits par les ISBLSM sont, par convention et pour simplifier, traités comme des services individuels par nature (SCN 93, paragraphe 8.105).

Note : Les transferts de services non marchands de médecine du travail doivent être ajoutés au poste D.63. Il s'agit des services de médecine du travail fournis gratuitement par les employeurs à leurs salariés. Dans le cadre central du SCN 93, ces services sont comptabilisés comme une consommation intermédiaire interne. Pour les besoins d'un compte satellite de la santé, ils doivent être externalisés et considérés comme une production non marchande des employeurs, et inclus dans la consommation finale effective des ménages.

D.7 Autres transferts courants

D.71 Primes nettes d'assurance dommages

Il s'agit des primes à payer aux entreprises privées d'assurance médicale et d'assurance dommages, après déduction de la rémunération du service (SCN 93, paragraphe 8.85).

Note : Le montant enregistré des primes d'assurance dommages doit être proportionnel à la part des activités (indemnités) des sociétés d'assurance qui correspond à des dépenses en biens et services de santé.

D.72 Indemnités nettes d'assurance dommages

Ces transferts sont les montants à payer en règlement d'indemnités d'assurance maladie et d'assurance dommages (SNC 93, paragraphe 8.87).

Note : Le montant enregistré des indemnités d'assurance dommages doit être proportionnel à la part des activités (indemnités) des sociétés d'assurance qui correspond à des dépenses en biens et services de santé.

D.73 Transferts courants entre administrations publiques

Il s'agit des transferts courants entre différents services ou différents sous-secteurs des administrations publiques. Ils comprennent les transferts courants entre niveaux administratifs différents, comme il s'en produit fréquemment entre les administrations centrales et les administrations d'États fédérés ou les administrations locales et entre les administrations publiques générales et les administrations de sécurité sociale. Ils n'incluent pas les transferts de fonds destinés à financer la formation brute de capital fixe, ces transferts étant traités comme des transferts en capital (SCN 93, paragraphe 8.90).

Note : Ces transferts peuvent jouer un rôle important dans le financement des dépenses de santé. Le traitement précis qu'il convient de leur appliquer pour les faire entrer dans le cadre des comptes de la santé dépend du degré de détail souhaité. L'exemple illustré par le tableau 6.3 est celui d'un petit pays à deux niveaux d'administration : administration centrale et administrations locales.

D.74 Coopération internationale courante

La coopération internationale courante consiste en des transferts courants, en espèces ou en nature, entre administrations publiques de pays différents ou entre des administrations publiques et des organisations internationales (SCN 93, paragraphe 8.92).

Note : Ce poste comprend les transferts en nature sous la forme de médicaments et de services de santé fournis directement dans un pays étranger,

par exemple au titre de l'aide internationale. Il comprend aussi les paiements de transfert destinés à financer des dépenses courantes de santé dans des pays étrangers où ils sont canalisés par des organismes publics.

D.75 Transferts courants divers

Il s'agit de tous les autres types de transferts courants liés à la santé qui interviennent entre unités résidentes ou entre unités résidentes et non résidentes. Quelques-uns des plus importants sont présentés ci-dessous (SCN 93, paragraphe 8.93).

Services de médecine du travail

Le SCS ayant modifié la définition du champ couvert par la production pour faire entrer dans la dépense courante totale de santé les services de médecine du travail assurés par les employeurs, c'est sous ce poste qu'il fait figurer les services en question.

Transferts courants aux ISBLSM

Il s'agit des transferts en espèces ou en nature que les ISBLSM reçoivent, régulièrement ou occasionnellement, d'autres unités institutionnelles résidentes ou non résidentes sous forme de cotisations, de souscriptions, de dons volontaires, etc. Ces transferts sont destinés à couvrir les coûts de la production non marchande des ISBLSM ou à fournir les fonds permettant de financer les transferts courants aux ménages résidents ou non résidents sous forme de prestations d'assistance sociale dans le domaine de la santé. Ils comprennent les transferts en nature aux œuvres de bienfaisance sous forme de dons de médicaments et autres destinés à être distribués à des ménages résidents ou non résidents (SCN 93, paragraphe 8.94).

Paiements d'indemnités

Il s'agit des transferts courants payés par des unités institutionnelles à d'autres unités institutionnelles, en compensation des blessures causées aux personnes ou des dommages causés aux biens par

les premières, à l'exclusion des indemnités d'assurance dommages. Ces transferts peuvent être des paiements obligatoires accordés par les tribunaux ou des paiements volontaires résultant d'accords amiables en dehors des tribunaux (SCN 93, paragraphe 8.98).

Note : Cette rubrique concerne uniquement l'indemnisation des blessures ou des dommages causés par d'autres unités institutionnelles. Elle couvre également les versements à titre gracieux effectués par des administrations publiques ou des ISBLSM en compensation des blessures ou des dommages causés par des catastrophes naturelles.

Autres transferts liés à la santé

Cette liste de transferts complète la gamme des outils présentés ici et pourrait servir à mettre au point des comptes plus élaborés. Ainsi, l'enregistrement d'éléments comme les impôts sur les produits « réservés » à la santé pourrait apporter des informations utiles pour l'analyse des politiques de santé. Ils apparaîtraient dans divers soldes comptables du système de comptes financiers du tableau 6.3 et pourraient être enregistrés dans des postes pour mémoire avec les transferts correspondants.

A titre d'exemple, les impôts fédéraux « réservés » à la santé comme certaines taxes sur l'alcool ou le tabac pourraient être indiqués pour mémoire sous les transferts correspondants, par exemple sous les transferts des administrations publiques générales aux administrations de sécurité sociale, s'il existait une règle explicite ou implicite prévoyant que ces impôts doivent être utilisés pour financer la sécurité sociale. Il est toutefois important de bien se rendre compte que ces éléments supplémentaires, s'ils peuvent effectivement influencer le comportement des acteurs du système de santé, ne changent en rien les soldes comptables tels qu'ils sont définis ici (tableau 6.3 et comptes sectoriels présentés en annexe). ■

7. PRIX ET VOLUMES

INTRODUCTION

- 7.1. Dans le domaine des services de soins de santé, le calcul des prix et des volumes est une tâche complexe à laquelle statisticiens et décideurs estiment de plus en plus nécessaire de consacrer à la fois davantage d'attention et de ressources. De fait, les séries temporelles dont on dispose sur les prix des soins de santé comportent bien souvent de graves lacunes.
- 7.2. Dans le domaine de la santé comme dans d'autres activités de services telles que les communications, l'information et l'informatique, la mesure des prix et des volumes pose un certain nombre de problèmes conceptuels qui tiennent fondamentalement à la définition de la production, au choix de l'unité de mesure et à la prise en compte des variations de qualité. Comme le montrent plusieurs études récentes, les mesures exprimées en volume dans les statistiques de santé sous-estiment considérablement les améliorations substantielles apportées à la qualité des soins au cours des vingt dernières années (Cutler *et al.*, 1996 ; Frank *et al.*, 1998).
- 7.3. Le présent chapitre examine quelques-uns des problèmes auxquels se heurte aujourd'hui le calcul à prix constants de la production marchande et non marchande de biens et de services médicaux, ainsi que les difficultés méthodologiques de la comparaison des prix de ces biens et services à l'échelle internationale. Laissant de côté les aspects plus techniques de la construction des indices, il s'intéresse avant tout aux solutions proposées pour améliorer l'analyse des variations de prix et de volume en ce qui concerne les services de santé [voir OCDE (1996*e*) pour une étude détaillée des diverses méthodes actuellement utilisées pour mesurer les prix des services de santé dans les pays de l'OCDE].
- 7.4. Il est proposé ci-après de généraliser des méthodes que plusieurs pays de l'OCDE ont déjà expérimentées dans le cadre de projets visant à améliorer le calcul des prix et des volumes aux fins des statistiques de la santé, en recourant principalement à des indicateurs directs de la production. D'après les résultats de ces expériences, la santé est un domaine dans

lequel il est effectivement possible de mettre au point de meilleurs indicateurs pour le calcul des prix et de la production lorsqu'il existe un système d'informations détaillées sur les biens et services concernés.

RÔLE DES MESURES DE PRIX ET DE VOLUME APPLIQUÉES AUX SERVICES DE SANTÉ

- 7.5. Dans un grand nombre de pays de l'OCDE, on constate que les prix des biens et des services médicaux ont augmenté plus rapidement que ceux d'autres biens et services au cours des vingt dernières années. Parfois, cet écart positif par rapport au déflateur du PIB a même été un argument de poids dans l'adoption de mesures d'encadrement budgétaire ou de contrôle direct des prix. En règle générale, les modèles de prévision des dépenses de santé couramment utilisés aux fins de la planification et de la budgétisation à moyen terme reposent sur une distinction fondamentale entre la composante volume et la composante prix des valeurs considérées.
- 7.6. Si l'on veut étudier l'incidence à long terme du secteur de la santé sur la croissance des industries de services, les tendances générales de la productivité et les prix relatifs, il faut également pouvoir disposer de données quantitatives fiables, en termes de prix et de volume, sur les biens et services de santé. Il en va de même pour le calcul de la croissance totale du PIB en termes réels. Lorsque la santé occupe une place importante dans l'indice des prix à la consommation, on risque en outre, sans ces données, de sous-estimer la croissance du revenu réel des ménages (voir Boskin *et al.*, 1996, en ce qui concerne les États-Unis). Enfin, comme certains pays ont déjà remplacé leurs méthodes d'estimation traditionnelles des prix et des volumes par de nouvelles formules, il est à craindre que les comparaisons internationales des tendances de la productivité ne soient rendues encore plus difficiles désormais.

MESURE DES VARIATIONS DE PRIX ET DE VOLUME DANS LE CADRE DU SCS

- 7.7. Dans le Système de comptes de la santé, la mesure des variations de prix et de volume s'analyse de deux points de vue différents, selon que l'on cherche avant tout à quantifier les variations du volume de la production ou celles du pouvoir d'achat par rapport à un panier de biens et de services destiné à la consommation finale.
- 7.8. Dans le premier cas, le Système de comptabilité nationale propose un cadre pour l'établissement d'une statistique cohérente et intégrée des prix et des volumes qui s'étend à tous les flux de biens et de services, tels qu'ils figurent dans les tableaux entrées-sorties (voir dans le chapitre 8 les tableaux 8.2 et 8.3 qui décrivent respectivement les ressources et les emplois des soins de santé dans l'ensemble de l'économie). Pour le calcul des prix et des volumes, la production des biens et services de santé peut être ventilée entre les différentes catégories du tableau 7.1, conformément à la classification des prestataires de soins de santé ICHA-HP, avec renvoi aux codes correspondants de la CITI (voir les chapitres 4 et 10 pour une description détaillée des prestataires de soins de santé).

7.9. Une deuxième série de statistiques des prix et des volumes applicables au secteur de la santé utilise des indices « indépendants » tels que l'indice des prix à la consommation. Nous verrons toutefois plus loin dans ce chapitre que les méthodes d'estimation proposées ci-après pour mesurer les prix à la production des services de santé marchands et non marchands constituent également un bon point de départ pour mesurer la production et les prix d'une partie non négligeable des services de santé non marchands, ainsi que des services de santé pris en compte dans l'indice des prix à la consommation (IPC).

Tableau 7.1. **Mesure de la production pour usage final, en termes de prix et de volume, de divers prestataires de soins de santé**

Code ICHA-HP	Description	Code CITI correspondant	Production non marchande	Production marchande
HP.1	Hôpitaux	8511	X	X
HP.2	Maisons médicalisées et autres établissements de soins avec hébergement*	8519/8531	(X)	(X)
HP.3	Prestataires de soins ambulatoires	8512/8519	X	X
HP.4	Détaillants et autres distributeurs de biens médicaux	5231/5239/3311		X
HP.5	Services de santé publique	8519	X	
HP.6	Administration générale de la santé et assurances	7512/7530/6603	X	X
HP.9	(Reste de l'économie)	(ne fait pas partie des prestataires de soins de santé)	(ne fait pas partie des prestataires de soins de santé)	(ne fait pas partie des prestataires de soins de santé)

* La majeure partie des prestataires regroupés sous la rubrique HP.2 sont des producteurs secondaires de services de soins de santé.

ÉTAT ACTUEL DES MESURES DE PRIX ET DE VOLUMES

7.10. En ce qui concerne la production marchande de biens et de services de santé, les principaux problèmes que soulève le calcul des prix sont les suivants :

- La *fragmentation des services* en unités de mesure qui correspondent davantage à des entrées qu'à des sorties, par exemple : journées d'hospitalisation, honoraires versés pour certains actes qui constituent seulement une partie du traitement médical.
- L'*utilisation de prix réglementés ou administrés* pour certains soins rémunérés à l'acte ; le fait que les médecins soumis à un régime de prix réglementés tendent à multiplier les actes pour accroître leurs revenus sans que le résultat médical obtenu s'en trouve amélioré a souvent pour effet de fausser et d'accentuer les variations de prix, ce qui conduit à sous-estimer le renchérissement effectif des biens et des services.
- Le traitement inapproprié de la *participation au coût*, par exemple en ce qui concerne les produits pharmaceutiques.

- Les *paniers relativement restreints* qui sont censés représenter l'ensemble des services de santé de base.
- L'insuffisance des informations à partir desquelles sont déterminées les formules de pondération.
- La prise en compte inadéquate des avancées technologiques et thérapeutiques et l'*utilisation de paniers de services obsolètes*.
- L'utilisation de mesures peu précises de la production comme le nombre de consultations de médecins ou de journées d'hospitalisation.

7.11. En ce qui concerne la production non marchande, les méthodes d'estimation courantes reposent généralement sur :

- L'utilisation d'indicateurs des entrées intermédiaires ou des prix des entrées intermédiaires pour représenter la production (nombre de salariés et d'heures travaillées ; indices de salaires ; avec ou sans hypothèses exogènes supplémentaires concernant les tendances de la productivité du travail).
- L'utilisation d'indices composites (combinant des indicateurs des entrées intermédiaires et des indicateurs de la production).
- L'utilisation des composantes pertinentes de l'IPC pour déflater la valeur des services non marchands.

MESURE DES PRIX ET DE LA PRODUCTION DES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ : MÉTHODE PROPOSÉE

7.12. Il apparaît de plus en plus évident que l'utilisation d'indicateurs des entrées intermédiaires n'est pas une bonne méthode pour mesurer les composantes prix et volume de la production non marchande de services de santé. Dans un nombre croissant de pays, chercheurs et statisticiens préfèrent désormais calculer les prix de façon indirecte à partir d'indicateurs construits pour mesurer la production en volume. Dans cette perspective, plusieurs suggestions sont formulées ci-après quant au choix des unités de mesure à employer. Les remarques dont elles s'accompagnent s'appliquent également à la construction d'indices des prix pour la production marchande.

Définition des unités de mesure

7.13. La fragmentation des services est tout à fait déconseillée lorsque l'on s'efforce de déterminer en quoi consiste la production de soins de santé. C'est au contraire en regroupant les services qui constituent ensemble le traitement d'un épisode de maladie que l'on parviendra à définir des unités de produit plus homogènes et plus aptes à rendre compte du coût effectif de chaque traitement, dont le contenu est susceptible de varier rapidement au fil du temps et des avancées technologiques.

7.14. Il y a déjà longtemps que l'on propose d'adopter la solution du coût par épisode de maladie à la place des indices de prix habituellement utilisés (Scitovski, 1967), et les essais qui ont été faits dans ce sens ont donné des résultats prometteurs (Australian Bureau of Statistics,

1997 ; van Tuinen *et al.*, 1997). La diffusion plus large de cette approche dépend de l'existence de systèmes d'enregistrement par type de pathologie et de l'intégration des statistiques sanitaires dans des systèmes d'information exhaustifs et cohérents qui relient le suivi des patients aux estimations de coût.

- 7.15. Pour faire du traitement d'un épisode de maladie une unité de mesure statistique, il faut tenir compte de divers paramètres qui supposent l'existence de systèmes de classification et d'information médicale standardisés, à savoir :
- La nature du trouble dont souffre le patient (maladie ou déficience).
 - La gravité du cas (avec ou sans complication).
 - L'âge et le sexe du patient.
 - Les actes couramment réalisés, les ressources et les techniques employées (intervention chirurgicale, consultation de médecin, actes d'obstétrique, examens de laboratoire, etc.).
- 7.16. Plusieurs exercices d'application pilotes effectués récemment ont appliqué le principe du groupe homogène de malades (GHM) pour mettre au point de meilleurs indicateurs de la production non marchande de soins hospitaliers (Australian Bureau of Statistics, 1997). On pourrait très bien calculer les prix d'unités de produit correspondant à des groupes de services définis sur le même modèle, et procéder à ces mêmes regroupements pour mesurer directement les prix des services marchands.
- 7.17. La majeure partie des propositions récemment avancées pour améliorer les bases méthodologiques des indices de prix et de volume utilisés dans le domaine de la santé mettent l'accent sur la production de soins hospitaliers et ambulatoires et sur celle de biens médicaux.

Soins hospitaliers

- 7.18. S'agissant de la production non marchande, les épisodes de traitement définis par le système des GHM constituent des unités de produit relativement uniformes pour la mesure des prix et des volumes, et les questions qui restent à résoudre concernent maintenant essentiellement les variations de la qualité des services dans le temps. Étant donné le recul tendanciel des soins hospitaliers au profit des soins ambulatoires, l'activité des hôpitaux pourrait en effet évoluer peu à peu vers la prise en charge de cas de plus en plus coûteux dans tous les GHM considérés. Le progrès technique, notamment dans le domaine du diagnostic, peut avoir à cet égard un double effet en permettant, d'une part, de réduire la gravité moyenne des cas grâce au développement du dépistage précoce, et d'autre part, d'améliorer la sélection des patients qui ne relèvent pas du système hospitalier, laissant ainsi les pathologies les plus lourdes à la charge de ce dernier.
- 7.19. En règle générale, l'un des problèmes majeurs qui nuit à la précision de la mesure des volumes et de prix de la production de soins de santé est le déplacement constant de certains types de traitements d'une industrie prestataire de services de santé à une autre. La

chirurgie ambulatoire et le traitement ambulatoire de troubles psychiatriques graves illustrent particulièrement bien cette situation. Ces deux exemples et d'autres encore amènent à se demander si la mesure des épisodes de soins doit s'arrêter à la frontière du domaine d'activité de chaque catégorie de prestataire de soins de santé. Il se peut très bien, par exemple, qu'une moindre utilisation des ressources hospitalières (avec un raccourcissement de la durée de séjour) soit en partie compensée par une demande accrue de soins ambulatoires, notamment de traitement médicamenteux améliorés.

Autres soins en établissement

7.20. En ce qui concerne les services non marchands, le nombre de patients et/ou de lits occupés n'est qu'un indicateur approximatif de la production des établissements de long séjour. La définition de groupes homogènes de malades est moins développée pour les soins de longue durée que pour les soins hospitaliers (en phase aiguë). Outre l'âge et le sexe, le classement des séjours de longue durée devrait être basé au minimum sur une échelle d'évaluation du besoin d'aide à l'accomplissement des activités de la vie quotidienne (du type échelle AVQ).

Soins ambulatoires

7.21. Les soins ambulatoires sont dispensés par un grand nombre de prestataires assez hétérogènes. En principe, l'unité de mesure devrait être ici aussi un épisode de traitement bien défini. Dans cette logique, la fragmentation des services qui composent ensemble un épisode de traitement est la principale difficulté à surmonter pour calculer avec précision les prix des soins ambulatoires. Le nombre de patients n'est pas un bon indicateur supplétif du volume de la production.

Services de santé publique et administration générale de la santé

7.22. Les bases méthodologiques sur lesquelles reposent les calculs en volume sont beaucoup moins solides dans le cas des services de santé publique et d'administration générale de la santé que dans celui des services de soins de santé à proprement parler. Les indicateurs comme le nombre de formulaires traités, le nombre d'inspections sanitaires ou le nombre de vaccinations pratiquées sont loin d'être des instruments parfaits. Du point de vue de la santé publique, on peut en effet estimer que le nombre de formulaires traités, par exemple, n'est pas un « objectif de production visé » et ne saurait être utilisé comme un indicateur de la productivité. Le nombre de vaccinations, en revanche, constituerait peut-être un indicateur plus acceptable de la production. Des études plus poussées du volume et de la productivité des activités de gestion de la santé sont nécessaires si l'on veut améliorer de manière significative leur mesure.

MESURE DES VARIATIONS DE QUALITÉ

7.23. Les changements de qualité des services de soins de santé sont difficiles à suivre et sont, pour cette raison, dans une large mesure non enregistrés dans les comptes. Ceci est en

partie due à des faiblesses de méthodologie. Outre la difficulté de définir des critères de mesure de la qualité, la distinction entre une amélioration de la qualité des soins et une modification dans la composition des pathologies associées dans le traitement, est malaisée à établir, ainsi que la classification systématique de la production de soins en fonction de la gravité des cas traités (unités de mesure uniformes). Il existe toutefois des indicateurs qui pourraient servir à évaluer, au moins de façon indirecte, les variations de qualité, et dont on n'a peut-être pas suffisamment tiré parti jusqu'ici dans le calcul des prix et des volumes des services de soins de santé.

7.24. Parmi les indicateurs de la qualité des soins, citons à titre d'exemple :

- Les taux de résultats indésirables, tels que :
 - taux de guérison faible (durée moyenne de survie) ;
 - taux d'infections nosocomiales ;
 - nombre de réadmissions pour certains traitements hospitaliers ;
 - nombre de décès pendant ou après le traitement.
- Les taux de patients correctement préparés pour un suivi thérapeutique optimal (assiduité aux séances de dialyse, par exemple).
- Les taux de diagnostic exact des grandes pathologies (confirmés par chirurgie ou par autopsie).

7.25. Pour les mesures dont il est question ici, ces indicateurs ne peuvent pas être considérés séparément les uns des autres. Ainsi, un indicateur comme la longueur du séjour à l'hôpital n'est pas vraiment représentatif des variations de qualité si on tient compte uniquement des soins hospitaliers, car une durée de séjour plus courte, par exemple, est en partie compensée par une utilisation plus intensive des services de réadaptation (hospitaliers et ambulatoires) et/ou par des traitements médicamenteux plus coûteux dispensés en régime ambulatoire.

MESURE DE LA PRODUCTION ET MESURE DU RÉSULTAT OBTENU

7.26. Plusieurs études récentes se sont efforcées d'ajuster les mouvements de prix de certaines composantes de l'IPC en mesurant les variations des résultats obtenus grâce aux soins dispensés. (Cutler *et al.*, 1996 ; Frank *et al.*, 1998). Ces résultats sont généralement des indicateurs de gains d'années de vie dus à un traitement spécifique ajustés pour l'amélioration de la qualité de vie. Cette approche appelle plusieurs observations.

7.27. En premier lieu, le SCN 93 établit clairement la distinction entre production et résultat de la production dans le contexte de l'IPC, mais le même raisonnement s'applique aux services non marchands.

« L'objectif recherché est de déterminer les quantités de services effectivement fournis aux ménages, qu'il ne faut pas confondre avec les avantages retirés de ces services. La production de services de santé doit être clairement distinguée de l'état de santé proprement dit de la population. En fait, l'un des buts de la mesure de cette

production est parfois de déterminer l'effet d'une augmentation du volume des services de santé sur l'état de santé de la population. Il faut de toute évidence pour cela mesurer le volume des services de santé, à la différence de l'état de santé proprement dit. Il est bien connu en effet que beaucoup d'autres facteurs, par exemple, l'assainissement, le logement, la nutrition, l'éducation, la consommation de tabac, d'alcool et de médicaments, la pollution, etc., exercent sur l'état de santé de la population un impact collectif parfois beaucoup plus important que celui des services de santé (SCN 93, paragraphes 16.135-136). »

- 7.28. En second lieu, on avance aussi que les conséquences du traitement sur l'état de santé (résultats de la production) n'est que l'un des aspects de la notion de qualité et que d'autres critères, comme l'accessibilité des services et le confort des patients (traitement des caries avec ou sans anesthésie locale, par exemple), sont également importants même s'ils n'ont pas toujours un impact direct ou sensible sur l'état de santé de la population. L'accessibilité des soins offre un exemple des conflits qui peuvent surgir entre l'objectif de maximisation des résultats et d'autres critères de qualité. Ainsi, la concentration de soins hospitaliers spécialisés au sein de vastes unités capables de traiter un grand nombre de cas similaires sera peut-être un bon moyen d'améliorer l'efficacité des services rendus, tout en limitant leur accessibilité.

NOTE SUR LES PARITÉS DE POUVOIR D'ACHAT

- 7.29. Bon nombre des arguments présentés dans ce chapitre s'appliquent également aux comparaisons internationales des mesures de prix et de volume dans le domaine de la santé. Un consensus commence à se dégager, par exemple, sur l'utilisation d'indicateurs de la production, de préférence à d'autres méthodes, pour comparer les prix des services de santé d'un pays à l'autre, et une proposition de collecte des prix de marché par un groupe d'actes chirurgicaux vient d'être présentée dans le cadre du projet Eurostat-OCDE sur les parités de pouvoir d'achat. On s'efforce aussi actuellement de perfectionner le calcul des PPA pour mesurer la production non marchande de soins de santé.

8. LE SCS ET LES COMPTES ET ANALYSES SATELLITES DE LA SANTÉ

- 8.1. L'une des idées fondamentales de ce manuel est que l'exactitude et la comparabilité internationale des estimations des dépenses de santé dépendent de définitions précises de la nature économique des opérations et agrégats considérés. Ces définitions économiques précises, parce qu'elles aident à éviter les doubles comptages et les omissions statistiques, présentent en outre l'avantage de renforcer la cohérence interne du cadre comptable utilisé. C'est là que la compatibilité méthodologique avec les règles de base du Système de comptabilité nationale (SCN) joue un rôle essentiel. Un certain degré de cohérence entre le cadre central du SCN et le SCS est également nécessaire pour relier les statistiques de la santé aux autres données économiques et sociales, mais cet aspect ne doit pas être le plus important, car les totaux du SCN se prêtent parfois mal eux-mêmes à la comparaison, en raison notamment des différences de traitement de l'économie informelle dans les principaux agrégats.
- 8.2. Le Système de comptes de la santé recommande l'utilisation d'un cadre économique et de règles comptables compatibles sur le plan méthodologique avec le Système de comptabilité nationale, tel que révisé en 1993 (SCN 93), chaque fois que cette compatibilité est jugée appropriée (voir le cadre économique des définitions de la dépense dans les chapitres 5 et 6).
- 8.3. Le présent chapitre explique les similitudes méthodologiques, mais aussi les principales différences entre le SCS et les comptes satellites de la santé tels que le SCN 93 recommande de les élaborer (voir SCN 93, chapitre XXI). Cette présentation du Système de comptes de la santé (SCS) et de ses recommandations techniques par référence explicite au SCN 93 devrait faire apparaître plus clairement les divers éléments que les deux cadres conceptuels ont en commun. Elle permet en outre d'établir entre les deux systèmes une articulation susceptible d'aider dans leur tâche ceux qui sont chargés de mettre au point les comptes satellites nationaux de la santé.

- 8.4. Le présent chapitre poursuit donc deux objectifs. En premier lieu, il doit servir à clarifier et à récapituler les recommandations du SCS en ce qui concerne le degré d'intégration approprié avec le Système de comptabilité nationale, du point de vue méthodologique comme du point de vue de l'allocation optimale des ressources statistiques dans le domaine de la santé. En second lieu, il propose des correspondances explicites pour tous les spécialistes qui s'emploient actuellement à mettre au point des comptes satellites de la santé dans les pays où il a été décidé d'utiliser ce cadre pour calculer les différents totaux de la dépense de santé. Les chercheurs qui s'intéressent aux analyses satellites y trouveront des instruments utiles à leurs travaux.
- 8.5. En résumé, il n'y a pas de différence fondamentale entre le SCS et un compte satellite de la santé, mais plutôt quelques variantes dans l'ordre de priorité et la séquence des tâches à effectuer. La principale distinction tient en fait au degré d'intégration des systèmes d'estimation et des statistiques originelles sur lesquels reposent le SCS et les comptes satellites de la santé. Les estimations du SCS ont très largement recours à toutes les sources de données disponibles pour analyser la production et le financement des soins de santé, alors que les comptes satellites s'attachent plus spécialement dans bien des cas à faire concorder les tableaux entrées-sorties et les agrégats du cadre central du SCN avec les agrégats du SCS. Bien que cet effort d'alignement soit un excellent moyen d'améliorer la qualité des estimations du SCN, tout en procédant à une vérification supplémentaire des données du SCS, il s'agit d'un énorme travail que seuls quelques pays seront en mesure d'entreprendre dans un avenir proche.

LES COMPTES SATELLITES DE LA SANTÉ

- 8.6. Le Système de comptabilité nationale (SCN) donne une image détaillée et cohérente de l'ensemble de l'économie. Ses recommandations sur la façon de classer les activités, les opérations, les produits et les institutions de l'économie ont servi de point de départ à l'élaboration du SCS, chaque fois que cela était jugé approprié. Certaines lacunes ont toutefois été décelées dans le cadre central du SCN 93 en ce qui concerne la comptabilité de la santé.
- 8.7. La comptabilité de la santé a besoin d'une ventilation plus détaillée des prestataires de soins de santé et doit pouvoir disposer d'une certaine souplesse vis-à-vis des règles du SCN. Avec son concept de compte satellite à orientation fonctionnelle, le SCN 93 propose une série d'instruments permettant d'étendre les principes du cadre central de la comptabilité nationale pour répondre aux besoins d'enregistrement de l'activité socio-économique dans certains domaines particuliers tels que celui de la santé.
- 8.8. On trouvera ainsi dans le chapitre XXI du SCN 93 une section consacrée à la comptabilité satellite à orientation fonctionnelle, qui fait souvent référence à la santé, parallèlement à d'autres domaines à caractère social comme l'environnement, l'éducation ou le tourisme.

Les **comptes ou systèmes satellites** s'expliquent en général par la nécessité d'étendre de manière souple les capacités d'analyse offertes par la comptabilité nationale à certains domaines qui présentent un intérêt pour la collectivité. Essentiellement, ces comptes et systèmes permettent :

- D'apporter un éclairage supplémentaire sur certains aspects de la vie sociale qui revêtent un caractère fonctionnel ou qui concernent plusieurs secteurs d'activité.
- D'utiliser des concepts, nomenclatures et cadres comptables complémentaires ou de substitution pour ajouter de nouvelles dimensions au cadre conceptuel des comptes nationaux.
- D'élargir le champ de l'analyse des coûts et des avantages des activités humaines.
- De pousser plus loin l'analyse des données en s'appuyant sur des indicateurs et des agrégats adéquats.
- D'associer aux données monétaires des quantités physiques.

Source : SCN 93, paragraphe 21.4 (adaptation).

8.9. Pour étendre les concepts de base du SCN aussi bien aux comptes satellites de la santé qu'au Système de comptes de la santé (SCN 93, chapitre XXI), il est important de pouvoir :

- Décomposer les produits liés qui résultent de l'activité d'une seule unité institutionnelle (par exemple, services sociaux et services de santé).
- Isoler les services de médecine du travail qui ne font pas partie de la consommation finale dans le cadre central.
- Traiter différemment les subventions aux prestataires de soins de santé que le cadre central ne fait pas figurer dans la consommation finale.
- Comptabiliser la production par les ménages de soins de longue durée en contrepartie de certains types de prestations sociales en espèces.

POINTS COMMUNS ENTRE LE SCS ET LES COMPTES ET ANALYSES SATELLITES DE LA SANTÉ

8.10. On verra ci-après comment transposer les différents éléments du SCS dans le cadre d'un compte satellite de la santé. Deux notions sont plus particulièrement expliquées : les biens et les services spécifiques du domaine étudié et la délimitation du domaine de la production. Les autres points sont récapitulés au tableau 8.1. L'analyse détaillée des transferts et l'identification de ceux qui, en dernier ressort, utilisent ou financent les biens et services médicaux, simplement évoquées dans le chapitre du SCN 93 consacré aux comptes satellites, sont exposées dans le chapitre 6 du présent manuel.

Convergences conceptuelles entre le SCS et les comptes satellites de la santé

8.11. Pour adapter avec souplesse le cadre économique du SCS aux caractéristiques et au contenu d'un compte satellite de la santé, il faut (SCN 93, paragraphes 21.53 et 21.54) :

- Dresser une liste détaillée des biens et des services considérés comme spécifiques du domaine de la santé (biens et services caractéristiques et connexes).
- Délimiter le domaine de la production que l'on va étudier pour mesurer la dépense totale de santé.

- Déterminer les activités pour lesquelles une formation de capital sera enregistrée.
- Définir les transactions spécifiques.
- Procéder à une analyse détaillée des transferts considérés comme faisant partie intégrante de la dépense de santé.
- Rechercher quels sont, en dernier ressort, les utilisateurs des biens et services de santé et ceux qui en assurent le financement.

Les biens et services spécifiques

8.12. De même que le Système de comptes de la santé (SCS) repose avant tout sur la définition des biens et des services dont la consommation finale constitue la fonction centrale du système de santé d'un pays, de même, la première chose à faire pour construire un compte satellite de la santé, consiste à définir les biens et les services que l'on considère comme spécifiques du domaine considéré (SCN, paragraphe 21.61). Le SCN distingue en outre deux types de biens et de services spécifiques, selon que ces derniers sont jugés caractéristiques ou connexes. Les biens et services caractéristiques sont ceux dont on étudie la production avec un certain degré de détail, au moins en les associant aux institutions concernées. Les investissements de ceux qui les produisent, le personnel qu'ils emploient, etc., doivent être analysés explicitement. Dans le Système de comptes de la santé comme dans les comptes satellites de la santé, ces biens et services correspondent à la dépense totale de santé.

8.13. Les *biens et services connexes* sont ceux dont il n'est pas nécessaire de détailler les conditions de production. Leurs emplois peuvent être considérés comme des dépenses de santé au sens large, le personnel employé pour produire ces biens et services n'étant pas recensé dans les effectifs du secteur de la santé et les investissements réalisés dans les unités qui les produisent ne faisant pas partie des investissements dans les installations médicales. Dans le SCS, les fonctions correspondantes sont répertoriées sous les rubriques HC.4, Services auxiliaires, et HC.5, Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires.

La définition de la production

8.14. Dans le Système de comptes de la santé (SCS), les dépenses enregistrées au titre des produits non marchands (poste 1.1.2 dans le tableau 8.1) ne sont pas tout à fait les mêmes que dans le cadre central du SCN, puisqu'elles comprennent en principe les paiements de transfert aux ménages qui prennent en charge eux-mêmes à domicile l'un de leurs membres (personne âgée dépendante, par exemple). Ces transferts étant traités comme un quasi-salaire, il faut en effet calculer une « valeur de production » correspondante et l'inclure dans la dépense courante totale de santé. Les allocations-dépendance sont des transferts accordés aux ménages pour les décharger en grande partie du coût de prise en charge de personnes gravement atteintes dans leur mobilité fonctionnelle ou leur intégrité mentale.

8. LE SCS ET LES COMPTES ET ANALYSES SATELLITES DE LA SANTÉ

Tableau 8.1. **Composantes de la dépense de santé dans les comptes satellites et dans le SCS**

Comptes satellites (SCN 93, tableau 21.1)		Système de comptes de la santé (SCS)
1	Consommation de biens et services spécifiques	Dépense courante totale de santé (hors médecine du travail)
1.1	Consommation finale effective	
1.1.1	Produits marchands	Production marchande de biens et services médicaux
1.1.2	Produits non marchands	Production non marchande des administrations publiques et des ISBLSM ; production des ménages (mesurée par les paiements de transfert)
1.2	Consommation intermédiaire	Médecine du travail
1.2.1	Consommation intermédiaire effective	(ne s'applique pas au SCS)
1.2.2	Consommation intermédiaire interne	Médecine du travail
2	Formation de capital sous la forme de biens et services spécifiques	(investissement en capital humain : état de santé en tant que variable de stock) (ne figure pas dans le SCS)
3	Formation de capital des activités caractéristiques portant sur des produits non spécifiques	Investissement dans les installations médicales
Somme des postes 1 à 3		Dépense totale de santé
4	Transferts courants spécifiques (autres qu'en contrepartie du poste 1)	Paiements de transfert liés à la santé (garantie de revenu sous forme de prestations en espèces aux ménages)
	Emplois totaux des unités résidentes	Dépense totale de santé et transferts aux ménages au titre de la santé
6	Emplois courants des unités résidentes financés par le reste du monde (-)	(figure dans les tableaux des flux de financement)
7	Emplois de capital des unités résidentes financés par le reste du monde (-)	(ne figure pas dans le SCS)
	Dépense nationale de santé	(sans contrepartie dans le SCS)

Résumé : calcul de la dépense totale dans le SCS et dans les comptes satellites de la santé

8.15. Dans le Système de comptes de la santé, la consommation de biens et de services spécifiques correspond à la dépense courante totale de santé (hormis la médecine du travail). La distinction entre produits marchands et produits non marchands, essentiellement réalisée à des fins d'estimation, ne présente pas ici d'intérêt particulier et n'apparaît donc pas dans la nomenclature ICHA.

DIFFÉRENCES ENTRE LE SCS ET LES COMPTES ET ANALYSES SATELLITES DE LA SANTÉ

8.16. Les comptes satellites partent de la définition des biens et services caractéristiques du domaine étudié, ventilent leur production en distinguant les activités caractéristiques des autres activités dont ils résultent et recensent, d'un côté, leurs bénéficiaires, et de l'autre, leurs

sources de financement. Ils s'appuient pour cela sur les nomenclatures et classifications existantes des produits, des branches d'activités et des secteurs de l'économie nationale, dont ils utilisent tous les éléments qui conviennent. Mais on peut aussi modifier les nomenclatures de base employées dans le SCN 93, ainsi que la définition du domaine de la production pour faire des comptes satellites un outil statistique plus flexible.

Différences entre les systèmes d'information de base du SCS et des comptes nationaux

8.17. Les comptes du SCS s'articulent selon la même séquence que celle décrite ci-dessus. Toutefois, la situation diffère sensiblement, dans le domaine de la santé, de celle que l'on peut rencontrer dans d'autres domaines tels que l'environnement, le tourisme et l'agriculture, où des systèmes de comptes satellites existent déjà ou sont en train de se mettre en place, et ce pour deux raisons principales :

- La définition des grandes catégories de biens et services médicaux et de fonctions de santé est dans une large mesure inexistante. Dans la Classification centrale des produits, par exemple, sur laquelle reposent d'autres systèmes comptables, les services de santé sont uniquement définis en termes généraux par rapport aux prestataires qui les assurent. Or, comme la division du travail entre les diverses industries prestataires de soins de santé varie d'un pays à l'autre, il n'est guère possible de se servir de ces définitions en grande partie circulaires pour déterminer des fonctions susceptibles de se prêter à des comparaisons internationales.
- D'autre part, comme la santé est un domaine qui relève essentiellement de la responsabilité du secteur public dans les pays de l'OCDE, la comptabilité dont elle fait l'objet repose en général sur des données administratives que l'on n'a guère cherché à compléter à l'aide d'enquêtes statistiques spécialement mises au point dans l'optique de comptes économiques standardisés. Il y a très peu de temps en effet qu'un vaste effort de recherche sur les services et les prestataires de soins de santé, ainsi que sur la dimension socio-économique de la santé mobilise des ressources de plus en plus importantes dans un nombre croissant de pays de l'OCDE.

L'amélioration des statistiques de la santé doit-elle s'attacher en priorité à la dimension de la production ?

8.18. Afin de remédier à l'insuffisance des ressources statistiques dans le domaine des services de santé, le présent manuel propose de mettre au point une approche fonctionnelle clairement définie pour compléter les analyses traditionnelles essentiellement axées sur les aspects institutionnels. Ainsi pourra-t-on renforcer l'appareil statistique indispensable à l'étude du système de santé – du point de vue économique et analytique – de l'organisation des soins, des ressources disponibles et de leur utilisation, en termes monétaires et non monétaires.

8.19. Au terme de cette première étape, et lorsque les nomenclatures correspondantes auront été établies, testées et appliquées à titre pilote dans plusieurs pays, certains pays souhaiteront peut-être élaborer un système satellite complet de comptes de la santé. Outre les indices de prix nécessaires au calcul de la valeur ajoutée, déjà établis dans plusieurs pays de l'OCDE,

ils devront alors mettre au point des mesures de la productivité et suivre leur évolution dans le temps (valeur ajoutée réelle par habitant, valeur ajoutée réelle par emploi équivalent plein temps dans le secteur de la santé, etc.). A moyen terme, il pourrait être utile, tant pour la formulation des politiques de santé que pour l'analyse économique structurelle, de développer le SCS pour lui donner la dimension d'un compte satellite de la santé, mais il risque d'être très difficile de dégager toutes les composantes de la valeur ajoutée dans le secteur de la santé étant donné l'hétérogénéité des prestataires.

- 8.20. Les quatre comptes suivants étendraient le SCS en l'adaptant au cadre d'une comptabilité et d'une analyse satellites de la santé (voir également la section suivante) :
- Compte de production et valeur ajoutée par prestataire de soins de santé.
 - Entrées intermédiaires de la production de soins de santé par type d'entrée.
 - Stock brut de capital des prestataires de soins de santé.
 - Tableau entrées/sorties des prestataires de soins de santé.

Un modèle économique des ressources et des emplois dans le domaine de la santé

- 8.21. Dans le cadre des comptes satellites de la santé, les activités de production de l'économie peuvent être réparties entre trois types de prestataires : les prestataires de services de soins de santé, les autres prestataires de services médicaux et les autres prestataires. Les autres prestataires de services médicaux sont ceux qui produisent essentiellement pour la consommation intermédiaire et pour la formation de capital du système de santé, ou encore pour l'exportation. Une partie de la consommation finale de biens et de services de santé, ainsi qu'une partie de la consommation intermédiaire et de la formation brute de capital correspondent à des importations. La dépense de consommation de biens et services médicaux englobe à la fois la production marchande et la production pour usage final propre, laquelle correspond à la production non marchande des administrations publiques et des institutions sans but lucratif au service des ménages. Les tableaux 8.2 et 8.3 ci-après présentent une extension du SCS établi dans l'optique de la production, à partir du modèle de tableau entrées-sorties satellite du SCN 93 (tableau 21.5).
- 8.22. Le tableau 8.3 combine le volet production (ressources) et le volet utilisation (emplois) du système de santé dans le cadre de l'économie nationale totale. Il montre l'hétérogénéité du processus de production des biens et services médicaux et l'interaction des dimensions institutionnelle, fonctionnelle et financière des comptes de la santé dans le calcul de la dépense totale de santé.
- 8.23. Les biens et services médicaux sont produits à la fois par le système de santé (c'est-à-dire par les prestataires de services de santé envisagés en tant qu'institutions) et par le reste de l'économie. Les unités de production (institutions) du système sont celles dont l'activité économique principale consiste à produire des biens et des services médicaux destinés à la consommation finale (des ménages ou des administrations publiques). La production totale du système de santé est en partie exportée.

- 8.24. Une petite partie de la production de soins de santé peut toutefois se composer de produits intermédiaires ou de produits non médicaux, ce qui signifie que le total de la production brute sera légèrement différent de celui de la consommation finale lorsque l'on calculera la dépense totale de santé. Les hôpitaux universitaires, par exemple, outre les services de soins qu'ils assurent, mènent des activités dans les domaines de la recherche-développement, de l'enseignement et de la formation du personnel de santé. De même, les médecins exerçant en cabinet privé travaillent parfois à temps partiel pour des hôpitaux ou pour des confrères salariés, ce qui présente un risque de double comptage à éviter. De leur côté, certains médecins salariés qui travaillent à temps partiel pour l'industrie pharmaceutique, l'édition et d'autres secteurs, assurent ainsi des services qui ne rentrent pas dans le cadre des fonctions de santé définies par le SCS. En outre, une fraction réduite de la dépense de santé comprend les ventes de prestataires dont l'activité économique principale ne relève pas du domaine de la santé, par exemple la vente de biens médicaux par des détaillants non spécialisés.
- 8.25. Les tableaux 8.2 et 8.3 sont présentés ici à titre purement indicatif. Comme on l'a vu plus haut, la construction de la matrice entrées-sorties qui correspond à ces deux tableaux n'est pas une tâche jugée prioritaire dans le cadre du SCS. Elle montre toutefois comment on pourrait vérifier la cohérence des statistiques relatives aux flux de dépenses obtenus auprès de diverses sources (enquêtes auprès des prestataires de soins de santé, enquêtes sur la consommation, comptes des régimes d'assurance sociale et des administrations publiques, enquêtes sur l'investissement, statistiques du commerce extérieur). Il serait en effet possible dans ce cadre de procéder à une vérification des dépenses de santé en comparant les estimations calculées séparément pour les ressources et pour les emplois après avoir déduit de la production brute totale la consommation intermédiaire et la production de biens et services non médicaux. Les flux entre les différents producteurs sont probablement très restreints dans le domaine de la santé, la majeure partie de la production étant destinée à la consommation finale.
- 8.26. Le calcul de la valeur ajoutée brute et de ses composantes – avec les données relatives aux facteurs de production (nombre d'heures travaillées, montant et structure du capital) – devrait permettre de pratiquer d'autres recoupements et de mieux appréhender la structure des coûts de production du système de santé. Ces tableaux supplémentaires apporteraient les derniers éléments d'un compte satellite de la santé à part entière.

Tableau 8.2. **Tableau des ressources et des emplois du SCS (première partie)**

	Total des ressources aux prix d'acquisition	Impôts moins subventions sur les produits*	Prestataires de biens et de services médicaux					Autres prestataires	Économie totale	Importations de biens et services médicaux
			Total	Producteurs principaux	Producteurs secondaires	Médecine du travail	Ménages (prise en charge à domicile)			
Ressources			Production							
Biens et services de santé par fonction										
HC.1 Services de soins curatifs										
HC.2 Services de réadaptation										
HC.3 Services de soins de longue durée										
HC.4 Services auxiliaires										
HC.5 Biens médicaux dispensés aux patient ambulatoires										
Total des ressources de soins de santé individuels										
HC.6 Services de prévention et de santé publique										
HC.7 Administration de la santé et assurance maladie										
Total des ressources de biens et de services de santé										
Autres produits										
<i>Total</i>										

(*) : Y compris les marges commerciales et de transport qui représentent une fraction négligeable de la production de biens et de services de santé pour usage final.

Tableau 8.3. **Tableau entrées-sorties du SCS (deuxième partie)**

	Total des emplois aux prix d'acquisition	Impôts moins subventions sur les produits*	Prestataires de biens et de services médicaux				Autres prestataires	Économie totale	Exportations de biens et services de santé	Dépenses de consommation finale			Formation brute de capital
			Total	Producteurs principaux	Producteurs secondaires	Médecine du travail				Ménages (prise en charge à domicile)	Ménages	ISBLSM	
Ressources													
<i>Biens et services :</i>			<u>Consommation intermédiaire</u>										
Biens et services de santé par fonction													
HC.1 Services de soins curatifs													
HC.2 Services de réadaptation													
HC.3 Services de soins de longue durée													
HC.4 Services auxiliaires													
HC.5 Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires													
Total des emplois de soins de santé individuels													
HC.6 Services de prévention et de santé publique													
HC.7 Administration de la santé et assur. maladie													
Total des emplois de biens et de services de santé													
Autres produits													
<i>Total</i>													
<i>Valeur ajoutée brute totale/PIB</i>													
Rémunération des salariés													
Impôts sur les produits													
Autres impôts sur la production													
Subventions sur les produits													
Autres subventions sur la production													
Excédent d'exploitation net													
Revenu net													
Consommation de capital fixe													
Excédent d'exploitation brut													
Revenu brut													
<i>Total</i>													
Main-d'œuvre occupée													
Formation brute de capital fixe													
Stock net d'actifs fixes													

(*) : Y compris les marges commerciales et de transport qui représentent une fraction négligeable de la production de biens et de services de santé pour usage final.

DEUXIÈME PARTIE

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES COMPTES DE LA SANTÉ (ICHA)

9. NOMENCLATURE DES FONCTIONS DE SOINS DE SANTÉ (ICHA-HC)

PRÉSENTATION GÉNÉRALE

- 9.1. Le premier niveau de la nomenclature fonctionnelle (décrit au chapitre 3) est complété dans le présent chapitre par une présentation des rubriques correspondant aux deuxième et troisième niveaux de classification (tableau 9.1), accompagnée de notes explicatives. L'élaboration d'une ventilation fine des fonctions de soins de santé au niveau du troisième chiffre et au-delà n'en est cependant encore qu'au stade expérimental (voir également les paramètres supplémentaires de ventilation de certaines fonctions de soins de santé individuels recommandés au chapitre 3, tableaux 3.2 et 3.3).
- 9.2. L'annexe 9.1 au présent chapitre examine quelques problèmes de délimitation du champ de la santé. Les correspondances entre la nomenclature ICHA-HC et les nomenclatures fonctionnelles du Système de comptabilité nationale sont fournies à l'annexe 9.2 afin d'encourager la mise en cohérence des comptes de la santé avec le SCN et les nomenclatures qui le complètent. Une classification croisée des fonctions de santé publique de la nomenclature ICHA-HC est présentée à l'annexe 9.3.

FONCTIONS DE SOINS DE SANTÉ INDIVIDUELS

- 9.3. Les fonctions de soins de santé individuels sont couvertes par les rubriques HC.1 à HC.5. Elles concernent des biens et des services qui peuvent être attribués directement aux individus, par opposition aux services fournis à l'ensemble de la collectivité (HC.6, Services de prévention et de santé publique ; et HC.7, Administration de la santé et assurance maladie). Les fonctions de soins de santé individuels sont ventilées à la fois selon la *fonction première des soins dispensés* (soins curatifs, de réadaptation et de longue durée) et selon le *mode de production* (soins en milieu hospitalier, hospitalisation de jour, soins ambulatoires, soins à domicile).

Soins curatifs, de réadaptation et de longue durée

- 9.4. Le critère élémentaire de classement des services de soins est le *type d'épisode de soins* (soins curatifs, réadaptation et soins de longue durée). Les définitions utilisées s'inspirent de celles élaborées par l'Australian Health Data Committee (Comité australien de statistiques de santé) et la US Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organisations (Commission conjointe d'accréditation des établissements de santé des États-Unis).

Modes de production

- 9.5. Les définitions suivantes des *modes de production* sont utilisées dans l'ensemble de la nomenclature ICHA-HC pour distinguer les différentes catégories de services de soins de santé individuels correspondant au niveau de classification à deux chiffres.

Soins hospitaliers

- 9.6. On entend par *soins hospitaliers* les soins dispensés à des patients officiellement admis pour un traitement et/ou des soins, pour un séjour d'au moins une nuit, dans un hôpital ou un autre établissement dispensant des soins avec hébergement. Les soins hospitaliers sont dispensés principalement dans les hôpitaux, mais aussi dans des maisons médicalisées et autres structures de soins avec hébergement, ainsi que dans des établissements classés dans le secteur ambulatoire en raison de la nature des soins qu'ils dispensent, mais qui ont une activité secondaire de soins hospitaliers. Le terme « soins hospitaliers » au sens du SCS a une acception plus large que celle retenue dans certains systèmes nationaux de comptabilité, où il désigne exclusivement les soins dispensés dans les hôpitaux. Dans le SCS, les soins hospitaliers incluent les soins dispensés dans les hôpitaux pénitentiaires ou militaires, les hôpitaux antituberculeux et les sanatoriums. Ils recouvrent l'hébergement associé au traitement médical lorsque ce dernier constitue le principal motif de séjour du patient.
- 9.7. L'hébergement offert aux patients et à leurs familles est considéré comme faisant partie intégrante des soins hospitaliers. La fonction d'hébergement des hôpitaux apparaît clairement lorsque les patients sont transférés vers des unités hospitalières de soins post-aigus ou des « sections de cure » qui dispensent des soins moins intensifs et plus limités mais sont fonctionnellement intégrées à la structure hospitalière.
- 9.8. Les séjours en « section de cure » font partie intégrante du traitement médical et, à ce titre, doivent être comptabilisés dans la dépense totale de santé. Il y a lieu d'inclure dans cette dépense l'hébergement des membres de la famille du patient dont la présence est indispensable à la thérapie, par exemple dans le cas des enfants hospitalisés pour des traitements lourds dispensés dans des hôpitaux hautement spécialisés très éloignés de leur lieu de résidence. Dans le cas des pays en développement, les coûts imputés ou réels des services fournis dans l'enceinte hospitalière par la famille du patient – notamment la préparation des repas, les soins infirmiers courants et le ménage – seront comptabilisés sous cette rubrique.

9. NOMENCLATURE DES FONCTIONS DE SOINS DE SANTÉ (ICHA-HC)

- 9.9. En revanche, l'hébergement offert par des établissements médico-sociaux dont l'activité médicale est importante mais non prépondérante ne doit pas être comptabilisé dans les soins de santé. Cette catégorie comprend, par exemple, les foyers pour handicapés, les maisons médicalisées et les établissements pour toxicomanes.

Hospitalisation de jour

- 9.10. Les soins en hospitalisation de jour couvrent les services médicaux et paramédicaux dispensés à des patients qui sont officiellement admis pour un diagnostic, un traitement ou d'autres types de soins, la sortie du patient étant prévue le jour même de son admission. Un épisode de soins pour lequel le patient est admis en tant que patient de jour mais passe finalement la nuit à l'hôpital est considéré comme un séjour d'une nuit. Les soins dispensés à des patients non hospitalisés qui sont ensuite admis officiellement pour des soins de jour sont comptabilisés dans les venues en hospitalisation de jour. Un patient de jour passe généralement entre trois et huit heures à l'hôpital au cours de la même journée entre le moment de son admission et celui de sa sortie. Les soins de jour sont généralement dispensés dans des institutions ou des unités spécialisées dans ce type de soins (par exemple, services de chirurgie dite « élective »).

Soins ambulatoires

- 9.11. Cette rubrique comprend les services médicaux et paramédicaux dispensés aux patients ambulatoires. Un patient ambulatoire s'entend d'une personne qui n'est pas formellement admise dans un établissement (cabinet privé d'un médecin, service de consultation externe d'un hôpital ou centre de soins ambulatoires) et n'y passe pas la nuit. Il s'agit donc d'une personne qui se présente dans un service de soins de santé pour une consultation ou un traitement et quitte ce service quelques heures après le début de la consultation sans qu'une procédure formelle d'admission ait été effectuée. Le terme « soins ambulatoires » au sens du SCS a une acception plus large que celle retenue dans certains systèmes nationaux de comptabilité, où il désigne uniquement les soins dispensés dans les services de consultation externe des hôpitaux. Dans le SCS, toutes les personnes qui ont recours à des structures de soins ambulatoires sans être hospitalisées de jour ou de nuit sont considérées comme des patients ambulatoires.

Soins à domicile

- 9.12. Cette rubrique comprend les services médicaux et paramédicaux dispensés aux patients à domicile. Elle ne comprend pas la consommation de biens médicaux (produits pharmaceutiques, autres biens médicaux) dispensés à des patients ambulatoires dans le cadre de la consommation des ménages privés. Sont compris les services d'obstétrique à domicile, les séances de dialyse à domicile, les services télématiques et apparentés.

Tableau 9.1. **Nomenclature des fonctions de soins de santé (ICHA-HC) : niveau à trois chiffres**

Code ICHA	Fonctions de soins de santé
HC.1	Services de soins curatifs
HC.1.1	Soins curatifs en milieu hospitalier
HC.1.2	Soins curatifs en hospitalisation de jour
HC.1.3	Soins curatifs ambulatoires
HC.1.3.1	Services médicaux et diagnostiques courants
HC.1.3.2	Soins dentaires ambulatoires
HC.1.3.3	Autres soins de santé spécialisés
HC.1.3.9	Autres soins curatifs ambulatoires
HC.1.4	Services de soins curatifs à domicile
HC.2	Services de réadaptation
HC.2.1	Réadaptation en milieu hospitalier
HC.2.2	Réadaptation en hospitalisation de jour
HC.2.3	Réadaptation en mode ambulatoire
HC.2.4	Services de réadaptation à domicile
HC.3	Services de soins de longue durée
HC.3.1	Soins de longue durée en milieu hospitalier
HC.3.2	Soins de longue durée en hospitalisation de jour
HC.3.3	Soins de longue durée à domicile
HC.4	Services auxiliaires
HC.4.1	Laboratoires d'analyses médicales
HC.4.2	Imagerie diagnostique
HC.4.3	Transports sanitaires et secours d'urgence
HC.4.9	Autres services auxiliaires
HC.5	Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires
HC.5.1	Produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables
HC.5.1.1	Médicaments délivrés sur ordonnance
HC.5.1.2	Médicaments en vente libre
HC.5.1.3	Autres biens médicaux non durables
HC.5.2	Appareils thérapeutiques et autres biens médicaux durables
HC.5.2.1	Lunetterie et autres produits d'optique
HC.5.2.2	Appareils orthopédiques et autres prothèses
HC.5.2.3	Appareils auditifs
HC.5.2.4	Appareils médico-techniques, y compris fauteuils roulants
HC.5.2.9	Autres biens médicaux durables
HC.6	Services de prévention et de santé publique
HC.6.1	Santé maternelle et infantile : services de planning familial et de consultations
HC.6.2	Services de médecine scolaire
HC.6.3	Prévention des maladies transmissibles
HC.6.4	Prévention des maladies non transmissibles
HC.6.5	Médecine du travail
HC.6.9	Autres services de santé publique

9. NOMENCLATURE DES FONCTIONS DE SOINS DE SANTÉ (ICHA-HC)

Tableau 9.1. **Nomenclature des fonctions de soins de santé (ICHA-HC) : niveau à trois chiffres** (suite)

Code ICHA	Fonctions de soins de santé
HC.7	Administration de la santé et assurance maladie
HC.7.1	Administration générale de la santé : administrations publiques
HC.7.1.1	Administration générale de la santé : administrations publiques (sauf sécurité sociale)
HC.7.1.2	Activités d'administration, d'exécution et d'appui des organismes de sécurité sociale
HC.7.2	Administration de la santé et assurance maladie : organismes privés
HC.7.2.1	Administration de la santé et assurance maladie : assurance sociale
HC.7.2.2	Administration de la santé et assurance maladie : autres organismes privés
Code ICHA	Fonctions sanitaires connexes
HC.R.1	Formation de capital des établissements prestataires de soins de santé
HC.R.2	Éducation et formation du personnel de santé
HC.R.3	Recherche et développement dans le domaine de la santé
HC.R.4	Contrôles sanitaires (denrées alimentaires, hygiène, eau potable)
HC.R.5	Hygiène du milieu
HC.R.6	Administration et fourniture de services sociaux en nature en faveur des personnes malades ou handicapées
HC.R.7	Administration et fourniture de prestations en espèces liées à la santé

NOMENCLATURE DES FONCTIONS ICHA-HC : NOTES EXPLICATIVES

HC.1 Services de soins curatifs

Cette rubrique comprend les services médicaux et paramédicaux dispensés durant un épisode de soins curatifs. Un *épisode de soins curatifs* donne lieu à une prise en charge médicale dont l'objectif premier est de guérir une maladie ou une blessure ou d'en empêcher l'aggravation, ou de prévenir la survenue de complications qui pourraient mettre en danger la vie du patient ou compromettre le fonctionnement normal de son organisme.

Sont inclus : services d'obstétrique ; traitement d'une maladie ou guérison définitive d'une blessure ; interventions chirurgicales ; actes diagnostiques ou thérapeutiques.

Sont exclus : soins palliatifs.

HC.1.1 Soins curatifs en milieu hospitalier

Les soins curatifs en milieu hospitalier comprennent les services médicaux et para-médicaux dispensés durant un épisode de soins curatifs aux patients hospitalisés.

Sont inclus : séjours d'une nuit. On parle de *séjour d'une nuit* lorsque le patient quitte l'hôpital ou un établissement similaire le jour suivant celui de son admission, mais généralement pas moins de 12 heures après celle-ci.

Note : Le SCS suggère de ventiler cette rubrique par catégorie de la CIM et par GHM, quand les données correspondantes sont disponibles (voir chapitre 3, tableau 3.3).

HC.1.2 Soins curatifs en hospitalisation de jour

Les services de soins curatifs en hospitalisation de jour comprennent les services médicaux et

paramédicaux dispensés aux patients hospitalisés de jour durant un épisode de soins curatifs, par exemple pour une intervention de chirurgie ambulatoire, une séance de dialyse ou le traitement d'une affection cancéreuse.

Sont inclus : chirurgie ambulatoire, c'est-à-dire tous les actes invasifs non urgents (chirurgie dite « élective ») pratiqués, sous anesthésie générale ou locale, sur des patients hospitalisés de jour dont la surveillance post-opératoire et la convalescence ne nécessitent pas qu'ils passent la nuit à l'hôpital.

Note : Pour les pays utilisant le codage de la CIM-9-MC (Classification internationale des maladies, modifications cliniques), les actes chirurgicaux correspondent aux codes 01 à 86. Les actes de chirurgie ambulatoire constituent une sous-catégorie de la chirurgie qui relève des soins ambulatoires.

HC.1.3 Soins curatifs ambulatoires

Les services ambulatoires de soins curatifs comprennent les services médicaux et paramédicaux dispensés aux patients non hospitalisés durant un épisode de soins curatifs. Ces services sont essentiellement dispensés par des médecins exerçant dans des établissements du secteur ambulatoire, mais ils peuvent aussi être assurés dans des établissements du secteur hospitalier, par exemple dans des services spécialisés de consultation externe, des centres collectifs de soins ou d'autres centres de soins intégrés.

HC.1.3.1 Services médicaux et diagnostiques courants

Cette rubrique comprend les services thérapeutiques et diagnostiques qui sont les éléments constitutifs habituels de la plupart des contacts entre les médecins et les patients non hospitalisés. Il s'agit notamment des examens médicaux systématiques, des bilans de santé, de la prescription de médicaments, des recommandations courantes adressées aux patients, de la prescrip-

tion de régimes alimentaires, des injections et vaccinations (uniquement si elles n'entrent pas dans le cadre de programmes de prévention de santé publique). Ces services peuvent être dispensés lors d'un premier contact ou d'une première consultation avec le médecin, ou lors de consultations de suivi médical. Les formalités administratives courantes, par exemple la constitution et la mise à jour du dossier du patient, font généralement partie intégrante des services médicaux courants.

Sont exclus : visites à domicile des médecins généralistes et des médecins de premier recours ; services paramédicaux prescrits par des médecins mais réalisés par et sous la responsabilité de professionnels paramédicaux, dans leur propre cabinet, dans une structure fonctionnant en liaison avec des médecins ou dans un cabinet de groupe.

Note : La plupart des composants de la section 5 (actes thérapeutiques) et bon nombre de ceux de la section 8 (services cliniques et administratifs) de la classification IC-Process-PC relèvent de cette rubrique (voir IC-Process-PC, 1986). Font exception à cette règle, la physiothérapie (IC-Process-PC, 55), les actes concernant le système urinaire et de reproduction (56), les actes d'obstétrique (57) ainsi que les conseils/bilans psychologiques et l'éducation pour la santé (82, 84).

Les services médicaux courants ne nécessitent généralement pas l'utilisation de matériel médical sophistiqué, ce en quoi ils se distinguent des services plus spécialisés. Lorsque les registres médicaux ne permettent pas d'effectuer la décomposition des actes pratiqués par les médecins suivant les catégories prévues sous HC.1.3, une ventilation des services selon la profession qui les a délivrés sera effectuée à titre de première approximation.

HC.1.3.2 Soins dentaires ambulatoires

Cette rubrique comprend les services de soins dentaires (y compris la pose de prothèses

dentaires) dispensés par les médecins aux patients ambulatoires. Elle couvre toute la gamme des actes habituellement pratiqués par les médecins spécialisés en soins dentaires dans une structure ambulatoire, comme l'extraction de dents et la pose de prothèses dentaires et d'implants.

Note : Les prothèses dentaires sont traitées dans le SCS comme des produits intermédiaires concourant à la production de services de soins dentaires et sont donc toujours comptabilisées dans les dépenses de soins dentaires.

HC.1.3.3 Autres soins de santé spécialisés

Cette rubrique comprend tous les services médicaux spécialisés, autres que les services médicaux et diagnostiques courants et les soins dentaires, dispensés par les médecins aux patients ambulatoires. Elle inclut les services de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et la toxicomanie, ainsi que la chirurgie ambulatoire.

HC.3.1.9 Autres soins curatifs ambulatoires

Cette rubrique comprend tous les autres services médicaux et paramédicaux dispensés aux patients ambulatoires par des professions médicales ou paramédicales. Sont inclus les services dispensés par des professions paramédicales telles que les chiropracteurs, les ergothérapeutes et les audiologues. Entrent également dans cette catégorie les soins dispensés par les professions paramédicales aux malades mentaux, aux alcooliques et aux toxicomanes, ainsi que les services d'orthophonie. Les services de médecine traditionnelle fournis par les professions paramédicales sont également compris.

Sont inclus : physiothérapie diagnostique, exercices de kinésithérapie et autres procédés thérapeutiques tels que l'hydrothérapie et la thérapie par la chaleur ; soins d'orthétique et de prothétique ; surveillance des blessures ; traitements ostéopathiques ; orthophonie ; formation et ré-éducation médicales des non-voyants.

HC.1.4 Services de soins curatifs à domicile

Cette rubrique comprend tous les services curatifs médicaux et paramédicaux dispensés aux patients à domicile.

Note : Cette rubrique couvre les visites effectuées à domicile pour prodiguer des soins curatifs, y compris les visites de généralistes pour la formulation d'un diagnostic ; les services spécialisés tels que la dialyse à domicile ; les services d'obstétrique ; les services télématiques. Lorsque les soins curatifs à domicile sont associés à des services sociaux comme l'aide ménagère ou le portage des repas, ces derniers doivent être enregistrés séparément car ils n'entrent pas dans les dépenses de santé au sens du SCS.

HC.2 Services de réadaptation

Cette rubrique comprend les services médicaux et paramédicaux dispensés aux patients durant un épisode de soins de réadaptation. La réadaptation couvre les services qui visent principalement à améliorer les capacités fonctionnelles des personnes prises en charge, que leurs limitations fonctionnelles soient dues à une maladie ou une blessure récente ou qu'elles présentent un caractère récurrent (régression ou progression). Sont inclus les services destinés à traiter une maladie ou un handicap dont l'origine remonte à une période éloignée ou qui n'ont pas donné lieu précédemment à des soins de réadaptation.

Note : Les soins de réadaptation présentent généralement un caractère plus intensif que les soins infirmiers traditionnels et moins intensif que les soins aigus (curatifs). Ils nécessitent une évaluation fréquente (quotidienne ou hebdomadaire) de l'état du patient, associée à un réexamen de la situation clinique et du programme de traitement, pendant une certaine durée (plusieurs jours à plusieurs mois), jusqu'à ce que l'état du patient se soit stabilisé ou qu'une phase prédéfinie du traitement soit achevée.

HC.2.1 Réadaptation en milieu hospitalier

Cette rubrique comprend les services médicaux et paramédicaux dispensés durant un épisode de soins de réadaptation aux patients hospitalisés.

HC.2.2 Réadaptation en hospitalisation de jour

Cette rubrique comprend les services médicaux et paramédicaux dispensés durant un épisode de soins de réadaptation aux patients hospitalisés de jour.

HC.2.3 Réadaptation en régime ambulatoire

Cette rubrique comprend les services médicaux et paramédicaux dispensés aux patients ambulatoires durant un épisode de soins de réadaptation.

HC.2.4 Services de réadaptation à domicile

Cette rubrique comprend les services médicaux et paramédicaux dispensés aux patients à domicile durant un épisode de soins de réadaptation.

HC.3 Services de soins de longue durée

Les soins de longue durée couvrent les soins médicaux et infirmiers prodigués aux patients qui ont besoin d'une assistance constante car ils souffrent de déficiences chroniques et subissent une perte de leur autonomie et de leur capacité d'accomplir certains actes de la vie quotidienne. Les soins de longue durée aux patients hospitalisés sont assurés dans des institutions spécialisées ou des structures collectives. Les soins de longue durée comprennent généralement un éventail de services médicaux (y compris des soins infirmiers) et sociaux. Dans le SCS, seuls les premiers sont comptabilisés dans les dépenses de santé.

HC.3.1 Soins de longue durée en milieu hospitalier

Cette rubrique couvre les soins médicaux et infirmiers prodigués aux patients qui ont besoin

d'une assistance constante car ils souffrent de déficiences chroniques et subissent une perte de leur autonomie et de leur capacité d'accomplir certains actes de la vie quotidienne. Les soins de longue durée aux patients hospitalisés sont dispensés dans des institutions spécialisées ou des structures collectives. Ils comprennent généralement un éventail de services médicaux et sociaux. Dans le SCS, seuls les soins médicaux doivent être pris en compte dans les services de soins de santé individuels.

Sont inclus : soins de longue durée aux personnes âgées dépendantes. Le placement temporaire et la prise en charge dans des foyers pour personnes âgées par du personnel spécialement formé sont également inclus lorsque les soins médicaux représentent une composante importante des services fournis. Ce type de prise en charge peut être associé à des services sociaux, mais ces derniers devront être enregistrés séparément car ils n'entrent pas dans les dépenses de santé au sens du SCS.

Cette rubrique couvre également les soins palliatifs ou de fin de vie (soins médicaux, paramédicaux et infirmiers aux malades en phase terminale, y compris le soutien psychologique aux familles). Les soins palliatifs sont généralement dispensés dans des maisons médicalisées ou des institutions spécialisées du même type.

Entrent aussi dans cette rubrique les soins de longue durée dispensés dans des établissements spécialisés pour malades mentaux, alcooliques ou toxicomanes, lorsque ces soins sont rendus nécessaires par des troubles psychiatriques chroniques ou récurrents dont la liste figure dans la CIM-9-MC (code 94).

HC.3.2 Soins de longue durée en hospitalisation de jour

Cette rubrique comprend les soins dispensés en hospitalisation de jour à des patients qui ont

9. NOMENCLATURE DES FONCTIONS DE SOINS DE SANTÉ (ICHA-HC)

besoin d'une assistance constante car ils souffrent de déficiences chroniques et subissent une perte de leur autonomie et de leur capacité d'accomplir certains actes de la vie quotidienne. Les soins en hospitalisation de jour sont dispensés dans des institutions spécialisées ou des structures collectives.

Sont inclus : soins de longue durée en hospitalisation de jour dispensés aux personnes âgées dépendantes.

HC.3.3 Soins de longue durée à domicile

Cette rubrique comprend les soins médicaux et paramédicaux (infirmiers) dispensés à domicile aux patients qui ont besoin d'une assistance constante car ils souffrent de déficiences chroniques et subissent une perte de leur autonomie et de leur capacité d'accomplir certains actes de la vie quotidienne. Les soins à domicile peuvent inclure des services sociaux tels que l'aide ménagère et le portage des repas, mais ces derniers devront être enregistrés séparément car ils n'entrent pas dans les dépenses de santé.

HC.4 Services auxiliaires

Cette rubrique comprend toute une gamme de services dispensés principalement par du personnel paramédical ou médico-technique, sous la supervision ou non d'un médecin, comme les services des laboratoires d'analyses médicales, les services d'imagerie diagnostique et les transports sanitaires.

HC.4.1 Laboratoires d'analyses médicales

Cette rubrique couvre les services suivants : analyses physico-chimiques des urines, profils d'analyses du sang automatisés, hématologie, immunologie, analyse des selles, cultures microbiologiques, examens microscopiques, actes d'anatomie et de cytologie pathologiques, autres analyses pratiquées en laboratoire.

Note : Le contenu de cette rubrique est basé sur les définitions validées dans le cadre de la mise au point de la CISP et de la nomenclature IC-Process-PC, et couvre les groupes d'examens cliniques et pathologiques recensés dans la nomenclature IC-Process-PC (IC-Process-PC, 1986, section 2). Une autre liste est fournie dans la CIM-9-MC : 90 examens microscopiques-I, 91 examens microscopiques-II.

HC.4.2 Imagerie diagnostique

Cette rubrique couvre les services d'imagerie diagnostique dispensés aux patients non hospitalisés.

Note : L'imagerie diagnostique couvre les rubriques suivantes de la CIM-9-MC : radiologie diagnostique (87), autres techniques de radiologie diagnostique et apparentées (88). Les sous-catégories correspondantes de la nomenclature IC-Process-PC (IC-Process-PC, 1986, section 3) sont : radiographie osseuse conventionnelle ; radiographie conventionnelle des tissus mous (sauf médecine nucléaire, résonance magnétique nucléaire, ultrasons) ; radiographie avec utilisation d'un produit de contraste ou photo-imagerie ; tomодensitométrie et imagerie par résonance magnétique nucléaire ; imagerie en médecine nucléaire ; explorations à l'aide d'ultrasons ; autres techniques d'imagerie diagnostique (artériographie avec utilisation d'un produit de contraste, angiocardioraphie, phlébographie, thermographie, estimation de la densité minérale osseuse).

HC.4.3 Transports sanitaires et secours d'urgence

Cette rubrique couvre le transport aller et retour, dans un véhicule de transport terrestre spécialement équipé ou dans une ambulance aérienne réservée à cet effet, de malades devant être conduits dans des établissements pour y recevoir des soins médicaux ou chirurgicaux. Elle inclut également le transport en véhicule conventionnel,

notamment en taxi, lorsque celui-ci est autorisé et que le prix de la course est remboursé au patient (par exemple, patients sous dialyse rénale ou chimiothérapie).

Sont inclus : transports d'urgence assurés par les équipes d'intervention des services publics d'incendie ou de l'armée lorsque celles-ci assurent les secours d'urgence aux populations civiles de façon régulière (et non pas uniquement dans le cadre de la médecine des catastrophes).

HC.4.9 Autres services auxiliaires

Cette rubrique comprend tous les autres services auxiliaires.

HC.5 Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires

Cette rubrique comprend les biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires et les services associés à leur distribution, comme la vente au détail, l'ajustement, l'entretien et la location de biens et d'appareils médicaux. Sont inclus les services fournis par les pharmacies publiques, les opticiens, les magasins de vente de produits d'hygiène et les autres commerces de détail spécialisés ou non, y compris le commerce électronique et la télédistribution.

Note : Les biens couverts correspondent pour l'essentiel à ceux énumérés dans la nomenclature des fonctions de la consommation individuelle (COICOP, Nations Unies, 1998b), groupe 06.1, Produits, appareils et matériels médicaux (voir annexe A.6 du manuel).

Ce groupe comprend les médicaments, les prothèses, le matériel et les appareils médicaux et autres produits liés à la santé fournis aux particuliers, sur ou sans ordonnance, généralement par des pharmaciens ou des fournisseurs de matériel médical, et destinés à être consommés ou utilisés par des particuliers ou des ménages en dehors d'un établissement de santé.

La COICOP étant une classification à une seule dimension qui n'a pas été conçue en premier lieu pour les besoins de la comptabilité de la santé, un regroupement différent a été opéré dans le projet de nomenclature ICHA-HC. Les dépenses de location et de réparation d'appareils et de matériel thérapeutiques y sont enregistrées sous les rubriques des biens auxquelles elles se rapportent. Il en est de même pour la distribution de biens médicaux, l'ajustement de prothèses et les services tels que les tests de vision lorsque ces services sont dispensés par des détaillants spécialement formés et non par des professions médicales.

Conformément aux recommandations de la COICOP, les articles suivants sont *exclus* : lunettes, ceintures et bandes de protection liées à la pratique d'un sport ; produits vétérinaires ; lunettes de soleil sans correction ; savons médicaux. La COICOP classe tous les produits médicaux énumérés ci-dessus dans les biens non durables, alors que plusieurs systèmes de comptes nationaux de la santé font la distinction entre les « biens médicaux durables » et les produits consommables ou jetables.

Sont exclus : produits pharmaceutiques, prothèses et autres produits médicaux et liés à la santé fournis à des patients en hospitalisation complète ou partielle, ou produits délivrés directement aux patients dans le cadre d'un traitement dispensé dans des structures de soins ambulatoires.

HC.5.1 Produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables

Cette rubrique comprend les produits pharmaceutiques tels que les préparations pharmaceutiques, les médicaments de marque et génériques, les spécialités pharmaceutiques, les sérums et vaccins, les vitamines et oligo-éléments et les contraceptifs oraux.

HC.5.1.1 Médicaments délivrés sur ordonnance
Médicaments de marque ou génériques, vendus uniquement sur présentation d'une ordonnance

9. NOMENCLATURE DES FONCTIONS DE SOINS DE SANTÉ (ICHA-HC)

médicale, indépendamment du mode de financement (public ou privé). Pour les besoins du SCS, il y aura lieu de notifier le prix intégral du médicament en faisant apparaître la participation du patient.

HC.5.1.2 Médicaments en vente libre

Les médicaments en vente libre entrent dans les dépenses des ménages privés au titre de l'achat de produits pharmaceutiques vendus sans ordonnance.

Note : Les médicaments délivrés sans ordonnance sont souvent appelés médicaments en vente libre. Ils peuvent être prescrits par un médecin sans ouvrir droit à remboursement.

HC.5.1.3 Autres biens médicaux non durables

Cette rubrique comprend une grande diversité de biens médicaux non durables comme les pansements, les bas de contention, les articles pour incontinents, les préservatifs et autres dispositifs contraceptifs.

HC.5.2 Appareils thérapeutiques et autres biens médicaux durables

Cette rubrique comprend une grande diversité de biens médicaux durables comme les lunettes, les appareils auditifs et autres appareils médicaux.

HC.5.2.1 Lunetterie et autres produits d'optique

Cette rubrique comprend les lunettes de vue et lentilles de contact ainsi que les produits de nettoyage qui leur sont associés et les réglages effectués par les opticiens.

HC.5.2.2 Appareils orthopédiques et autres prothèses

Cette rubrique comprend les appareils orthopédiques et autres prothèses : chaussures orthopédiques, membres artificiels et prothèses diverses, appareils et bandes orthopédiques, bandages et supports herniaires, colliers cervicaux.

Sont exclus : implants (HC.1, soins curatifs).

HC.5.2.3 Appareils auditifs

Cette rubrique comprend tous les types d'appareils auditifs amovibles (y compris nettoyage, adaptation et piles).

Sont exclus : diagnostics et contrôles audiologiques effectués par des médecins (HC.1.3.3) ; implants (HC.1, soins curatifs) ; formation audiologique (HC.1.3.9).

HC.5.2.4 Appareils médico-techniques, y compris fauteuils roulants

Cette rubrique comprend une grande diversité d'appareils médico-techniques comme les fauteuils roulants (motorisés ou non) et les voitures d'invalides.

HC.5.2.9 Autres biens médicaux durables

Cette rubrique comprend une grande diversité de biens médicaux durables non classés ailleurs, comme les instruments de mesure de la tension artérielle.

Sont inclus : équipements télématiques spécialisés d'appel d'urgence depuis le domicile du patient et/ou de télésurveillance de paramètres médicaux.

Sont exclus : monte-escaliers automatiques ; sièges élévateurs de baignoire et autres moyens d'adaptation du logement des personnes atteintes d'une incapacité temporaire ou chronique.

Note : La liste ci-dessus correspond aux recommandations de la COICOP (Nations Unies, 1998b).

HC.6 Services de prévention et de santé publique

Cette rubrique regroupe les services destinés à améliorer l'état de santé de la population, par opposition aux services curatifs qui visent à remédier à des problèmes de santé. Les programmes et les campagnes de vaccination en sont des exemples classiques.

Note : Les fonctions de prévention et de santé publique figurant dans la nomenclature ICHA-HC ne couvrent pas tout le champ de la santé publique au sens le plus large. Certaines de ces fonctions de la santé publique au sens large, comme l'établissement de plans d'urgence et la protection de l'environnement, ne font pas partie des dépenses de santé. Certaines fonctions importantes de santé publique sont rangées dans les

rubriques des « fonctions sanitaires connexes » dans la nomenclature ICHA-HC. Une table de correspondance entre les « fonctions essentielles de santé publique » (Essential Public Health Functions) définies par l'OMS (EPHFs, Bettcher, 1998) et les nomenclatures ICHA-HC et CFAP (Nations Unies, 1998*b*) est fournie à l'annexe 9.3 du présent chapitre.

Tableau 9.2. **Santé maternelle et infantile dans la Classification internationale des actes médicaux (CIAM)**

Code CIAM	Description
4.20	Examen de dépistage prénatal
4.21	Dépistage des anomalies du nouveau-né
4.22	Autres examens de dépistage dans la première enfance
4.23	Examen de dépistage dans la seconde enfance
(4.60 à 4.72)	Soins à la mère et à l'enfant
4.60	Surveillance médicale initiale, ambulatoire d'une grossesse
4.61	Surveillance médicale initiale (ambulatoire) après accouchement
4.62	Surveillance médicale ultérieure de grossesse
4.63	Prestations d'infirmières de santé publique (soins prénataux et post-nataux)
4.65	Mesures contraceptives
4.66	Eugénisme
4.67	Conseils médicaux pour les enfants
4.69	Participation à d'autres activités de santé
4.70	Soins aux prématurés à domicile
4.71	Soins aux nourrissons en bonne santé
4.72	Soins de santé à l'enfant préscolaire

Source : Classification internationale des actes médicaux (OMS, 1978, chapitre 4).

HC.6.1 Santé maternelle et infantile : services de *planning familial* et de consultations

La santé maternelle et infantile couvre une large gamme de services de santé comme les consultations de génétique et de prévention de certaines anomalies congénitales, la surveillance médicale

pré- et post-natale, les soins aux nourrissons, l'hygiène infantile (enfants scolarisés et d'âge préscolaire) et les vaccinations.

Note : La liste des catégories de la CIAM présentée au tableau 9.2 donne une illustration de la gamme des activités classées sous cette rubrique.

HC.6.2 Services de médecine scolaire

Cette rubrique comprend divers services d'éducation pour la santé et de dépistage (tels que ceux accomplis par des dentistes), de prévention des maladies et de promotion de conditions et de modes de vie sains dispensés dans les établissements scolaires. Elle comprend les soins médicaux courants, par exemple les soins dentaires, qui sont dispensés dans le cadre d'une action de santé publique.

Sont incluses : mesures de lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme et la toxicomanie.

Sont exclus : programmes de vaccination (HC.6.3).

HC.6.3 Prévention des maladies transmissibles

Cette rubrique couvre la surveillance et la déclaration obligatoires de certaines maladies transmissibles et les enquêtes épidémiologiques sur ces maladies ; l'identification des personnes susceptibles d'avoir été en contact avec l'agent infectieux et la recherche de l'origine de la maladie ; la prévention de la tuberculose et la lutte antituberculeuse (y compris le dépistage systématique des groupes à haut risque) ; les programmes de vaccination/immunisation (obligatoire et volontaire) ; les vaccinations pratiquées dans le cadre de la protection maternelle et infantile.

Sont exclus : vaccinations pratiquées dans le cadre de la médecine du travail (HC.6.5) ; vaccinations pratiquées à l'initiative du patient en vue d'un voyage et d'un séjour touristique (HC.1.3.1).

HC.6.4 Prévention des maladies non transmissibles

Cette rubrique couvre les services d'éducation pour la santé, de prévention des maladies et de promotion de conditions et de modes de vie sains, dispensés notamment par les centres de surveillance épidémiologique et de lutte contre les mala-

adies ; sont inclus les programmes de prévention des risques et d'amélioration de la santé des populations même lorsqu'ils ne sont pas spécifiquement orientés vers les maladies transmissibles.

Sont incluses : mesures de lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme et la toxicomanie, notamment campagnes anti-tabac ; activités des assistants de service social ; services fournis par les groupes d'entraide ; éducation pour la santé et information du public sur des questions de santé ; campagnes d'éducation pour la santé ; campagnes de promotion d'une meilleure hygiène de vie, d'une sexualité sans risques, etc. ; échanges d'informations, par exemple sur l'alcoolisme et la toxicomanie.

Sont exclus : surveillance environnementale en santé publique et information du public sur l'état de l'environnement.

Note : Les activités de promotion de la santé et de prévention des maladies posent un problème de délimitation délicat car il n'existe aucune classification internationale de ces activités. Dans les comptes nationaux de la santé, le partage s'effectue habituellement par référence à des programmes spécifiques de dépistage et de surveillance médicale dont la population cible est définie par voie législative ou administrative et dont le coût est pris en charge par des régimes publics ou privés. Il peut s'agir par exemple de programmes de surveillance de la tension artérielle, du diabète et de certains cancers, de programmes d'hygiène dentaire et de bilans de santé.

La prévention constitue bien souvent un motif de contact avec le réseau de soins primaires et non un acte médical distinct. Cela signifie qu'un même acte (c'est le cas notamment pour de nombreux actes de diagnostic) peut être accompli dans un but préventif (dépistage) ou diagnostique (identification d'un problème de santé aigu). Le critère qui doit déterminer l'inclusion d'un service dans la rubrique prévention est le

fait que la prévention soit assurée dans le cadre d'un programme social (public ou privé, y compris médecine du travail) ou à l'initiative du patient.

HC.6.5 Médecine du travail

La médecine du travail comprend une grande variété de services de santé comme la surveillance de la santé des travailleurs salariés (bilans médicaux systématiques) et les soins thérapeutiques (y compris services de soins d'urgence), dispensés dans les locaux ou à l'extérieur de l'entreprise (y compris administrations et institutions sans but lucratif au service des ménages). La rémunération en nature de biens et services médicaux, constitutive de la consommation finale effective des ménages et non de la consommation intermédiaire des entreprises, est cependant exclue de cette rubrique.

Note : La médecine du travail correspond au groupe 05.2 « Dépenses de santé » de la Nomenclature des dépenses des producteurs par fonction (Nations Unies, 1998b) appliquée à la consommation intermédiaire des producteurs. Les services de médecine du travail sont considérés comme une consommation intermédiaire des entreprises concernées.

Les services de médecine du travail ne sont que l'un des éléments d'un ensemble d'activités visant à améliorer les conditions de travail en termes de salubrité. Les activités destinées à améliorer l'ergonomie, la sécurité et l'hygiène du travail, ainsi que les activités de protection de l'environnement sur le lieu de travail et de prévention des accidents, doivent être distinguées des fonctions de médecine du travail. Elles ne doivent pas être enregistrées sous les fonctions de soins de santé dans le SCS.

HC.6.9 Autres services de santé publique

Cette rubrique comprend toute une gamme de services de santé publique divers comme le

fonctionnement et la gestion des banques de sang et d'organes, ou les activités non classées ailleurs de préparation et de diffusion au public d'informations sur des questions de santé publique.

Sont incluses : activités de surveillance de l'environnement dans une optique de santé publique et information du public sur l'état de l'environnement.

HC.7 Administration de la santé et assurance maladie

L'administration de la santé et l'assurance maladie recouvrent les activités des assureurs privés, des autorités centrales et locales et des administrations de sécurité sociale. Cette rubrique comprend les tâches de planification, de gestion et de régulation ainsi que de collecte des fonds et de traitement des demandes de paiement au titre des prestations fournies par le système de soins.

HC.7.1 Administration générale de la santé : administrations publiques

HC.7.1.1 Administration générale de la santé : admin. publiques (sauf sécurité sociale)

Cette rubrique couvre diverses activités d'administration générale de la santé des administrations publiques ne pouvant être classées sous HC.1 à HC.6, comme l'élaboration, l'administration, la coordination et le contrôle de politiques, plans, programmes et budgets généraux dans le domaine de la santé (CFAP, classe 07.6).

Sont inclus : élaboration et mise en application de dispositions législatives et de normes relatives à la fourniture de services de santé, y compris la délivrance de permis aux établissements médicaux et au personnel médical et paramédical ; production et diffusion d'informations générales, de documentation technique et de statistiques sur la santé (autres que les informations classées sous HC.6, Prévention et santé publique).

9. NOMENCLATURE DES FONCTIONS DE SOINS DE SANTÉ (ICHA-HC)

Sont exclus : calcul des statistiques de la santé par un bureau central de statistiques (CFAP, Division 01, Services généraux des administrations publiques) ; administration de la sécurité publique ; activités judiciaires et de maintien de l'ordre ; activités des services de protection contre l'incendie ; activités de défense ; régulation de la sécurité routière (CFAP, Division 03, Ordre et sécurité publics).

HC.7.1.2 Activités d'administration, d'exécution et d'appui des organismes de sécurité sociale

Cette rubrique couvre les activités d'administration, d'exécution et d'appui des organismes de sécurité sociale qui s'occupent des services de santé. Les organismes de sécurité sociale sont définis aux chapitres 6 et 11 consacrés au financement des soins de santé.

HC.7.2 Administration de la santé et assurance maladie : organismes privés

HC.7.2.1 Administration de la santé et assurance maladie : assurance sociale

Cette rubrique couvre l'administration et le fonctionnement des organismes privés d'assurance sociale médicale. L'assurance sociale privée est définie aux chapitres 6 et 11 consacrés au financement des soins de santé.

HC.7.2.2 Administration de la santé et assurance maladie : autres organismes privés

Cette rubrique couvre l'administration et le fonctionnement de tous les autres organismes privés d'assurance maladie et accidents, y compris les organismes d'assurance privés à but lucratif (tels que définis aux chapitres 6 et 11 consacrés au financement des soins de santé).

H.C.R Fonctions sanitaires connexes

HC.R.1 Formation de capital des établissements prestataires de soins de santé

Cette rubrique couvre la formation brute de capital des établissements prestataires de soins de

santé, à l'exclusion des établissements classés sous HP.4, détaillants et autres distributeurs de biens médicaux.

HC.R.2 Éducation et formation du personnel de santé

Cette rubrique couvre les services publics et privés d'éducation et de formation du personnel de santé, y compris l'administration et l'inspection des établissements assurant cette formation et l'appui à ces établissements. Sont concernés les établissements d'enseignement médical et paramédical de niveau post-secondaire et tertiaire (selon la CITE-97) qui sont gérés par les autorités centrales et locales, et les établissements privés tels que les écoles d'infirmiers gérées par des hôpitaux privés.

Note : En principe, l'enregistrement des dépenses d'éducation et de formation du personnel de santé ne doit pas poser de problème de chevauchement entre dépenses de santé et dépenses d'éducation. Dans les hôpitaux universitaires, par exemple, il est souhaitable d'établir des budgets distincts pour les soins, la recherche-développement et la formation. A défaut d'une comptabilité détaillée, on pourra se référer aux pratiques statistiques qu'ont développées l'UNESCO, l'OCDE et Eurostat dans le cadre de leur collecte conjointe de données sur l'éducation et la formation (UNESCO/OCDE/Eurostat, 1995).

Les programmes de formation du personnel de santé correspondent principalement aux niveaux CITE-5 (enseignement tertiaire non universitaire) à 7 (enseignement tertiaire universitaire menant à un deuxième diplôme universitaire ou équivalent). Ces formations sont dispensées dans les établissements suivants :

- Écoles paramédicales (CITE-5).
- Départements d'enseignement médical/paramédical des établissements d'enseignement universitaire de premier et deuxième cycles (CITE-6).

- Départements d'enseignement médical/ biomédical des établissements d'enseignement universitaire de deuxième et troisième cycles (CITE-7).

Dans la liste des domaines d'études (de l'enseignement de niveau tertiaire) qui figure dans le manuel de la CITE (UNESCO, 1996), l'enseignement médical correspond à la catégorie « Programmes de sciences médicales et programmes de santé et d'hygiène » (CITE, code 50). On trouve en outre dans le manuel de la CITE une catégorie intitulée « Programmes de formation d'auxiliaires des services de santé » (CITE 350) qui correspond à des programmes techniques et professionnels de l'enseignement du second degré, deuxième cycle.

Les coûts totaux doivent inclure les dépenses encourues pour les universités et les autres établissements de formation. Les salaires des internes et des « résidents » ou des infirmiers-stagiaires sont comptabilisés dans les dépenses de santé pour les services rendus. Les dépenses de formation sont également enregistrées dans les comptes de l'éducation. Cette catégorie est destinée à l'enregistrement des dépenses de formation étroitement liées aux soins dispensés aux patients dans les services de santé et non des dépenses d'enseignement et de formation. La recommandation suivante concernant les hôpitaux universitaires est extraite du manuel UNESCO/OCDE/Eurostat :

« Les dépenses encourues par et pour les hôpitaux universitaires (appelés parfois centres hospitalo-universitaires) ne doivent pas être incluses dans les dépenses d'éducation, sauf si elles sont directement et spécifiquement liées à la formation du personnel médical. En particulier, tous les coûts relatifs aux soins des patients et les autres dépenses générales des hôpitaux universitaires doivent être exclus des dépenses d'éducation, même si ces dépenses doivent être assumées par les autorités du secteur de l'enseignement.

Les dépenses relatives à la recherche menée dans les hôpitaux universitaires doivent elles aussi être exclues ; il ne faut toutefois pas tenter de distinguer la part du temps consacrée à la recherche de la part du temps consacrée à d'autres activités dans le cas du personnel enseignant dont la rémunération est par ailleurs considérée comme faisant partie des dépenses d'éducation (UNESCO/OCDE/Eurostat, 1995). »

HC.R.3 Recherche et développement dans le domaine de la santé

Cette rubrique comprend les programmes de R-D dans le domaine de la santé répondant à la définition suivante :

« Programmes de R-D orientés vers la protection et la promotion de la santé humaine. Comprend la R-D relative à l'hygiène alimentaire et à la nutrition, ainsi que la R-D concernant les rayonnements utilisés à des fins médicales, le génie biochimique, l'information médicale, la rationalisation des soins et la pharmacologie (y compris les essais de médicaments et l'élevage d'animaux de laboratoire à des fins scientifiques), de même que les recherches sur l'épidémiologie, la prévention des maladies professionnelles dans l'industrie et la toxicomanie (OCDE, 1994*d*, Manuel de Frascati, p. 137). »

Note : Dans la CFAP, les activités de R-D des organismes publics dans le domaine de la santé sont rattachées à la fonction santé (CFAP, 07.5, R-D dans le domaine de la santé).

Le *Manuel de Frascati* (OCDE, 1994*d*) donne des définitions précises des activités de R-D menées par le secteur des entreprises, le secteur de l'État, les institutions sans but lucratif et les institutions d'enseignement supérieur. Ce manuel est le fruit de la collaboration entre les experts en statistiques de recherche-développement des pays Membres de l'OCDE, le Secrétariat de l'OCDE et d'autres organisations internationales. Les lignes directrices

9. NOMENCLATURE DES FONCTIONS DE SOINS DE SANTÉ (ICHA-HC)

qu'il contient vont dans le sens des recommandations de l'UNESCO.

Le *Manuel de Frascati* examine les problèmes posés par la définition des limites entre la recherche-développement, l'éducation, les soins de santé et autres secteurs d'activités, formule des recommandations pour parvenir à une notification uniforme des statistiques relatives à ces domaines, et trace la limite entre le domaine des soins de santé et celui de l'éducation et de la formation du personnel de santé. On trouve dans ce manuel les définitions de base suivantes des activités de recherche-développement :

« La recherche et le développement expérimental (R-D) englobent les travaux de création entrepris de façon systématique en vue d'accroître la somme des connaissances, y compris la connaissance de l'homme, de la culture et de la société, ainsi que l'utilisation de cette somme de connaissances pour de nouvelles applications.

Le terme R-D recouvre trois activités : la recherche fondamentale, la recherche appliquée et le développement expérimental. La recherche fondamentale consiste en des travaux expérimentaux ou théoriques entrepris principalement en vue d'acquérir de nouvelles connaissances sur les fondements des phénomènes et des faits observables, sans envisager une application ou une utilisation particulière. La recherche appliquée consiste également en des travaux originaux entrepris en vue d'acquérir des connaissances nouvelles. Cependant, elle est surtout dirigée vers un but ou un objectif pratique déterminé. Le développement expérimental consiste en des travaux systématiques basés sur des connaissances existantes obtenues par la recherche et/ou l'expérience pratique, en vue de lancer la fabrication de nouveaux matériaux, produits ou dispositifs, d'établir de nouveaux procédés, systèmes et services ou d'améliorer considérablement ceux qui existent déjà (OCDE, 1994d, *Manuel de Frascati*, p. 31). »

Le critère de base qui permet de distinguer la R-D des activités connexes est « l'existence, au sein de la R-D, d'un élément de nouveauté non négligeable et la dissipation d'une incertitude scientifique et/ou technologique, autrement dit lorsque la solution d'un problème n'apparaît pas évidente à quelqu'un qui est parfaitement au fait de l'ensemble des connaissances et techniques de base couramment utilisées dans le secteur considéré ». « (...) Dans le domaine de la médecine, une autopsie de routine servant à étudier les causes d'un décès relève de la pratique courante et n'est pas de la R-D ; en revanche, l'autopsie effectuée en vue d'étudier un cas de mortalité, en particulier dans le but de constater les effets secondaires d'un traitement du cancer, est de la R-D. Des contrôles de routine tels que les prises de sang et les examens bactériologiques ne sont pas de la R-D, mais un programme spécial de prises de sang entrepris à l'occasion de l'introduction d'un nouveau produit pharmaceutique est de la R-D (OCDE, 1994d, *Manuel de Frascati*, p. 35). »

La recommandation suivante du *Manuel de Frascati* concernant la distinction entre les soins médicaux spécialisés et la R-D dans le cadre de la collecte des statistiques de R-D, doit s'appliquer aussi à la collecte des statistiques de santé :

« Dans les hôpitaux universitaires où, en dehors de leur activité principale de soins médicaux, la formation des étudiants en médecine vient en première ligne, les activités d'enseignement et de R-D ainsi que les soins médicaux de routine et de pointe sont souvent très étroitement liés. Les "soins médicaux spécialisés" constituent une activité qui doit habituellement être exclue de la R-D. Cependant, il peut y avoir un élément de R-D dans ce que l'on appelle les "soins médicaux de pointe", donnés par exemple dans les hôpitaux universitaires. Il est difficile pour les médecins et les assistants de définir la part de leurs activités exclusivement réservée à la R-D. Si toutefois le temps et l'argent consacrés aux

soins médicaux de routine sont pris en compte dans les statistiques de R-D, on aboutira à une surestimation des ressources de R-D dans les sciences médicales. En général, ces soins médicaux de pointe ne sont pas considérés comme de la R-D et tout soin médical qui n'est pas directement lié à un projet spécifique de R-D est à exclure des statistiques de R-D (OCDE, 1994*d*, *Manuel de Frascati*, p. 40). »

Mesurées selon les règles définies dans le *Manuel de Frascati*, les dépenses de R-D dans le domaine de la santé n'incluent pas les dépenses des entreprises pharmaceutiques, qui doivent être notifiées séparément. Il existe des normes internationales relatives à la collecte des données sur la recherche-développement. Des précisions supplémentaires sur la collecte des statistiques de R-D et les normes internationales y afférentes sont fournies dans le *Manuel de Frascati* (OCDE, 1994*d*).

Toutes les activités d'enseignement et de formation du personnel de santé menées dans les universités et les instituts spécialisés d'enseignement supérieur et post-secondaire sont à exclure de la R-D dans le domaine de la santé. Cependant, les recherches effectuées par des étudiants diplômés (*postgraduate*) dans les universités devraient être prises en compte, si possible, dans les activités de R-D dans le domaine de la santé. Les dépenses de recherche et développement des entreprises pharmaceutiques doivent être dissociées des dépenses relatives aux autres activités scientifiques et technologiques connexes (*Manuel de Frascati*, pp. 32-35), tels que les travaux relatifs aux brevets et licences.

HC.R.4 Contrôles sanitaires (denrées alimentaires, hygiène, eau potable)

Cette rubrique comprend diverses activités intéressant la santé publique qui font partie intégrante d'autres activités publiques comme la supervision et la réglementation de diverses activités, notamment l'alimentation en eau.

Note : Les activités regroupées sous cette rubrique se rattachent à diverses fonctions de la CFAP [CFAP, 04 Affaires économiques (diverses branches d'activités) ; et 06.3 Alimentation en eau, groupe qui comprend le contrôle de la pureté de l'eau et la réglementation y afférente].

HC.R.5 Hygiène du milieu

Cette rubrique comprend diverses activités de surveillance et de contrôle de l'environnement menées dans une optique de santé publique.

Note : Faute de pouvoir établir une correspondance avec des définitions internationales harmonisées des activités couvertes par la fonction « hygiène du milieu », il est proposé d'y inclure divers services rattachés à la fonction 05 de la CFAP, Protection de l'environnement. Une liste de ces fonctions sanitaires connexes est présentée au tableau 9.3

HC.R.6 Administration et fourniture de services sociaux en nature en faveur des personnes malades ou handicapées

Cette rubrique couvre les services sociaux (non médicaux) en nature dont l'objectif premier est la réadaptation ou la réinsertion sociales et professionnelles des personnes souffrant de problèmes de santé, de limitations fonctionnelles ou de handicaps.

Sont inclus : éducation des enfants confinés au lit et services éducatifs spéciaux pour les handicapés (CIM-9-MC, 93.82) ; ergothérapie (CIM-9-MC, 93.83) ; réadaptation professionnelle et travail protégé (CIM-9-MC, 93.85).

Note : Les prestations de soins en nature dispensées dans le cadre des systèmes de protection sociale sont parfois difficiles à dissocier des prestations sociales en nature en faveur des personnes atteintes d'une maladie ou d'un handicap.

9. NOMENCLATURE DES FONCTIONS DE SOINS DE SANTÉ (ICHA-HC)

Tableau 9.3. **Quelques fonctions se rapportant à l'hygiène du milieu**

Code CFAP	Fonction CFAP	Exemples de services couverts
05	<i>Protection de l'environnement</i>	
05.1	Gestion des déchets	Mesures de sécurité et surveillance des risques sanitaires liés à ces services
05.2	Gestion des eaux usées	Mesures de sécurité et surveillance des normes environnementales ou d'autres normes de qualité
05.3	Lutte contre la pollution	Activités relatives à la prévention, la surveillance et la lutte contre le bruit et la pollution de l'air, des nappes d'eau et des sols
05.5	R-D dans le domaine de la protection de l'environnement	R-D portant sur des problèmes de santé publique liés à la protection de l'environnement
05.6	Protection de l'environnement n.c.a.	Production et diffusion au public d'informations sur les risques sanitaires liés aux facteurs d'environnement

Source : Adapté de Nations Unies (1998b).

HC.R.7 Administration et fourniture de prestations en espèces liées à la santé

Cette rubrique couvre l'administration et la fourniture des prestations en espèces liées à la santé qui sont prévues par les programmes de protection sociale et constituent des transferts en faveur des particuliers et des ménages. Elle inclut également les services à caractère collectif comme la gestion et la tutelle de ces programmes de prestations.

Note : Les prestations de soins en nature dispensées dans le cadre des systèmes de protection sociale sont parfois difficiles à dissocier des prestations

sociales sous forme de transferts (prestations en espèces) aux particuliers et aux ménages. La CFAP et le Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale (SESPROS) se fondent sur la liste des fonctions de protection sociale reproduite au tableau 9.4 avec des exemples de prestations liées à la santé.

La fonction maladie couvre la protection sociale fournie sous forme de prestations en espèces qui permettent de compenser en totalité ou en partie la perte de revenus liée à une inaptitude temporaire au travail pour cause de maladie ou par suite d'un accident ; l'administration et le fonctionnement

Tableau 9.4. **Prestations en espèces liées à la santé**

Classe CFAP	Fonction de protection sociale	Exemples de prestations en espèces liées à la santé
10.1	Maladie et invalidité	Prestations de maladie et d'invalidité
10.2	Vieillesse	Pensions de retraite anticipée versées aux personnes qui cessent de travailler pour cause de maladie
10.4	Famille et enfants	Congés de maternité
10.5	Chômage	Réinsertion professionnelle
10.6	Exclusion sociale n.c.a.	Prestations de soins de santé aux personnes sans abri

Source : Nations Unies (1998b) ; Manuel SESPROS (1996).

de ces régimes de prestations de maladie ; les prestations en nature, comme l'assistance fournie aux personnes reconnues temporairement inaptes au travail pour cause de maladie ou par suite d'un accident et qui éprouvent des difficultés dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne (aide à domicile, moyens de transport, etc.). (CFAP, Nations Unies, 1998*b*).

Il est recommandé de ranger sous la rubrique HC.R.7 la plupart des versements effectués au titre de la fonction maladie. Les prestations restantes doivent être considérées comme des exemples auxquels on se référera pour vérifier si les prestations en espèces autres que les prestations de maladie sont couvertes par des programmes d'assurance maladie (ce qui est souvent le cas dans les pays dotés d'un régime traditionnel d'assurance sociale qui s'est constitué au fil des années et offre un éventail complexe de services pris en charge par l'« assurance-maladie »). Pour l'établissement des comptes de la santé, il est préférable de reporter séparément ces prestations additionnelles pour permettre une interprétation correcte des différents aspects du financement (notamment les taux de cotisation). ■

ANNEXE 9.1. AUTRES PROBLÈMES DE DÉLIMITATION DU CHAMP DE LA SANTÉ

LA FRONTIÈRE ENTRE LES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ ET LES AUTRES SERVICES SOCIAUX

La ligne de partage entre les services de santé et les services sociaux dans les comptes de la santé diffère selon les pays et certains services sociaux qui comportent une composante médicale importante mais non prépondérante, comme les soins de longue durée aux personnes âgées dépendantes, peuvent être difficiles à classer. Ce genre de difficulté se retrouve également avec les soins à domicile, certains types de soins en institution comme les soins préventifs dispensés dans des établissements accueillant des malades mentaux, les services des foyers et des établissements de travail protégé pour les handicapés, ou encore les programmes de réadaptation pour les toxicomanes.

La règle fondamentale à observer consiste à inclure les soins en institution dans les soins de santé lorsque le placement en institution est motivé par des considérations médicales ou lorsque les soins de santé peuvent être dispensés plus efficacement dans un cadre institutionnel. Pour d'autres types de soins comportant une composante médicale importante mais non prépondérante (moins de

la moitié du coût total), on pourra isoler la composante médicale en estimant les ressources médicales réellement mises en œuvre d'après l'apport de travail et la consommation (intermédiaire) ou finale de biens médicaux. A titre de première approximation, on prendra uniquement en compte l'apport de travail des professions médicales exerçant des fonctions médicales (au sens de la nomenclature fonctionnelle ICHA). Dans ce cas, l'hébergement offert par ces institutions sera exclu de la fonction soins de santé.

Les composantes non médicales (au sens ci-dessus) des programmes de réadaptation professionnelle et autres programmes dont l'objectif est la rééducation et la réinsertion sociales et professionnelles ne devront pas être comptabilisées dans les dépenses de santé. Les cures thermales à visée principalement médicale et curative devront être distinguées des cures thermales à visée récréative ou rééducative.

LA FRONTIÈRE ENTRE LES SOINS DE SANTÉ ET LES AUTRES INTERVENTIONS MÉDICALES

L'application des connaissances et techniques médicales dans un but autre que le traitement

d'une maladie et le soulagement de la douleur, sous forme d'interventions visant à repousser les limites naturelles des capacités intellectuelles ou physiques de l'homme, ou visant d'autres objectifs non médicaux, risque de poser dans le futur des problèmes de délimitation très épineux. On peut citer comme exemple les interventions de chirurgie esthétique sans rapport avec la réparation de lésions traumatiques, la fécondation *in vitro* et l'implantation de puces dans le cerveau dans un but autre que médico-thérapeutique ou diagnostique. Le dopage et la prise de stéroïdes pour développer la musculature sont d'autres exemples classiques.

A l'heure actuelle, on inclut généralement dans les statistiques de santé tous les services assimilables à des interventions médicales légales pratiquées sur l'homme par des professionnels de santé agréés. C'est donc l'appartenance officielle au corps médical de la personne pratiquant l'intervention qui constitue le critère déterminant, et non le fait que le service rendu vise exclusivement ou essentiellement à améliorer la santé des patients. Pour le moment, le volume des ressources médicales concernées est sans doute négligeable, mais à l'avenir il sera peut-être nécessaire d'élaborer des lignes directrices plus précises à ce sujet.

LA FRONTIÈRE ENTRE LA SANTÉ PUBLIQUE ET LES AUTRES FONCTIONS DE L'ÉTAT

Les pouvoirs publics accomplissent une large gamme d'activités qui ne se rattachent pas aux soins de santé mais ont trait à la sécurité du public et à la protection de la santé des populations. En comptabilité de la santé, l'organisation et le fonctionnement de ces services doivent être dissociés de la fonction soins de santé. Les services d'ambulance et de secours qui présentent un caractère général mais sont organisés par les services de protection contre l'incendie relèvent de la fonction santé. Les activités des hôpitaux de base militaires doivent être rattachées à la fonction

santé et non à la défense militaire et civile. Les structures médicales réservées aux victimes de guerre ou de catastrophes survenant en temps de paix relèvent de la sécurité publique ou de la défense. Diverses mesures de sécurité publique (sécurité du trafic et des véhicules, normes de construction et de logement, services vétérinaires et contrôle de la sécurité des produits alimentaires) sont du ressort des autorités de santé publique dans certains pays mais ne sont pas incluses dans le domaine des soins de santé dans le SCS. ■

ANNEXE 9.2. TABLE DE CORRESPONDANCE AVEC LES NOMENCLATURES DU SCN

Cette annexe présente une classification croisée de la nomenclature ICHA-HC avec les nomenclatures du SCN 93 (tableau 9.5). Des précisions supplémentaires et des notes explicatives sur les classifications fonctionnelles du SCN sont fournies à l'annexe A.6. ■

Tableau 9.5. **Table de correspondance entre la nomenclature ICHA-HC et les nomenclatures du SCN 93**

ICHA	Fonctions de soins de santé	COICOP ménages	COICOP ISBLSM	COICOP admin. publiques	CFAP	COPNI
	Correspondance dans les nomenclatures du SCN 93 :					
HC.1	Services de soins curatifs					
HC.1.1	Soins curatifs en milieu hospitalier	06.3	13.2.7	14.2.7	07.3	02.3
HC.1.2	Soins curatifs en hospitalisation de jour	06.3	13.2.7	14.2.7	07.3	02.3
HC.1.3	Soins curatifs ambulatoires	06.2	–	–	07.2	02.2
HC.1.3.1	Services médicaux et diagnostiques courants	06.2.1	13.2.4	14.2.4	07.2.1	–
HC.1.3.2	Soins dentaires ambulatoires	06.2.2	13.2.5	14.2.5	07.2.3	02.2.2
HC.1.3.3	Autres soins de santé spécialisés	06.2.1	13.2.6	14.2.4	07.2.3	–
HC.1.3.9	Autres soins curatifs ambulatoires	06.2.3	13.2.6	14.2.6	07.2.4	02.2.3
HC.1.4	Services de soins curatifs à domicile	06.2.1 (06.2.3)	13.2.4 (13.2.7)	14.2.6	07.2.4 (07.3)	02.2
HC.2	Services de réadaptation	–	–	–	–	–
HC.2.1	Réadaptation en milieu hospitalier	06.3	13.2.7	14.2.7	07.3	02.2.3
HC.2.2	Réadaptation en hospitalisation de jour	06.3	13.2.7	14.2.7	07.3	02.2.3
HC.2.3	Réadaptation en mode ambulatoire	06.2.3 (06.2.1)	13.2.6 (13.2.4)	14.2.6 (14.2.4)	07.2.4, 07.2.1	02.2.3
HC.2.4	Services de réadaptation à domicile	06.2.3	13.2.6	14.2.6	07.2.4	02.2.3
HC.3	Services de soins de longue durée					
HC.3.1	Soins de longue durée en milieu hospitalier	06.3	13.2.7	14.2.7	07.3	02.3
HC.3.2	Soins de longue durée en hospitalisation de jour	06.3	13.2.7	14.2.7	07.3	02.2.3
HC.3.3	Soins de longue durée à domicile	06.2.3	13.2.6	14.2.6	07.2.4	02.2.3
HC.4	Services auxiliaires					
HC.4.1	Laboratoires d'analyses médicales	06.2.3	13.2.6	14.2.6	07.2.4	02.2.3
HC.4.2	Imagerie diagnostique	06.2.3	13.2.6	14.2.6	07.2.4	02.2.3
HC.4.3	Transports sanitaires et secours d'urgence	06.2.3 (06.3)	13.2.6 (13.2.7)	14.2.6 (14.2.7)	07.2.4 (07.3)	02.2.3, (02.3)
HC.4.9	Autres services auxiliaires	06.2.3	13.2.6	14.2.6	07.2.4	02.2.3
HC.5	Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires					
HC.5.1	Produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables					
HC.5.1.1	Médicaments délivrés sur ordonnance	06.1.1	13.2.1	14.2.1	07.1.1	02.1.1
HC.5.1.2	Médicaments en vente libre	06.1.1	13.2.1	14.2.1	07.1.1	02.1.1
HC.5.1.3	Autres bien médicaux non durables	06.1.2	13.2.2	14.2.2	07.1.2	02.1.2
HC.5.2	Appareils thérap. et autres biens médicaux durables	06.1.3	13.2.3	14.2.3	07.1.3	02.1.3
HC.5.2.1	Lunetterie et autres produits d'optique	06.1.3	13.2.3	14.2.3	07.1.3	02.1.3
HC.5.2.2	Appareils orthopédiques et autres prothèses	06.1.3	13.2.3	14.2.3	07.1.3	02.1.3
HC.5.2.3	Appareils auditifs	06.1.3	13.2.3	14.2.3	07.1.3	02.1.3
HC.5.2.4	App. médico-techniques, y compris fauteuils roulants	06.1.3	13.2.3	14.2.3	07.1.3	02.1.3
HC.5.2.9	Autres biens médicaux durables	06.1.3	13.2.3	14.2.3	07.1.3	02.1.3
HC.6	Services de prévention et de santé publique	–	–	–	–	–
HC.6.1	Santé maternelle et infantile : services de planning familial et de consultations	–	–	14.2.8	07.4	02.4
HC.6.2	Services de médecine scolaire	–	–	14.2.8	07.4	02.4
HC.6.3	Prévention des maladies transmissibles	–	–	14.2.8	07.4	02.4
HC.6.4	Prévention des maladies non transmissibles	–	–	14.2.8	07.4	02.4
HC.6.5	Médecine du travail	–	–	–	–	–
HC.6.9	Autres services de santé publique	–	–	14.2.8	07.4, 07.6	02.4
HC.7	Administration de la santé et assurance maladie	–	–	–	–	–
HC.7.1	Administration générale de la santé : admin. publiques	–	–	–	07.6.0	–
HC.7.2	Admin. de la santé et assur. maladie : organismes privés	12.5.3	–	–	–	–

ANNEXE 9.3. CLASSIFICATION CROISÉE DES FONCTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE

Tableau 9.6. **Table de correspondance entre les Fonctions essentielles de santé publique (Essential Public Health Functions – EPHFs) de l’OMS, la nomenclature ICHA-HC et la CFAP**

EPHF	Description	ICHA-HC	Code CFAP
1	<i>Prévention, surveillance et éradication des maladies transmissibles et non transmissibles</i>		
	Vaccination	6.3	07.4
	Lutte contre les poussées épidémiques	6.3	07.4
	Surveillance épidémiologique	Chev. (6 et 7)	Chev. (07.4 et 07.6)
	Prévention des accidents	5.4 (et chev.)	07.4 (et chev.)
2	<i>Surveillance de la situation sanitaire</i>		
	Surveillance de la morbidité et de la mortalité	Chev. (6 et 7)	Chev. (07.4 et 07.6)
	Évaluation de l’efficacité des programmes de promotion, de prévention et de prestations	Chev. 6 et 7	Chev. 07.4 et 07.6
	Évaluation de l’efficacité des actions de santé publique	6 et 7	07.4 et 07.6
	Évaluation des besoins de la population et des risques en vue d’identifier les groupes cibles des actions	Chev. (6 et 7)	Chev. (07.4 et 07.6)
3	<i>Promotion de la santé</i>		
	Promotion de la participation communautaire dans le domaine de la santé	6.9 et 7	07.4 et 07.6
	Mise à disposition d’informations et campagnes d’éducation pour la santé et de renforcement des compétences utiles dans la vie courante : actions menées dans les écoles et sur les lieux de vie et de travail	Chev. (6 et 7)	Chev. (07.4 et 07.6)
	Établissement de liens avec les milieux politiques et autres, ainsi qu’avec la communauté, pour promouvoir la santé et sensibiliser aux problèmes de santé publique	Aspect stratégique	Aspect stratégique
4	<i>Médecine du travail</i>	(6.5)	
	Élaboration de normes de sécurité et d’hygiène du travail	7.	07.6.0

Note : Chev. : chevauchement entre plusieurs fonctions ; (R.x) : la fonction de la nomenclature OMS recoupe en partie la fonction R.x (sans être identique).

Tableau 9.6. **Table de correspondance entre les Fonctions essentielles de santé publique (Essential Public Health Functions – EPHFs) de l'OMS, la nomenclature ICHA-HC et la CFAP (suite)**

EPHF	Description	ICHA-HC	Code CFAP
5	<i>Protection de l'environnement</i>		
	Accès à une eau de qualité : product., préservat. et distribut.	(R.4)	06.3.0
	Contrôle de la qualité et de la sécurité sanitaire des aliments	R.4	Chev. (04 ; 07.04.0)
	Mise en place de services appropriés de drainage, d'assainissement et d'évacuation des déchets solides	R.4	05.1 et 05.2
	Surveillance des matières et déchets dangereux	-	05.1 et 05.2
	Mise en place de mesure adéquates de contrôle des vecteurs	5.3.1	07.04.0
	Protection des sols et des ressources en eau	(R.5)	(05.3 ; 05.4 et 05.6)
	Prise en compte des aspects liés à l'hygiène du milieu dans les politiques, plans, programmes et projets de développement	Aspect stratégique	Aspect stratégique
	Prévention et contrôle de la pollution atmosphérique	(R.5)	05.3
	Mise en place de mesures de prévention adéquates et promotion des services de protection de l'environnement	Aspect stratégique	Aspect stratégique
	Mise en place de mesures adéquates de détection, de surveillance et de contrôle des risques pour l'environnement	Aspect stratégique	Aspect stratégique
	Surveillance des radiations	R.5	05.3
6	<i>Lois et réglementations de santé publique</i>		
	Révision, formulation et promulgation des dispositions législatives, règlements et procédures administratives dans le domaine sanitaire	6.	07.6.0
	Mise en place d'une législation adéquate pour la préservation de l'hygiène du milieu	Chev. (1.-4)	Chev.
	Inspection sanitaire et délivrance de permis	6.	07.6.0
	Mise en application de dispositions législatives, réglementaires et administratives relatives à la santé	Chev.	Chev.
7	<i>Gestion de la santé publique</i>		
	Planification et gestion de la politique de santé	6.1.1 (et chev.)	07.6.0 (et chev.)
	Utilisation de preuves scientifiques à l'appui de la formulation et de la mise en œuvre des politiques de santé publique	Aspect stratégique	Aspect stratégique
	Recherche dans le domaine de la santé publique et des systèmes de santé	R.3	07.4.0
	Collaboration et coopération internationales dans le domaine de la santé	6.1 (et chev.)	01.2 (et chev.)
8	<i>Services de santé publique à vocation spécifique</i>		
	Services de santé scolaire	5.2	07.4.0
	Services de secours d'urgence en cas de catastrophe naturelle -		03.2.0 et 03.6.0
	Services de laboratoires de santé publique	5.3.1	07.4.0
9	<i>Soins individuels aux populations vulnérables et à haut risque</i>	Chevauchement	Chevauchement
	Santé maternelle et planification familiale	5.1	07.4.0 et 10.4.0
	Santé du nourrisson et du jeune enfant	5.1.1	07.4.0

Note : Chev.: chevauchement entre plusieurs fonctions ; (R.x) : La fonction de la nomenclature OMS recoupe en partie la fonction R.x (sans être identique).

Source : D'après Bettcher (1998) et Nations Unies (1998b).

10. NOMENCLATURE DES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ (ICHA-HP)

PRÉSENTATION GÉNÉRALE

- 10.1. La nomenclature ICHA-HP des prestataires de soins de santé (tableau 10.1) est une version affinée et modifiée des sections relatives à la santé de la Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique (CITI), troisième révision (Nations Unies, 1990). La majorité des prestataires de soins cités dans cette classification sont regroupés à la section N, Santé et action sociale (voir aussi l'annexe A.5 de ce manuel). Dans la CITI, l'assurance maladie, l'administration et la sécurité sociale sont classées dans le secteur des assurances ou dans celui de l'administration publique et de la sécurité sociale obligatoire.
- 10.2. Dans la CITI, le contenu des différentes catégories de services de santé figurant dans la section « Santé et action sociale » est détaillé sous trois grandes classes d'activités : activités hospitalières (CITI 8511), activités de pratique médicale et dentaire (CITI 8512), et autres activités pour la santé humaine (CITI 8519). Les autres secteurs d'activités de la CITI se rapportant à la santé sont énumérés à l'annexe A.5 de ce manuel, où sont également reproduites les notes explicatives du texte original. Il est conseillé de maintenir une correspondance étroite entre la nomenclature des prestataires du Système de comptes de la santé et les statistiques nationales des activités économiques.
- 10.3. La comptabilité de la santé exige des explications plus précises et une liste nettement plus exhaustive des prestataires de soins que ce que l'on trouve dans la CITI. Pour affiner la CITI afin d'établir la nomenclature ICHA des prestataires, on s'est inspiré, tant pour les définitions de base que pour la présentation de certaines rubriques, du projet de nomenclature des branches d'activité des pays de l'ALENA : le Système de classification des industries de l'Amérique du Nord (SCIAN, 1998). La terminologie utilisée dans cette classification a été modifiée dans certains cas pour intégrer des éléments d'information complémentaires qui permettent de mieux rendre compte de la réalité d'autres pays de l'OCDE, ou par souci de simplification des définitions de la SCIAN.

- 10.4. Les experts en comptabilité de la santé et en comptabilité macro-économique de la santé aux niveaux national et international devront se consulter afin de vérifier que les prestataires de soins sont classés de manière identique dans les deux systèmes. Ils devront notamment se pencher sur la répartition des hôpitaux entre établissements de santé publics ou privés. La coordination des classifications est particulièrement importante en ce qui concerne le secteur de l'assurance maladie, à l'intérieur duquel le SCS distingue, conformément aux principes adoptés dans le SCN 93, la sécurité sociale, l'assurance sociale et les autres sociétés d'assurance.
- 10.5. Dans sa version actuelle, la nomenclature des prestataires a été conçue pour permettre une classification croisée des dépenses de santé correspondant aux différentes fonctions de soins de santé (HC.1-HC.7). Pour les fonctions sanitaires connexes (comme l'éducation et la R-D), il existe des classifications institutionnelles spécifiques dont l'utilisation a été recommandée aux fins de comparaison internationale. Ces classifications ne sont pas reproduites ici (voir UNESCO/OCDE/Eurostat, 1995 et *Manuel de Frascati*, OCDE, 1994d).

 Tableau 10.1. **Nomenclature des prestataires de soins de santé (ICHA-HP) : niveau à trois chiffres**

Code ICHA	Prestataires de soins de santé
HP.1	Hôpitaux
HP.1.1	Hôpitaux généraux
HP.1.2	Hôpitaux psychiatriques et pour toxicomanes
HP.1.3	Hôpitaux spécialisés (autres qu'hôpitaux psychiatriques et pour toxicomanes)
HP.2	Maisons médicalisées et autres établissements de soins avec hébergement
HP.2.1	Maisons médicalisées
HP.2.2	Établissements pour retardés, malades mentaux et toxicomanes
HP.2.3	Établissements d'hébergement pour personnes âgées
HP.2.9	Autres établissements de soins avec hébergement
HP.3	Prestataires de soins ambulatoires
HP.3.1	Cabinets de médecins
HP.3.2	Cabinets de dentistes
HP.3.3	Cabinets d'autres professionnels de santé
HP.3.4	Centres de soins ambulatoires
HP.3.4.1	Centres de planning familial
HP.3.4.2	Centres de soins ambulatoires pour malades mentaux et toxicomanes
HP.3.4.3	Centres indépendants de chirurgie ambulatoire
HP.3.4.4	Centres de dialyse
HP.3.4.5	Autres centres de soins ambulatoires pluridisciplinaires et structures de soins coordonnés
HP.3.4.9	Autres centres collectifs de soins ambulatoires et centres de soins intégrés
HP.3.5	Laboratoires d'analyses médicales et de diagnostic
HP.3.6	Prestataires de services de soins à domicile
HP.3.9	Autres prestataires de soins ambulatoires
HP.3.9.1	Services d'ambulance
HP.3.9.2	Banques de sang et d'organes
HP.3.9.9	Autres services de soins ambulatoires

10. NOMENCLATURE DES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ (ICHA-HP)

Tableau 10.1. **Nomenclature des prestataires de soins de santé (ICHA-HP) : niveau à trois chiffres** (suite)

Code ICHA	Prestataires de soins de santé
HP.4	Détaillants et autres distributeurs de biens médicaux
HP.4.1	Pharmacies
HP.4.2	Détaillants et autres distributeurs de verres et autres produits d'optique
HP.4.3	Détaillants et autres distributeurs d'appareils auditifs
HP.4.4	Détaillants et autres distributeurs d'appareils médicaux (autres que les produits d'optique et les appareils auditifs)
HP.4.9	Autres formes de vente au détail et de distribution de produits pharmaceutiques et de biens médicaux
HP.5	Fourniture et gestion de programmes de santé publique
HP.6	Administration générale de la santé et de l'assurance maladie
HP.6.1	Administration publique de la santé
HP.6.2	Régimes de sécurité sociale
HP.6.3	Autres programmes d'assurance sociale
HP.6.4	Autres régimes d'assurance (privés)
HP.6.9	Autres institutions chargées de l'administration de la santé
HP.7	Autres prestataires de services de santé (reste de l'économie)
HP.7.1	Établissements prestataires de médecine du travail
HP.7.2	Ménages privés prestataires de soins à domicile
HP.7.9	Autres producteurs secondaires de soins de santé
HP.9	Reste du monde

NOMENCLATURE DES PRESTATAIRES DE SOINS ICHA-HP : NOTE EXPLICATIVES

HP.1 Hôpitaux

Cette rubrique comprend les établissements agréés dont l'activité principale consiste à dispenser des services médicaux diagnostiques et thérapeutiques (services de médecins, d'infirmiers et autres services de santé) aux patients hospitalisés, et à offrir à ces patients les services d'hébergement spécialisés que nécessite leur séjour. Les hôpitaux peuvent aussi offrir des services de consultation externe à titre d'activité secondaire. Une grande partie de soins dispensés dans les hôpitaux nécessitent des locaux et du matériel spécialisés, lesquels contribuent pour une part importante au processus de production. Dans certains pays, les établissements de santé doivent posséder une taille minimale (par exemple, un nombre minimum de lits) pour être considérés comme des hôpitaux.

HP.1.1 Hôpitaux généraux

Cette rubrique comprend les établissements agréés dont l'activité principale consiste à dispenser des services diagnostiques et thérapeutiques (chirurgicaux ou non) aux patients hospitalisés pour des problèmes de santé très variés. Ces établissements peuvent également 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 de pharmacie.

Exemples

- Hôpitaux généraux de soins aigus.
- Hôpitaux municipaux, de comtés et régionaux (autres que les hôpitaux spécialisés).
- Hôpitaux des institutions privées à but non lucratif (Croix Rouge, etc.) (autres que les hôpitaux spécialisés).
- Hôpitaux universitaires (autres que les hôpitaux spécialisés).

- Hôpitaux militaires, hôpitaux pour anciens combattants et hôpitaux de police (autres que les hôpitaux spécialisés).
- Hôpitaux pénitentiaires.

Note : Sont inclus les centres collectifs de soins qui assurent à la fois des soins hospitaliers et ambulatoires mais dont l'activité principale consiste à dispenser des services de soins hospitaliers.

HP.1.2 Hôpitaux psychiatriques et pour toxicomanes

Cette rubrique comprend les établissements agréés dont l'activité principale consiste à dispenser des services diagnostiques, thérapeutiques et de suivi médical aux patients hospitalisés en raison d'une maladie mentale ou de troubles liés à l'abus de drogues. Le traitement de ces patients exige souvent un séjour prolongé dans un établissement offrant à la fois des soins, un hébergement et des services de restauration. Des services de consultation psychiatrique et psychologique, ainsi que des services d'assistance sociale, sont proposés dans ces établissements. Ceux-ci peuvent également proposer d'autres services, par exemple des services de consultation externe, de laboratoires cliniques, de radiologie diagnostique et d'électroencéphalographie.

Correspondances

- Les établissements dont l'activité principale consiste à prodiguer des soins en mode ambulatoire aux malades mentaux et aux toxicomanes sont classés sous la rubrique HP.3.4.2, Centres de soins ambulatoires pour malades mentaux et toxicomanes.
- Les établissements portant l'appellation d'hôpitaux, dont l'activité principale consiste à dispenser des soins en régime hospitalier aux malades mentaux et aux toxicomanes, mais qui mettent l'accent sur la prise en charge au plan psychologique plutôt que médical, sont classés sous la rubrique HP.2.2, Établissements pour retardés, malades mentaux et des toxicomanes.

- Les établissements portant l'appellation d'hôpitaux, dont l'activité principale consiste à assurer des soins avec hébergement aux personnes souffrant d'un retard mental, sont classés sous la rubrique HP.2.2, Établissements pour retardés, malades mentaux et toxicomanes.

HP.1.3 Hôpitaux spécialisés (autres qu'hôpitaux psychiatriques et pour toxicomanes)

Cette rubrique comprend les établissements agréés dont l'activité principale consiste à dispenser des services diagnostiques et thérapeutiques aux patients hospitalisés en raison d'une maladie ou d'un problème de santé déterminés (autres que les troubles mentaux ou la toxicomanie). Les hôpitaux qui dispensent des soins de longue durée aux malades chroniques et ceux qui dispensent des services de réadaptation et des services connexes aux personnes physiquement diminuées ou handicapées sont inclus dans cette rubrique. Les hôpitaux spécialisés peuvent dispenser d'autres services, par exemple des services de consultation externe, de radiologie diagnostique, de laboratoires cliniques, de salles d'opération, de physiothérapie, d'enseignement et de formation ainsi que des services de conseil psychologique et d'assistance sociale.

Exemples

- Hôpitaux spécialisés de soins aigus.
- Centres spécialisés dans les soins d'urgence.
- Hôpitaux spécialisés en orthopédie.
- Sanatoriums spécialisés (dont l'activité principale consiste à assurer des services de soins post-aigus, de réadaptation et de prévention).
- Hôpitaux spécialisés en médecine orientale (traditionnelle).
- Hôpitaux spécialisés dans la lutte contre les maladies infectieuses (hôpitaux anti-tuberculeux ; hôpitaux spécialisés dans la lutte contre les maladies tropicales).

Correspondances

- Les établissements agréés en tant qu'hôpitaux dont l'activité principale consiste à assurer des services diagnostiques et thérapeutiques, chirurgicaux ou non, aux patients hospitalisés pour des problèmes de santé variés, sont classés sous la rubrique HP.1.1, Hôpitaux généraux.
- Les établissements reconnus et agréés en tant qu'hôpitaux, dont l'activité principale consiste à dispenser des services diagnostiques et thérapeutiques aux patients hospitalisés en raison de troubles psychiatriques ou de troubles liés à l'abus de drogues, sont classés sous la rubrique HP.1.2, Hôpitaux psychiatriques et hôpitaux pour toxicomanes.
- Les établissements portant l'appellation d'hôpitaux mais dont l'activité principale consiste à dispenser des soins infirmiers et de réadaptation aux personnes en convalescence sont classés sous la rubrique HP.2.1, Maisons médicalisées.
- Les établissements portant l'appellation d'hôpitaux mais dont l'activité principale consiste à assurer des soins avec hébergement aux personnes atteintes d'un retard mental sont classés sous la rubrique HP.2.2, Établissements pour retardés, malades mentaux et toxicomanes.
- Les établissements portant l'appellation d'hôpitaux, dont l'activité principale consiste à dispenser des soins en régime hospitalier aux malades mentaux et aux toxicomanes, mais qui mettent l'accent sur la prise en charge au plan psychologique plutôt que médical, sont classés sous la rubrique HP.2.2, Établissements pour retardés, malades mentaux et toxicomanes.

HP.2 Maisons médicalisées et autres établissements de soins avec hébergement

Cette rubrique comprend les établissements dont l'activité principale consiste à offrir un hébergement associé à des soins infirmiers, une surveillance médicale ou d'autres types de soins selon

les besoins des résidents. Une part significative du processus de production et des soins dispensés dans ces établissements est composée de services sociaux et de santé, ces derniers étant essentiellement des soins infirmiers.

Note : Il existe dans la plupart des pays une large gamme d'établissements assurant des soins de longue durée (services sanitaires et sociaux). La répartition de ces établissements entre les différentes catégories (maisons médicalisées, établissements pour retardés, malades mentaux et toxicomanes, établissements d'hébergement pour personnes âgées, autres établissements de soins avec hébergement) dépend de la façon dont s'opère dans chaque pays la division du travail dans le secteur de la santé, en particulier dans le secteur des soins de longue durée. En comptabilité de la santé, la règle générale consistera à inclure tous les établissements dont l'activité comporte une part importante d'actes médicaux, ou consiste en soins infirmiers à forte composante médicale, ces soins étant habituellement dispensés par du personnel médical employé par l'institution. Seule une estimation de la composante médicale des dépenses des établissements classés sous HP.2 sera enregistrée dans les comptes des dépenses du SCS.

Correspondances

Cette rubrique ne comprend pas les institutions où des soins médicaux sont dispensés à titre occasionnel ou par du personnel (médecins et/ou infirmiers) extérieur. Elle ne comprend pas non plus les institutions dirigées par un médecin (par exemple, foyer pour handicapés) dont l'activité globale ne comporte qu'une faible proportion de soins médicaux et infirmiers. Sont également exclus les maisons d'accueil pour personnes âgées offrant des services de soins infirmiers à domicile. Les services de soins infirmiers à domicile dont bénéficient les personnes placées dans ces institutions doivent être enregistrés séparément dans la rubrique des soins ambulatoires (HP.3).

HP.2.1 Maisons médicalisées

Cette rubrique comprend les établissements dont l'activité principale consiste à offrir un hébergement et des services de soins infirmiers et de réadaptation. Les personnes accueillies dans ces établissements y séjournent généralement pendant une période prolongée. Ces institutions disposent d'une équipe permanente d'infirmiers auxiliaires diplômés ou agréés qui, aux côtés d'autres personnels, assurent des soins infirmiers et d'hygiène quotidienne.

Note : Les maisons médicalisées assurent essentiellement des soins de longue durée, et occasionnellement des soins aigus et infirmiers, associés à des prestations comprenant le logement et d'autres services comme l'aide à l'accomplissement des actes de la vie quotidienne et au maintien de l'autonomie. Les maisons médicalisées assurent une prise en charge de longue durée et dispensent à ce titre des soins infirmiers courants aux malades chroniques et aux personnes dépendantes, handicapées, convalescentes ou séniles. Les soins de santé doivent représenter une part importante de l'activité de ces établissements pour que ceux-ci soient pris en compte dans le SCS. Les établissements de cure qui assurent une surveillance médicale restreinte, limitée par exemple à la prise des médicaments, ne doivent pas être pris en compte.

Exemples

- Maisons ou hôpitaux de convalescence (autres que les structures accueillant des malades mentaux et des toxicomanes).
- Résidences médicalisées pour personnes âgées.
- Hospices.
- Maisons de repos.
- Centres de repos médicalisés.
- *Skilled nursing facilities* (États-Unis).
- Maisons de repos rattachées à un centre de formation médicale.

Correspondances

- Les structures d'accueil avec prestations d'assistance qui offrent des services de soins médicaux sur place

sont classées sous HP.2.3, Établissements d'hébergement pour personnes âgées.

- Les centres de convalescence pour malades mentaux sont classés sous HP.2.2, Établissements pour retardés, malades mentaux et toxicomanes.

HP.2.2 Établissements pour retardés, malades mentaux et toxicomanes

Cette rubrique comprend les établissements (foyers collectifs, hôpitaux, structures d'accueil intermédiaires, etc.) dont l'activité principale consiste à dispenser des soins aux personnes souffrant d'un retard mental. Ces structures dispensent parfois des soins médicaux, mais leur principale vocation consiste à offrir un hébergement, des services de restauration, de surveillance et d'assistance psychologique. Les établissements pour malades mentaux et toxicomanes comprennent les établissements dont l'activité principale consiste à offrir un hébergement et des soins aux personnes souffrant d'une maladie mentale ou de troubles liés à l'abus d'alcool ou de drogue. Ces établissements offrent un ensemble de prestations comprenant le logement, le repas, la surveillance et l'assistance psychologique. Ils offrent aussi parfois des services médicaux, mais ceux-ci ne font que compléter les services de consultation, de réadaptation mentale et de soutien. Ces établissements proposent généralement une large gamme de services sociaux en plus des services de consultation.

Exemples

- Centres de réadaptation pour alcooliques ou toxicomanes (autres que les hôpitaux agréés).
- Maisons de transition pour personnes souffrant de troubles mentaux (États-Unis).
- Maisons ou hôpitaux de convalescence pour personnes souffrant de troubles mentaux.
- Résidences d'hébergement collectif pour personnes psychiquement désorientées.
- MENCARE (Suède).

10. NOMENCLATURE DES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ (ICHA-HP)

Correspondances

- Les établissements dont l'activité principale consiste à dispenser des soins ambulatoires aux malades mentaux et aux toxicomanes sont classés sous la rubrique HP.3.4.2, Centres de soins ambulatoires pour malades mentaux et toxicomanes.
- Les établissements reconnus et agréés en tant qu'hôpitaux assurant principalement des soins aux patients hospitalisés pour maladie mentale ou toxicomanie, l'accent étant mis sur le traitement et le suivi médical, sont classés sous la rubrique HP.1.2, Hôpitaux psychiatriques et hôpitaux pour toxicomanes.

HP.2.3 Établissements d'hébergement pour personnes âgées

Cette rubrique comprend les établissements dont l'activité principale consiste à offrir un hébergement et des soins aux personnes âgées et autres personnes (1) incapables de se prendre en charge elles-mêmes et/ou (2) qui ne souhaitent pas vivre seules. Les prestations offertes comprennent généralement le logement, la restauration, la surveillance et l'aide à l'accomplissement des activités de la vie quotidienne, notamment l'aide ménagère. Certains de ces établissements offrent à leurs résidents des services de soins infirmiers proximité dispensés dans une structure distincte. Les structures d'accueil avec prestations d'assistance qui disposent de services de soins médicaux sur place sont incluses dans cette rubrique. Les foyers pour personnes âgées sans unité de soins médicaux sur place sont également inclus.

Exemples

- Structures d'accueil avec prestations d'assistance.
- Logements autonomes pour retraités avec services polyvalents de maintien à domicile.
- Résidences non médicalisées pour personnes âgées.

HP.2.9 Autres établissements de soins avec hébergement

Cette rubrique comprend les établissements dont l'activité principale consiste à dispenser des soins

avec hébergement collectif, souvent associés à des services de surveillance et de soins d'hygiène corporelle, à une clientèle autre que celle des établissements pour retardés et malades mentaux, toxicomanes et personnes âgées.

Exemples

- Foyers collectifs pour personnes atteintes de déficiences auditives ou visuelles.
- Foyers collectifs pour handicapés sans unité de soins médicaux.

Correspondance

- Les structures d'hébergement pour retardés mentaux sont classées sous HP.2.2, Établissements pour retardés, malades mentaux et toxicomanes.
- Les logements autonomes pour retraités avec services polyvalents de maintien à domicile, et les résidences non médicalisées pour personnes âgées, sont classés sous HP.2.3, Établissements d'hébergement pour personnes âgées.
- Les établissements assurant principalement des soins infirmiers et de réadaptation sont classés sous HP.2.1, Maisons médicalisées.

HP.3 Prestataires de soins ambulatoires

Cette rubrique comprend les établissements dont l'activité principale consiste à dispenser des services de soins de santé directement aux patients non hospitalisés. Elle couvre les établissements spécialisés dans les soins de jour et les soins à domicile. En conséquence, ces établissements ne dispensent généralement pas de services hospitaliers. Les professionnels de santé du secteur ambulatoire dispensent principalement leurs services aux patients qui les consultent dans leur cabinet, sauf pour certains soins de pédiatrie et de gériatrie.

HP.3.1 Cabinets de médecins

Cette rubrique couvre les établissements de professionnels de santé, titulaires d'un diplôme

de docteur en médecine ou équivalent (4^e niveau de compétences de la CITP-88), dont l'activité principale consiste à exercer à titre libéral la médecine générale ou spécialisée (y compris la psychiatrie, la psychanalyse, l'ostéopathie et l'homéopathie) ou la chirurgie. Ces praticiens peuvent exercer en cabinet individuel ou de groupe dans des locaux leur appartenant (centres de soins, cliniques, etc.) ou dans des locaux appartenant à autrui, comme des hôpitaux ou des centres médicaux de type réseau de soins coordonnés (HMO).

Exemples

- Médecins généralistes exerçant en cabinet individuel.
- Spécialistes de diverses disciplines exerçant en cabinet individuel.
- Établissements portant l'appellation de cliniques qui assurent principalement des soins ambulatoires (Corée, Japon).

Correspondances

- Les centres médicaux indépendants dont l'activité principale consiste à dispenser des soins médicaux d'urgence aux victimes d'accidents ou de catastrophes, et les centres indépendants de chirurgie ambulatoire sont classés sous la rubrique HP.3.4, Centres de soins ambulatoires.

HP.3.2 Cabinets de dentistes

Cette rubrique couvre les établissements de professionnels de santé, titulaires d'un diplôme de docteur en médecine dentaire ou équivalent (4^e niveau de compétences de la CITP-88), dont l'activité principale consiste à exercer à titre libéral la médecine dentaire générale ou spécialisée ou la chirurgie dentaire. Ces praticiens peuvent exercer en cabinet individuel ou de groupe dans leurs propres locaux (centres de soins, cliniques, etc.) ou dans des locaux appartenant à autrui, comme des hôpitaux ou des centres médicaux de type réseau de soins coordonnés

(HMO). Ces praticiens peuvent dispenser des soins préventifs, cosmétiques ou d'urgence, ou se spécialiser dans un domaine particulier de la médecine dentaire.

Correspondances

- Les laboratoires dentaires dont l'activité principale consiste à fabriquer des dentiers, des dents artificielles et des appareils orthodontiques pour les dentistes sont classés sous HP.4.4, Détaillants et autres distributeurs d'appareils médicaux (autres que lunetterie et appareils auditifs).
- 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 HP.3.3, Cabinets d'autres professionnels de santé.

HP.3.3 Cabinets d'autres professionnels de santé

Cette rubrique comprend les établissements des professionnels de santé exerçant à titre libéral (autres que les médecins et les dentistes), comme les chiropracteurs, optométriciens, spécialistes de la santé mentale, physiothérapeutes, ergo-thérapeutes, orthophonistes et 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 (centres de soins, cliniques) ou dans des locaux appartenant à autrui, comme des hôpitaux ou des centres médicaux de type HMO.

Note : Cette rubrique comprend les professionnels paramédicaux exerçant la médecine dite traditionnelle sans posséder le titre de docteur. L'inscription sur un registre officiel et l'obtention d'une autorisation (impliquant un certain contrôle des pouvoirs publics sur le type de soins dispensés) sont requis dans de nombreux pays

10. NOMENCLATURE DES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ (ICHA-HP)

pour pouvoir être enregistrés comme professionnel paramédical.

Exemples

- Infirmiers.
- Cabinets des acupuncteurs (autres que les médecins acupuncteurs).
- Chiropracteurs.
- Kinésithérapeutes et physiothérapeutes.
- Ergothérapeutes et orthophonistes.
- Audiologistes.
- Cabinets des spécialistes de l'hygiène buccale.
- Cabinets des prothésistes dentaires.
- Cabinets des diététiciens.
- Cabinets des homéopathes (autres que les médecins homéopathes).
- Cabinets des inhalothérapeutes ou thérapeutes respiratoires.
- Sages-femmes.
- Naturopathes (autres que les médecins naturopathes).
- Podologues.
- Cabinets des infirmiers auxiliaires ou qualifiés.
- Praticiens de médecine chinoise et autres formes de médecine traditionnelle ; un titre officiel n'est pas nécessairement requis pour être reconnu en tant que professionnel de santé dans les pays où ces formes de médecine sont pratiquées de longue date.
- Cliniques de médecine orientale ou traditionnelle (Corée).

Correspondances

- Les médecins et les spécialistes de la santé mentale exerçant en mode libéral sont classés sous HP.3.1, cabinets de médecins.
- Les dentistes exerçant en libéral sont classés sous HP.3.2, Cabinets de dentistes.
- Les praticiens libéraux dispensant des soins médicaux à domicile sont classés sous HP.3.6, Prestataires de soins de santé à domicile.

HP.3.4 Centres de soins ambulatoires

Cette rubrique comprend les établissements où un large éventail de services ambulatoires sont

assurés par une équipe composée de médecins et de personnel paramédical, souvent secondés par des assistants, réunissant plusieurs spécialités et/ou accomplissant des fonctions particulières de soins primaires. Ces établissements traitent en principe des patients dont l'état ne nécessite pas une hospitalisation.

HP.3.4.1 Centres de planning familial

Cette rubrique comprend les établissements dotés d'une équipe médicale dont l'activité principale consiste à dispenser divers services ambulatoires de planning familial, notamment des services de contraception, de consultation en génétique et en soins prénataux, de stérilisation volontaire, et d'interruption médicale et volontaire de grossesse.

Exemples

- Centres de consultation sur la grossesse.
- Centres de régulation des naissances.
- Cours de préparation à l'accouchement.
- Centres de consultation sur la fécondité.

HP.3.4.2 Centres de soins ambulatoires pour malades mentaux et toxicomanes

Cette rubrique comprend les établissements dotés d'une équipe médicale dont l'activité principale consiste à dispenser des services ambulatoires de diagnostic et de traitement des troubles mentaux ou des troubles liés à l'abus d'alcool ou de drogue. Ces établissements traitent généralement des patients dont l'hospitalisation n'est pas nécessaire. Ils peuvent également offrir des services de consultation et d'information sur un large éventail de questions relatives à la santé mentale et à l'abus d'alcool et de drogue, et/ou orienter les patients vers des programmes de traitement plus complets, si nécessaire.

Exemples

- Centres et cliniques de traitement ambulatoire pour alcooliques (autres que les hôpitaux).
- Centres et cliniques ambulatoires de désintoxication (autres que les hôpitaux).
- Centres et cliniques de traitement ambulatoire pour toxicomanes (autres que les hôpitaux).

- Centres et cliniques de traitement ambulatoire des troubles mentaux (autres que les hôpitaux).
- Centres et cliniques de traitement ambulatoire de l'abus de drogue et d'alcool (autres que les hôpitaux).

Correspondance

- Les hôpitaux dont l'activité principale consiste à traiter les patients hospitalisés pour maladie mentale ou abus d'alcool ou de drogue, l'accent étant mis sur le traitement et le suivi médical, sont classés sous HP.1.2, Hôpitaux psychiatriques et pour toxicomanes.
- Les établissements dont l'activité principale consiste à traiter des patients atteints de maladies mentales ou de troubles liés à l'abus d'alcool ou de drogue, l'accent étant mis sur l'accueil et le soutien psychologique plutôt que sur le traitement médical, sont classés sous HP.2.2, Établissements pour retardés, malades mentaux et toxicomanes.

HP.3.4.3 Centres indépendants de chirurgie ambulatoire

Cette rubrique comprend les établissements où exercent des médecins et d'autres personnels médicaux dont l'activité principale consiste à pratiquer la chirurgie en mode ambulatoire (par exemple, chirurgie orthoscopique et chirurgie de la cataracte). Les établissements de chirurgie ambulatoire disposent de locaux spécialisés, notamment des salles d'opération et de réveil, ainsi que d'équipements spécialisés comme du matériel d'anesthésie ou de radiologie.

Correspondances

- Les centres de consultation médicale sans rendez-vous sont classés sous HP.3.1, Cabinets de médecins.
- Les hôpitaux ayant une activité de chirurgie ambulatoire et de service d'urgence sont classés sous HP.1., Hôpitaux.

HP.3.4.4 Centres de dialyse

Cette rubrique comprend les établissements dotés de personnel médical dont l'activité principale

consiste à dispenser des services de néphrologie et d'hémodialyse aux patients non hospitalisés.

HP.3.4.5 Autres centres de soins ambulatoires pluridisciplinaires et structures de soins coordonnés

Cette rubrique couvre les établissements dotés de personnel médical dont l'activité principale consiste à assurer des soins ambulatoires généraux ou spécialisés (autres que les centres de planning familial, les centres de soins ambulatoires pour malades mentaux et toxicomanes, les centres indépendants de chirurgie ambulatoire et les centres de dialyse rénale). Les centres ou dispensaires où exercent des professionnels de santé de niveaux de formation et spécialités divers (par exemple, médecins et dentistes) sont également inclus.

Note : Cette rubrique comprend les centres médicaux et les dispensaires appartenant à des réseaux de soins coordonnés de type HMO (Health Maintenance Organisation). Les établissements appartenant à des HMO emploient des médecins et d'autres professionnels de santé qui assurent principalement des soins ambulatoires aux adhérents de ces réseaux, avec une orientation vers les soins de santé primaires. Les établissements appartenant à des HMO qui assurent à la fois la fourniture de services de soins de santé et la souscription de polices d'assurance maladie sont inclus. Sont également inclus les centres collectifs de soins qui assurent à la fois des services hospitaliers et ambulatoires mais dont l'activité principale consiste à dispenser des services ambulatoires.

Exemples

- Centres de santé pour patients ambulatoires.
- Polycliniques pluridisciplinaires de soins ambulatoires.
- Centres médicaux et dispensaires pluridisciplinaires appartenant à des HMO.

Correspondances

- Les centres de consultation médicale sans rendez-vous sont classés sous HP.3.1, Cabinets de médecins.

10. NOMENCLATURE DES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ (ICHA-HP)

- Les centres et cliniques où des professionnels de santé se consacrent principalement à l'exercice libéral de leur profession sont classés sous HP.3.1, Cabinets de médecins, HP.3.2, Cabinets de dentistes ; et HP.3.3, Cabinets d'autres professionnels de santé.
- Les établissements appartenant à des HMO (autres que ceux qui dispensent des soins médicaux) dont l'activité principale consiste à souscrire des polices d'assurance maladie, sont classés sous HP.6, Administration générale de la santé et de l'assurance maladie.

HP.3.4.9 Autres centres collectifs de soins ambulatoires et centres de soins intégrés

Cette rubrique couvre les établissements dont l'activité principale consiste à dispenser des soins ambulatoires généraux ou spécialisés (autres que les centres de planning familial, les centres de soins ambulatoires pour malades mentaux et toxicomanes, les centres indépendants de chirurgie ambulatoire et les centres et cliniques de dialyse rénale), mais qui ne privilégient pas la prise en charge par une équipe pluridisciplinaire.

Correspondances

- Les centres ou dispensaires où exercent des professionnels de santé de niveaux de formation et spécialités divers (par exemple, médecins et dentistes) sont classés sous HP.3.4.5, Autres centres de soins ambulatoires pluridisciplinaires et structures de soins coordonnés.

HP.3.5 Laboratoires d'analyses médicales et de diagnostic

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 et l'imagerie diagnostique. Ces services sont généralement dispensés à des membres du corps médical ou aux patients à la demande d'un médecin.

Exemples

- Centres d'imagerie diagnostique.
- Centres de radiologie dentaire ou médicale.
- Laboratoires d'analyses médicales.
- Laboratoires de pathologie médicale.
- Laboratoires d'analyses médico-légales.

Correspondances

Les établissements tels que les laboratoires dentaires, optiques et orthopédiques, dont l'activité principale consiste à fournir à la profession médicale les services suivants : fabrication de dentiers, de dents artificielles et d'appareils orthodontiques sur prescription ; fabrication de verres d'optique sur prescription ; et fabrication d'orthèses ou de prothèses sur prescription sont classés sous HP.4, Détaillants et autres distributeurs de biens médicaux.

HP.3.6 Prestataires de services de soins à domicile

Cette rubrique comprend les établissements dont l'activité principale consiste à dispenser à domicile des soins infirmiers et d'autres prestations telles que : soins d'hygiène corporelle ; services d'aide ménagère et d'auxiliaire de vie ; kinésithérapie ; services médico-sociaux ; prise de médicaments ; matériel médical et fournitures ; services de consultation ; ergothérapie et thérapie par le travail ; diététique et nutrition ; orthophonie ; audiologie ; soins faisant appel à des techniques sophistiquées, par exemple thérapie intraveineuse.

Exemples

- Services infirmiers des collectivités et soins infirmiers à domicile (y compris services de jour de gardes-malades pour les enfants).
- Organismes de soins à domicile.
- Services de soins palliatifs à domicile.
- Associations d'infirmiers à domicile.

HP.3.9 Autres prestataires de soins ambulatoires

Cette rubrique comprend divers établissements dont l'activité principale consiste à dispenser des services de soins ambulatoires (autres que les cabinets de médecins, dentistes et autres professionnels de santé ; les centres de soins ambulatoires ; les laboratoires d'analyses médicales et les centres d'imagerie diagnostique ; les prestataires de soins à domicile).

HP.3.9.1 Services d'ambulance

Cette rubrique comprend les établissements dont l'activité principale consiste à transporter des patients par voie terrestre ou aérienne tout en leur prodiguant des soins. Ces services sont souvent, mais pas exclusivement, dispensés durant une situation d'urgence médicale. Les véhicules sont équipés de matériel de premier secours manipulé par du personnel médical qualifié.

Note : Cette rubrique comprend les services d'ambulance fournis en temps de paix, hors situation de catastrophe, par l'armée, la police ou les pompiers.

Correspondances

Les établissements assurant principalement le transport des personnes handicapées ou âgées sans leur prodiguer de soins (taxis, par exemple) sont classés sous HP.7, Autres prestataires de services de santé.

HP.3.9.2 Banques de sang et d'organes

Cette rubrique couvre les établissements dont l'activité principale consiste à collecter, conserver et distribuer du sang et des produits sanguins, ainsi qu'à conserver et distribuer des organes humains.

Exemples

- Centres de collecte de sang.

HP.3.9.9 Autres services de soins ambulatoires

Cette rubrique comprend les établissements dont l'activité principale consiste à fournir des services

de soins ambulatoires (autres que les cabinets de médecins, dentistes et autres professionnels de santé ; les centres de soins ambulatoires ; les laboratoires d'analyses médicales et de diagnostic ; les prestataires de soins à domicile ; les services d'ambulance ; les banques de sang et d'organes).

Exemples

- Services de dépistage (autre que ceux dispensés par des cabinets médicaux).
- Services de contrôle de l'audition (autre que ceux dispensés par des cabinets d'audiologistes).
- Services de surveillance des porteurs de stimulateurs cardiaques.
- Services d'évaluation de la condition physique (autre que ceux dispensés par des cabinets de médecins).
- Programmes de désaccoutumance au tabac.

HP.4 Détaillants et autres distributeurs de biens médicaux

Cette rubrique comprend les établissements dont l'activité principale est la vente au détail de biens médicaux destinés à la consommation ou à l'usage des particuliers ou des ménages. Entrent également dans cette rubrique les établissements dont l'activité principale est la fabrication de biens médicaux destinés à la vente au public, ainsi que les réglages et réparations effectués en relation avec la vente.

HP.4.1 Pharmacies

Cette rubrique comprend les établissements dont l'activité principale est la vente au détail de produits pharmaceutiques destinés à la consommation ou à l'usage des particuliers ou des ménages. Les produits pharmaceutiques peuvent parfois subir une certaine transformation, mais celle-ci ne doit revêtir qu'un caractère auxiliaire au commerce. Les médicaments peuvent être vendus avec ou sans ordonnance.

Exemple

- Pharmacies publiques.

Correspondances

- Les pharmacies des hôpitaux qui dispensent principalement aux patients ambulatoires sont classées sous HP.1, Hôpitaux.
- Les dispensaires spécialisés dont l'activité comprend un travail important de surveillance de la prise de médicaments et du respect du traitement (par exemple pour les patients diabétiques) sont classés sous HP.3.4, Centres de soins ambulatoires.

HP.4.2 *Détailants et autres distributeurs de verres et autres produits d'optique*

Cette rubrique comprend les établissements dont l'activité principale est la vente au détail de verres et autres produits d'optique destinés à la consommation ou à l'usage des particuliers ou des ménages. Entrent également dans cette rubrique les réglages et réparations de produits effectués en relation avec la vente.

HP.4.3 *Détailants et autres distributeurs d'appareils auditifs*

Cette rubrique comprend les établissements dont l'activité principale est la vente d'appareils auditifs destinés à la consommation ou à l'usage des particuliers ou des ménages. Entrent également dans cette catégorie le réglage et la réparation d'appareils auditifs effectués en relation avec la vente.

HP.4.4 *Détailants et autres distributeurs d'appareils médicaux (autres que les produits d'optique et les appareils auditifs)*

Cette rubrique comprend les établissements dont l'activité principale est la vente au public d'appareils médicaux, autres que les produits d'optique et les appareils auditifs, délivrés sur ou

sans ordonnance et destinés à la consommation ou à l'usage des particuliers ou des ménages. Sont inclus les établissements dont l'activité principale consiste à fabriquer des appareils médicaux mais qui, en général, assurent également le réglage et la réparation de ces appareils.

HP.4.9 *Autres formes de vente au détail et de distribution de produits pharmaceutiques et de biens médicaux*

Cette rubrique couvre les établissements pratiquant d'autres formes de vente au détail de biens médicaux destinés à la consommation ou à l'usage des particuliers ou des ménages (ventes au détail autres qu'en magasin, notamment commerce électronique et vente par correspondance).

Exemples

- Vente de fluides (par exemple pour les dialyses à domicile).
- Autres magasins de vente de produits de santé et d'hygiène.
- Autres formes de vente de produits pharmaceutiques et de biens médicaux.
- Boutiques en ligne et entreprises de vente par correspondance spécialisées dans les biens médicaux.

HP.5 *Fourniture et gestion de programmes de santé publique*

Cette rubrique couvre la fourniture et la gestion, par les administrations publiques et les organismes privés, de programmes de santé publique tels que des programmes de promotion et de protection de la santé.

Exemples

- Fourniture et gestion de programmes de santé publique par les administrations publiques (classe 7512 de la CITI).
- Département/division de la santé publique (États-Unis : agence locale de la santé).

HP.6 Administration générale de la santé et de l'assurance maladie

Cette rubrique couvre les établissements dont l'activité principale consiste à assurer la tutelle des organismes qui dispensent des soins de santé, la gestion d'ensemble de la politique de santé et l'administration de l'assurance maladie.

Note : Le rôle et la définition de l'assurance maladie et des autres financeurs des soins de santé sont explicités aux chapitres 6 et 11.

HP.6.1 Administration publique de la santé

Cette rubrique couvre les administrations publiques (à l'exclusion de la sécurité sociale) dont l'activité principale consiste à formuler et gérer les politiques publiques de santé ainsi qu'à formuler et faire observer les normes relatives au personnel médical et paramédical, aux hôpitaux, cliniques et autres établissements de santé, y compris la tutelle et l'accréditation des prestataires de services de santé.

Exemples

- Ministère de la Santé.
- Commission de la santé.
- Agences chargées du contrôle des médicaments et des produits alimentaires.
- Agences chargées de la réglementation de la sécurité sur le lieu de travail.

Correspondances

Les organismes publics 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 sous HP.5, Fourniture et gestion de programmes de santé publique.

HP.6.2 Régimes de sécurité sociale

Cette rubrique couvre le financement et l'administration des régimes obligatoires de sécurité

sociale organisés par l'État qui sont destinés à compenser la diminution ou la perte de revenus, ou la diminution de la capacité de gains subie par les assurés en cas de maladie (classe 7530 de la CITI).

Exemples

- Administration des régimes obligatoires d'assurance maladie et des caisses de maladie.
- Administration des régimes obligatoires d'assurance maladie organisés par les employeurs.
- Administration des régimes obligatoires d'assurance maladie couvrant diverses catégories d'employés de l'État (militaires, anciens combattants, employés des chemins de fer et d'autres services de transport public, membres des services de police, fonctionnaires, etc.).

HP.6.3 Autres programmes d'assurance sociale

Cette rubrique couvre le financement et l'administration des programmes d'assurance maladie autres que les programmes obligatoires de sécurité sociale organisés par l'État.

Exemples

- Administration des régimes d'assurance maladie et des caisses de maladie privés.
- Administration des régimes complémentaires d'assurance sociale (mutuelles).
- Administration des régimes d'assurance maladie mis en place par les employeurs (autres que les régimes de sécurité sociale et d'assurance sociale mis en place par l'État au profit de son personnel).

HP.6.4 Autres régimes d'assurance (privés)

Cette rubrique couvre les assurances médicales autres que les régimes de sécurité sociale et les autres régimes d'assurance sociale (classe 6603 de la CITI). Elle comprend les établissements dont l'activité principale concerne la gestion des assu-

10. NOMENCLATURE DES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ (ICHA-HP)

rances ou y est étroitement liée (activités des agents d'assurance, des liquidateurs de sinistres et des actuaires, et activités de gestion de l'objet assuré récupéré ; classe 6720 de la CITI).

HP.6.9 Autres institutions chargées de l'administration de la santé

Cette rubrique couvre les établissements assurant principalement des activités d'administration de la santé (autres que les organismes d'assurance sociale et les assurances privées).

HP.7 Autres prestataires de services de santé (reste de l'économie)

Cette rubrique couvre les prestataires non classés ailleurs qui sont des producteurs secondaires ou autres de soins de santé. Elle comprend les producteurs de soins de médecine du travail ainsi que les soins à domicile fournis par les ménages privés (voir définitions et règles comptables applicables à cette rubrique, au chapitre 5).

Exemples

- Services de médecine du travail qui ne sont pas assurés dans des établissements de soins séparés (tous secteurs d'activités).
- Services de médecine militaire qui ne sont pas assurés dans des établissements de soins séparés.
- Services de médecine pénitentiaire qui ne sont pas assurés dans des établissements de soins séparés.
- Services de médecine scolaire.

HP.7.1 Établissements prestataires de services de médecine du travail

Cette rubrique couvre les établissements qui assurent des services de médecine du travail à titre de production auxiliaire (voir définitions et règles comptables correspondantes au chapitre 5).

HP.7.2 Ménages privés prestataires de soins à domicile

Cette rubrique couvre les ménages privés prestataires de soins à domicile (voir définitions et règles comptables correspondantes au chapitre 5).

HP.7.9 Autres producteurs secondaires de soins de santé

Cette rubrique comprend tous les autres prestataires qui sont des producteurs secondaires ou autres de soins de santé.

Exemples

- Services de santé militaires qui ne sont pas assurés dans des établissements de soins séparés.
- Services de santé pénitentiaires qui ne sont pas assurés dans des établissements de soins séparés.
- Services de médecine scolaire.

HP.9 Reste du monde

Cette rubrique couvre toutes les unités non résidentes qui assurent des soins de santé destinés à la consommation finale des unités résidentes.■

ANNEXE 10.1.

CLASSIFICATION CROISÉE DE ICHA-HP ET CITI, REV. 3

Le tableau 10.2 opère une classification croisée entre ICHA-HP et la Classification internationale type de l'industrie (CITI, Rev. 3). Beaucoup de prestataires classés dans HP. 2 sont à la limite des soins de santé. ■

Tableau 10.2. **Classification croisée de l'ICHA-HP avec CITI, classes de la révision 3**

Code ICHA	Prestataires de soins de santé	Classes ISIC
HP.1	Hôpitaux	
HP.1.1	Hôpitaux généraux	8511
HP.1.2	Hôpitaux psychiatriques et pour toxicomanes	8511
HP.1.3	Hôpitaux spécialisés (autres qu'hôpitaux psychiatriques et pour toxicomanes)	8511
HP.2	Maisons médicalisées et autres établissements de soins avec hébergement	
HP.2.1	Maisons médicalisées	8519/8531
HP.2.2	Établissements pour retardés, malades mentaux et toxicomanes	8519/8531
HP.2.3	Établissements d'hébergement pour personnes âgées	8519/8531
HP.2.9	Autres établissements de soins avec hébergement	8519/8531
HP.3	Prestataires de soins ambulatoires	
HP.3.1	Cabinets de médecins	8512
HP.3.2	Cabinets de dentistes	8512
HP.3.3	Cabinets d'autres professionnels de santé	8519
HP.3.4	Centres de soins ambulatoires	8519
HP.3.4.1	Centres de planning familial	8519
HP.3.4.2	Centres de soins ambulatoires pour malades mentaux et toxicomanes	8519
HP.3.4.3	Centres indépendants de chirurgie ambulatoire	8519
HP.3.4.4	Centres de dialyse	8519
HP.3.4.5	Autres centres de soins ambulatoires pluridisciplinaires et structures de soins coordonnés	8519/8531
HP.3.4.9	Autres centres collectifs de soins ambulatoires et centres de soins intégrés	8519/8531

10. NOMENCLATURE DES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ (ICHA-HP)

Tableau 10.2. **Classification croisée de l'ICHA-HP avec CITI, classes de la révision 3** (suite)

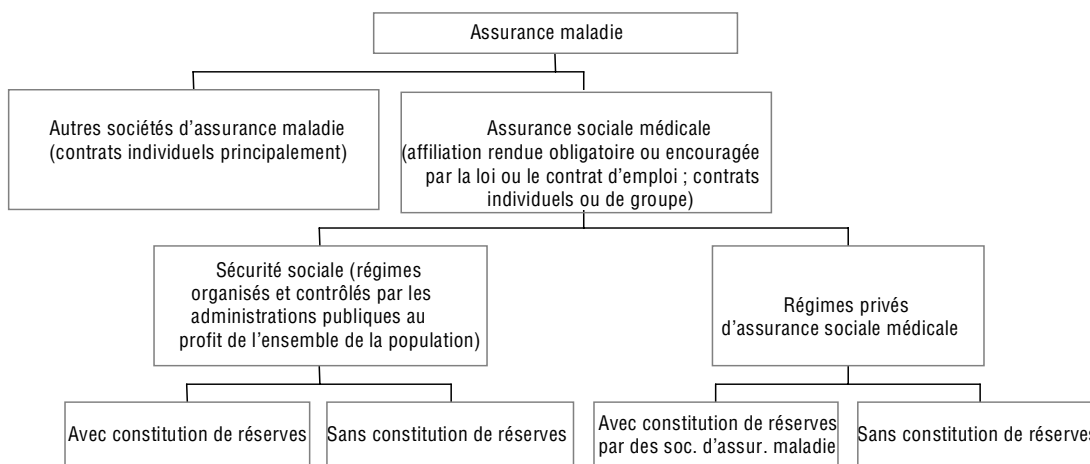
Code ICHA	Prestataires de soins de santé	Classes ISIC
HP.3.5	Laboratoires d'analyses médicales et de diagnostic	8519
HP.3.6	Prestataires de services de soins à domicile	8519/8531
HP.3.9	Autres prestataires de soins ambulatoires	8519
HP.3.9.1	Services d'ambulance	8519
HP.3.9.2	Banques de sang et d'organes	8519
HP.3.9.9	Autres services de soins ambulatoires	8519
HP.4	Détaillants et autres distributeurs de biens médicaux	
HP.4.1	Pharmacies	5231
HP.4.2	Détaillants et autres distributeurs de verres et autres produits d'optique	5239
HP.4.3	Détaillants et autres distributeurs d'appareils auditifs	5239
HP.4.4	Détaillants et autres distributeurs d'appareils médicaux (autres que les produits d'optique et les appareils auditifs)	5239
HP.4.9	Autres formes de vente au détail et de distribution de produits pharmaceutiques et de biens médicaux	5231/5239
HP.5	Fourniture et gestion de programmes de santé publique	
HP.6	Administration générale de la santé et de l'assurance maladie	
HP.6.1	Administration publique de la santé	7512
HP.6.2	Régimes de sécurité sociale	7530
HP.6.3	Autres programmes d'assurance sociale	-
HP.6.4	Autres régimes d'assurance (privés)	6603
HP.6.9	Autres institutions chargées de l'administration de la santé	-
HP.7	Autres prestataires de services de santé (reste de l'économie)	-
HP.7.1	Établissements prestataires de médecine du travail	-
HP.7.2	Ménages privés prestataires de soins à domicile	-
HP.7.9	Autres producteurs secondaires de soins de santé	-

11. NOMENCLATURE DES SOURCES DE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ (ICHA-HF)

PRÉSENTATION GÉNÉRALE

- 11.1. L'analyse du financement des dépenses de santé part du découpage élémentaire opéré dans les comptes nationaux entre les administrations publiques, l'assurance publique et l'assurance privée. Le tableau 11.1 présente la nomenclature des sources de financement (ICHA-HF) proposée pour le Système de comptes de la santé. Il est recommandé de suivre les indications du SCN 93 pour ventiler les sources de financement selon les catégories de la nomenclature ICHA-HF. Des consultations devront avoir lieu entre les statisticiens chargés de la mise en œuvre du SCS et les experts en comptabilité nationale pour s'assurer que les sources de financement sont réparties de manière identique dans les deux systèmes.
- 11.2. Quand la consommation est enregistrée sur la base des dépenses, l'objectif est d'identifier les unités institutionnelles qui supportent les dépenses et qui en contrôlent et en financent ainsi les montants. La première étape d'une ventilation des dépenses de santé par source de financement consistera à rappeler quelques définitions de base de la comptabilité nationale et la façon dont elles s'appliquent à la dépense totale de santé et à ses composantes.
- 11.3. La nomenclature ICHA-HF reprend les trois premiers niveaux de l'arbre de décision pour classer l'assurance maladie (figure 11.1). Une première distinction doit être faite entre l'assurance maladie relevant de régimes d'assurance sociale et les autres types d'assurance maladie. Les régimes d'assurance sociale peuvent être organisés et contrôlés par les administrations publiques à différents niveaux ou par le secteur privé. La nomenclature ICHA-HF n'établit pas de distinction entre les régimes d'assurance avec ou sans constitution de réserves, bien que des méthodes d'estimation différentes puissent s'appliquer à ces deux catégories de régime (pour plus de précision, voir SCN 93, annexe IV).

Figure 11.1. L'assurance maladie selon le SCN



ASSURANCE SOCIALE ET SÉCURITÉ SOCIALE

11.4. L'assurance sociale revêt des caractéristiques institutionnelles diverses qui varient selon la réglementation applicable aux différents régimes. En outre, il n'est pas toujours facile de tracer la frontière entre l'assurance sociale et les régimes privés d'assurance maladie avec ou sans constitution de réserves. L'annexe IV du SCN 93 fournit un certain nombre d'indications à ce sujet.

11.5. Par *assurance sociale médicale*, on entend un régime dans lequel les particuliers sont obligés ou encouragés à s'assurer par une tierce partie. C'est ainsi qu'un gouvernement peut imposer à l'ensemble des salariés de cotiser à un régime d'assurance sociale, qu'un employeur peut poser comme condition à l'embauche que ses futurs salariés cotisent au régime d'assurance sociale désigné par lui, qu'un employeur peut encourager ses salariés à adhérer à un régime en y cotisant lui-même pour le compte de son personnel ou qu'un syndicat peut souscrire une assurance à des conditions particulièrement avantageuses réservées à ses seuls membres. Les cotisations aux régimes d'assurance sociale sont généralement payées par les salariés ou pour le compte de ces derniers ; dans certains cas toutefois, les travailleurs indépendants et les personnes n'occupant pas d'emploi peuvent eux aussi être couverts.

11.6. Un régime d'assurance est appelé régime d'assurance sociale s'il remplit l'une au moins des trois conditions suivantes (SCN 93, annexe IV, paragraphe 4.111) :

- L'affiliation au régime est rendue obligatoire par la loi ou le contrat d'emploi ; ou
- Le régime est géré pour le compte d'un groupe de personnes et limité à ces dernières ; ou
- L'employeur cotise au régime pour le compte de ses salariés.

11.7. Les *régimes de sécurité sociale* sont des régimes d'assurance sociale qui couvrent l'ensemble de la collectivité ou d'importants sous-ensembles de la collectivité et sont imposés et contrôlés par les administrations publiques. Ils supposent en général le versement de cotisations

11. NOMENCLATURE DES SOURCES DE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ (ICHA-HF)

obligatoires par les salariés ou les employeurs, ou par les deux ; les conditions suivant lesquelles les prestations sont versées aux bénéficiaires sont déterminées par les administrations publiques. Il faut distinguer les régimes de sécurité sociale des autres régimes d'assurance sociale qui sont déterminés par accord réciproque entre certains employeurs et leurs salariés.

- 11.8. Les administrations de sécurité sociale peuvent être distinguées par le fait qu'elles ont une organisation séparée des autres activités des administrations publiques et qu'elles détiennent des actifs et des passifs séparément de ces dernières. Ce sont des unités institutionnelles distinctes parce qu'il s'agit de fonds autonomes, qu'elles ont leurs propres actifs et leurs propres passifs et qu'elles s'engagent dans des opérations financières pour leur propre compte. Les montants réunis sous forme de cotisations et versés sous forme de prestations peuvent être délibérément modifiés pour atteindre des objectifs de politique publique qui n'ont aucun lien direct avec le concept de sécurité sociale, comme système destiné à fournir des prestations sociales aux membres de la collectivité (SCN 93, chapitre IV, paragraphe 4.112).
- 11.9. Le SCS recommande de suivre la règle adoptée dans le SCN 93 en ce qui concerne la façon dont doivent être traités les régimes créés par les administrations publiques au profit de leur personnel. Ces régimes ne doivent pas être considérés comme des régimes de sécurité sociale.

Tableau 11.1. **Nomenclature des sources de financement (ICHA-HF) : niveau à trois chiffres**

Code ICHA	Sources de financement
HF.1	Administrations publiques
HF.1.1	Administrations publiques (hors administrations de sécurité sociale)
HF.1.1.1	Administration centrale
HF.1.1.2	Administrations d'États fédérés/de provinces
HF.1.1.3	Administrations locales/municipales
HF.1.2	Administrations de sécurité sociale
HF.2	Secteur privé
HF.2.1	Assurance sociale privée
HF.2.2	Sociétés d'assurance privées (hors assurance sociale)
HF.2.3	Versements directs des ménages privés
HF.2.3.1	Versements directs (hors participation aux dépenses)
HF.2.3.2	Participation aux dépenses : administration centrale
HF.2.3.3	Participation aux dépenses : administrations d'États fédérés/de provinces
HF.2.3.4	Participation aux dépenses : administrations locales/municipales
HF.2.3.5	Participation aux dépenses : administrations de sécurité sociale
HF.2.3.6	Participation aux dépenses : régimes privés d'assurance sociale
HF.2.3.7	Participation aux dépenses : autres assurances privées
HF.2.3.9	Autres participations aux dépenses
HF.2.4	Institutions sans but lucratif au service des ménages (hors assurance sociale)
HF.2.5	Sociétés (hors assurance maladie)
HF.3	Reste du monde

NOMENCLATURE DES SOURCES DE FINANCEMENT ICHA-HF : NOTE EXPLICATIVES

HF.1 Administrations publiques

Cette rubrique couvre toutes les unités institutionnelles de l'administration au niveau central, au niveau des États dans une fédération ou au niveau local, ainsi que toutes les administrations de sécurité sociale à chaque niveau administratif. Elle couvre également toutes les institutions sans but lucratif non marchandes qui sont contrôlées et principalement financées par des administrations publiques.

Note : Pour des définitions et des lignes directrices plus précises concernant la sectorisation des unités assurant le financement dans la nomenclature ICHA-HF, voir SCN 93, 4.113-4.130.

HF.1.1 Administrations publiques (hors administrations de sécurité sociale)

Cette rubrique couvre toutes les unités institutionnelles de l'administration au niveau central, au niveau des États dans une fédération ou au niveau local. Elle inclut également les institutions sans but lucratif non marchandes qui sont contrôlées et principalement financées par des administrations publiques (SCN 93, 4.113).

Note : La part des dépenses de santé financée sur les budgets publics varie en fonction des caractéristiques des systèmes nationaux de santé. Dans les systèmes fortement intégrés où la production et le financement des soins sont assumés par les administrations publiques au niveau central ou régional, les dépenses sont essentiellement financées sur les budgets publics. La part du financement public est généralement plus réduite dans les pays dont le système de santé est organisé selon le modèle de l'assurance sociale, avec des caisses de sécurité sociale qui jouent le rôle d'intermédiaires.

Dans tous les pays de l'OCDE, les pouvoirs publics assument au moins partiellement le financement des soins en prenant en charge les dépenses de certaines catégories de la population (les personnes âgées, les chômeurs, les retraités, les personnes vivant de l'aide sociale, etc.). Ils interviennent également en subventionnant les prestataires de soins et en finançant la formation de capital des établissements publics de santé.

HF.1.1.1 Administration centrale

Cette rubrique couvre toutes les unités institutionnelles qui constituent l'administration centrale et les institutions sans but lucratif contrôlées et principalement financées par l'administration centrale (SCN 93, 4.117-4.122).

HF.1.1.2 Administrations d'États fédérés/de provinces

Les administrations d'États fédérés/de provinces comprennent les administrations qui sont des unités institutionnelles distinctes, ainsi que des institutions sans but lucratif contrôlées et majoritairement financées par les administrations d'États fédérés. Les « États » et les « provinces » peuvent porter des noms différents selon les pays. Dans les petits pays, il n'existe pas toujours d'États/provinces ni d'administrations d'États fédérés/de provinces (SCN 93, 4.123-4.127).

HF.1.1.3 Administrations locales/municipales

Le sous-secteur des administrations locales comprend les administrations locales qui sont des unités institutionnelles distinctes, ainsi que les institutions sans but lucratif qui sont contrôlées et principalement financées par des administrations locales. En principe, les administrations locales sont des unités institutionnelles dont le pouvoir fiscal, législatif et exécutif s'étend sur les plus petits des territoires géographiques distingués à des fins administratives et politiques (SCN 93, 4.128).

Note : Les administrations locales peuvent porter des noms différents selon les pays. Elles peuvent par exemple être appelées « municipalités » ou

11. NOMENCLATURE DES SOURCES DE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ (ICHA-HF)

« comtés ». Les unités des administrations locales qui proposent des services de santé sur une base non marchande restent partie intégrante de l'administration locale à laquelle elles appartiennent (SCN 93, 4.129).

HF.1.2 Administrations de sécurité sociale

Le sous-secteur des administrations de sécurité sociale comprend les administrations de sécurité sociale opérant à tous les niveaux des administrations publiques. Les administrations de sécurité sociale sont des systèmes d'assurance couvrant l'ensemble de la collectivité ou d'importants sous-ensembles de la collectivité qui sont rendus obligatoires et contrôlés par des administrations publiques (SCN 93, 4.130).

Note : Des définitions et des lignes directrices plus précises concernant les régimes de sécurité sociale et autres régimes d'assurance sociale sont fournies en introduction à ce chapitre.

HF.2 Secteur privé

Ce secteur comprend toutes les unités institutionnelles résidentes qui n'appartiennent pas au secteur des administrations publiques.

Note : Pour la ventilation des dépenses de santé par source de financement, il est recommandé de distinguer au moins les cinq sous-secteurs suivants : régimes privés d'assurance sociale, sociétés d'assurance privées (hors assurance sociale), versements directs des ménages privés, institutions sans but lucratif au service des ménages et sociétés (hors sociétés d'assurance maladie).

HF.2.1 Assurance sociale privée

Ce secteur comprend tous les régimes d'assurance sociale à l'exception des régimes de sécurité sociale.

Sont inclus : régimes créés par les administrations publiques au profit de leur personnel.

Note : Pour plus de précisions, voir définition de l'assurance sociale en introduction à ce chapitre.

HF.2.2 Sociétés d'assurance privées (hors assurance sociale)

Ce secteur comprend toutes les sociétés privées d'assurance à l'exception de l'assurance sociale.

Note : Ce secteur comprend les régimes d'assurance à but lucratif et non lucratif autres que les régimes d'assurance sociale. Voir définition des régimes d'assurance sociale en introduction à ce chapitre. Les différences de traitement comptable entre les cotisations aux régimes d'assurance sociale et les primes en faveur des autres régimes d'assurance (privés) sont exposées au chapitre 6.

HF.2.3 Versements directs des ménages privés

La définition d'un ménage qui est adoptée par les statisticiens d'enquête familiarisés avec les conditions socio-économiques d'un pays donné est vraisemblablement très proche du concept de ménage tel que le définit le SCN, et sera donc également adaptée dans la plupart des cas aux besoins de la comptabilité de la santé (voir SCN 93, 4.134).

Note : Pour une décomposition plus fine des versements directs des ménages privés, on pourra se référer aux définitions suivantes (adaptées du glossaire de l'OCDE, 1992, p. 9) :

- *Versements directs* : versements supportés directement par le patient, sans intervention d'une assurance. La participation aux dépenses et les versements informels aux prestataires de soins sont des formes de versements directs.
- *Participation aux dépenses* : disposition d'un régime d'assurance maladie ou d'un système de tiers payant en vertu de laquelle l'individu couvert doit supporter une partie des coûts des soins médicaux qu'il reçoit. A la différence d'une prime d'assurance maladie, d'une cotisation ou d'un impôt qui sont acquittés

qu'il y ait consommation médicale ou non, la participation au coût n'intervient que s'il y a consommation de soins. Elle peut revêtir la forme d'une franchise ou d'un ticket modérateur, proportionnel ou forfaitaire.

- *Ticket modérateur forfaitaire* : participation aux coûts sous la forme d'un montant fixe à acquitter en contrepartie d'un service.
- *Ticket modérateur proportionnel* : participation aux coûts d'un service dans une proportion déterminée. En France et en Belgique, on parle couramment de « ticket modérateur ».
- *Franchise* : participation aux dépenses sous forme d'un montant fixe qui doit être payé en contrepartie d'un service avant que toute prestation puisse être versée.

La composante privée du financement de la santé est celle pour laquelle on dispose à l'heure actuelle des données les moins fiables (en raison principalement des incertitudes concernant le montant des versements directs aux prestataires de soins et aux pharmacies), et c'est l'une des principales sources des erreurs d'estimation de la dépense totale de santé dans de nombreux pays. L'insuffisance des sources de données permettant d'effectuer une ventilation précise des versements directs des ménages privés constitue l'un des points faibles des systèmes actuels de comptes de la santé de nombreux pays. Aussi est-il recommandé de mettre au point des enquêtes auprès des ménages plus précises permettant de mesurer régulièrement la participation privée aux dépenses.

HF.2.4 Institutions sans but lucratif au service des ménages (hors assurance sociale)

Les institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM) sont des institutions qui fournissent aux ménages des biens ou des services gratuitement ou à des prix qui ne sont pas économiquement significatifs (SCN 93, 4.64).

Note : Les institutions de ce type qui peuvent intervenir dans le financement de la santé sont notamment les œuvres de bienfaisance et organisations de secours ou d'assistance créées à des fins philanthropiques et non pour servir les intérêts des membres de l'association qui contrôle l'ISBLSM. Ces institutions fournissent des biens ou des services, sur une base non marchande, aux ménages dans le besoin, y compris aux ménages victimes de catastrophes naturelles ou de conflits armés. Les ressources des ISBLSM consistent principalement en dons en espèces ou en nature provenant du public, de sociétés ou d'administrations publiques. Elles peuvent aussi provenir de transferts de non-résidents, y compris d'ISBLSM de type similaire résidentes d'autres pays (SCN 93, 4.67).

HF.2.5 Sociétés (hors assurance maladie)

Ce secteur comprend toutes les sociétés ou quasi-sociétés dont l'activité principale consiste à produire des biens ou des services marchands (hors assurance maladie). Il inclut toutes les institutions sans but lucratif résidentes qui sont des producteurs marchands de biens ou de services non financiers (SCN 93, 4.68).

HF.3 Reste du monde

Cette rubrique comprend les unités institutionnelles qui résident à l'étranger.

Note : Dans les comptes de la santé, les flux financiers entre l'économie nationale et le reste du monde se composent principalement de transferts liés à la coopération internationale (par exemple, aide étrangère) et de primes/remboursements de régimes d'assurance privés. Les importations de services de santé par les ménages voyageant à l'étranger sont enregistrées sous HF.2.3, Versements directs des ménages privés. ■

ANNEXES

ANNEXE A.1.

LA MESURE DES RESSOURCES HUMAINES CONSACRÉES A LA SANTÉ

INTRODUCTION

La collecte et l'analyse de données sur les ressources humaines consacrées à la santé (RHS) méritent qu'on leur accorde une attention particulière si l'on veut pouvoir mesurer plus précisément, pour les besoins des comparaisons internationales, les effets des récentes réformes et des mutations structurelles rapides touchant les systèmes de santé de nombreux pays. L'expression « Ressources humaines consacrées à la santé (RHS) », qui équivaut au concept de *personnel médical et paramédical*, désigne la main-d'œuvre spécialisée nécessaire pour dispenser des soins de santé de qualité. Les critères qui définissent cette main-d'œuvre sont *le domaine d'études, le niveau d'éducation et la profession*.

La mise en place et l'application d'un système cohérent de suivi des stocks et des flux de personnel de santé au niveau national, et l'intégration de ce système à un cadre permettant de mettre en évidence les liens avec la formation du personnel de santé ainsi qu'avec les comptes de la santé, visent plusieurs objectifs :

- Relier les statistiques de la main-d'œuvre aux données financières que contient le SCS.

- Planifier les besoins de formation et d'emploi dans le domaine de la santé.
- Établir des projections de la main-d'œuvre potentielle dans le domaine de la santé.

L'établissement de liens statistiques entre les données sur les effectifs, d'une part, et les données en termes monétaires contenues dans les comptes de la santé, d'autre part, est indispensable pour pouvoir suivre les variations de l'emploi dans le secteur de la santé et la productivité de ce secteur.

Les lignes directrices ci-après concernant la mesure des ressources humaines dans le secteur de la santé, et les méthodes proposées de collecte, d'interprétation et d'analyse des statistiques sur les professions de santé, ont été empruntées pour l'essentiel au *Manuel sur la mesure des ressources humaines consacrées à la science et à la technologie, ou « Manuel de Canberra »* (OCDE/Eurostat, 1995), moyennant certaines modifications destinées à adapter ce manuel aux caractéristiques particulières du secteur de la santé.

Il faut cependant préciser que le concept de RHS tel qu'il est défini dans la présente annexe ne recouvre pas l'ensemble des effectifs du secteur

de la santé. Des indicateurs de l'emploi total dans le secteur de la santé sont fournis ci-dessous (voir le tableau type 10 du chapitre 2 ainsi que le chapitre 4 du manuel).

Sources d'information sur les RHS

Plusieurs bases de données nationales et internationales contiennent des informations sur les RHS. Comme il est indiqué dans les sources et méthodes d'*Eco-santé OCDE*, la couverture statistique et la fiabilité de ces informations varient dans le temps et d'une base de données à l'autre. Des statistiques sur le personnel médical et paramédical (nombre de médecins, de dentistes et autres professions médicales) figurent dans plusieurs bases de données internationales, mais la qualité de ces statistiques est extrêmement variable. Les comparaisons internationales portant, par exemple, sur le nombre de médecins pour 100 habitants, ou sur des indicateurs similaires, peuvent induire en erreur si elles ne sont pas commentées.

Les données utilisées dans les comparaisons internationales proviennent bien souvent des fichiers des administrations nationales. Cela pose des problèmes car les méthodes et les classifications utilisées sont souvent incompatibles et les systèmes de collecte encore très différents d'un pays à l'autre. Lorsque les statistiques sur les RHS sont établies à partir des registres de professionnels, elles peuvent être sérieusement faussées car ces registres ne contiennent pas suffisamment d'informations sur le nombre de professionnels en activité, ou ne précisent pas le nombre d'heures travaillées, etc.

Champ couvert par les RHS : concept de base

L'expression « Ressources humaines consacrées à la santé » (HRS), synonyme de personnel médical et paramédical, désigne la main-d'œuvre spécialisée nécessaire pour dispenser des soins de santé de qualité. Les critères qui définissent le personnel

sont le *domaine d'études*, le *niveau d'éducation* et la *profession*.

Il convient de faire la distinction entre les RHS et l'emploi total dans le secteur de la santé, concept plus vaste englobant l'ensemble des personnes employées dans les établissements prestataires de soins de santé, qu'elles appartiennent ou non aux professions de santé (l'emploi total inclut donc le personnel administratif et les auxiliaires de santé). En outre, tous les personnels médicaux et paramédicaux ne sont pas effectivement employés dans le secteur de la santé (ou ne sont pas en activité).

Le concept de RHS se réfère aux personnels médicaux et paramédicaux qui exercent effectivement ou sont susceptibles d'exercer les fonctions décrites aux rubriques HC.1 à HC.7 de la classification ICHA en leur qualité de professionnels de santé possédant des *compétences* acquises grâce à une *formation*, laquelle confère habituellement des *qualifications formelles* sanctionnées par des grades ou des diplômes.

L'exercice d'une profession médicale ou paramédicale est également subordonnée dans bien des cas à une procédure d'*enregistrement* ou d'*agrément*. Pour pouvoir commencer à exercer la profession de médecin de famille, par exemple, il faut généralement s'acquitter d'un certain nombre de formalités légales. Les procédures d'enregistrement ou d'agrément peuvent être très différentes selon les pays. En outre, une même personne peut être tenue d'accomplir des formalités d'enregistrement différentes pour l'exercice d'une même profession si elle doit passer des conventions avec différents financeurs (par exemple, un médecin exerçant en cabinet privé et ayant à la fois une clientèle privée et une clientèle couverte par des programmes publics d'assurance).

Dans la mesure où les registres de professionnels ne sont pas destinés en premier lieu à

l'établissement de statistiques, il faut vérifier scrupuleusement la qualité des données qu'ils contiennent quand on veut les utiliser à cette fin. Les critères d'agrément appliqués dans les pays de l'OCDE ne sont pas homogènes : un médecin qui se voit retirer son autorisation d'exercer dans un pays (par exemple, en raison d'un conflit juridique) peut choisir d'exercer dans un autre pays ou d'occuper un emploi exigeant des qualifications différentes (de niveau inférieur), et continuera dans les deux cas d'être recensé parmi les effectifs des RHS. C'est la raison pour laquelle l'enregistrement (ou l'agrément) n'a pas été retenu comme critère statistique déterminant l'inclusion d'une personne dans l'une des catégories couvertes par les RHS.

Les principes de mesure des RHS présentés ci-après ne couvrent pas toutes les personnes qui exercent effectivement ou pourraient exercer des activités ou des professions médicales, mais portent uniquement sur celles qui possèdent un niveau minimum de compétences. Il s'agit au premier chef de réunir et d'analyser des données sur les RHS de niveau universitaire, et au second chef sur les RHS de niveau non universitaire.

Les sections qui suivent présentent plusieurs possibilités de ventilation des statistiques sur les RHS et établissent des correspondances avec plusieurs classifications internationales ainsi qu'avec la nomenclature des prestataires ICHA. Les ventilations proposées sont fondées sur le niveau et le domaine d'études des RHS, leur situation au regard de l'activité, leur profession et leur branche d'activité pour celles qui occupent un emploi. D'autres critères (âge, sexe, nationalité, etc.) peuvent utilement compléter ces informations de base.

CRITÈRES D'IDENTIFICATION DES RHS

Deux grands critères peuvent servir à identifier les RHS : la *qualification* (personnes possédant les qualifications formelles nécessaires pour exercer

une profession de santé, ainsi que les autorisations éventuellement requises) et la *profession* (personnes exerçant des activités du domaine de la santé au niveau voulu). Le choix de la profession ou de la qualification comme pivots de l'analyse, dépendra de la nature de la question examinée. Les données sur la profession renvoient à des questions de demande ou d'utilisation, par exemple : « Combien de personnes exercent effectivement des professions de santé ? » Les données sur la qualification sont les plus utiles lorsqu'on se place dans l'optique de l'offre, en posant, par exemple, la question suivante : « Quelle est la réserve latente de personnes dont on pourrait disposer pour les soins de santé ? » Les définitions recommandées ci-après sont fondées sur la qualification.

Il est important de reconnaître que les personnes possédant les qualifications requises n'exercent pas forcément les professions de santé correspondantes. Certaines sont inactives (retraités, au chômage, etc.), d'autres travaillent dans des domaines autres que la santé (employés de bureau, décideurs, etc.). De ce point de vue, il est intéressant d'établir une distinction entre les professions qui relèvent d'une « carrière dans le domaine de la santé » et les autres.

Les RHS couvrent les personnes ayant accompli avec succès un programme d'enseignement du troisième degré dans une discipline médicale.

Les niveaux d'enseignement retenus ici sont ceux définis dans la Classification internationale type de l'éducation (CITE) de l'UNESCO (UNESCO, 1996). L'enseignement du troisième degré couvre les programmes d'études menant à un premier grade universitaire ou à un grade supérieur, ainsi que les programmes d'études de niveau post-secondaire conduisant à un titre non équivalent au premier grade universitaire (les définitions précises de ces catégories sont fournies ci-dessous). L'accomplissement d'un niveau

d'enseignement donné permet l'obtention d'une *qualification* formelle.

Les *professions* sont définies en termes d'emploi (ou de postes). Un *emploi* constitue un ensemble de tâches et de devoirs accomplis (ou censés être accomplis) par une personne. Les emplois exigent des compétences qui peuvent être acquises dans le système éducatif ou en cours de carrière. En théorie, une personne peut être classée sous une profession par référence à un emploi passé, présent ou futur. Notre définition ne retient que les *personnes actives du moment*. Par activité, on entend toute forme de travail, même si sa durée n'est que de quelques heures par semaine, exercé pour obtenir une rémunération (activité salariée) ou un bénéfice (activité indépendante) pendant la période de référence.

Quelques exemples de RHS :

- Personnes ayant des qualifications formelles et des activités correspondant à celle des RHS :
 - médecin travaillant dans un hôpital ;
 - infirmier qualifié travaillant dans un centre collectif de soins ;
 - dentiste exerçant dans son propre cabinet dentaire.
- Personnes ayant les qualifications formelles des RHS mais n'exerçant pas des activités correspondantes :
 - médecin au chômage ;
 - infirmier qualifié qui reste chez lui pour s'occuper de ses enfants ;
 - chercheur dans l'industrie pharmaceutique titulaire d'un diplôme de médecine de niveau universitaire.

PROFESSIONS DE SANTÉ PAR NIVEAU D'ENSEIGNEMENT : LA CITE

Pour obtenir des données internationalement comparables, il convient de se référer à des classifications types pour définir « l'enseignement du

troisième degré dans le domaine médical » et les « professions de santé ». La Classification internationale type de l'éducation (CITE) élaborée par l'UNESCO (1996) constitue la référence la plus pertinente de ce point de vue. Il s'agit d'une classification par niveaux d'enseignement et domaines d'études.

Niveaux d'enseignement

La CITE distingue sept catégories d'enseignement (auxquels s'ajoute une catégorie résiduelle groupant les formes d'enseignement impossibles à définir selon le degré) qui peuvent être regroupées en trois grands degrés. C'est le troisième degré d'enseignement qui est pertinent pour la définition des RHS. Il comprend les catégories 5, 6 et 7 de la CITE, qui sont définies comme suit :

- Catégorie CITE 5 : « enseignement du troisième degré, premier niveau, conduisant à un titre non équivalent au premier grade universitaire ».
- Catégorie CITE 6 : « enseignement du troisième degré, premier niveau, conduisant à un premier grade universitaire ou à un titre équivalent ».
- Catégorie CITE 7 : « enseignement du troisième degré, deuxième niveau, conduisant à un grade universitaire supérieur ou à un titre équivalent ».

La ventilation devra donc être effectuée en fonction de la qualification la plus élevée obtenue par la personne concernée :

- Qualification de niveau universitaire correspondant aux catégories 6 et 7 de la CITE.
- Qualification de niveau non universitaire correspondant à la catégorie 5 de la CITE.

Les HRS pourront ensuite être réparties en trois grandes catégories selon le niveau de diplôme :

- Diplômes des écoles paramédicales (CITE-5).
- Diplômes de premier ou deuxième cycles délivrés par les départements d'enseignement

médical/paramédical des écoles ou des universités (CITE-6).

- Diplômes de deuxième ou troisième cycles délivrés par les départements d'enseignement médical/biomédical des universités (CITE-7).

Domaines d'études

La CITE distingue 21 domaines d'études parmi lesquels les sciences médicales. Ce domaine comprend les programmes suivants : « programmes de médecine, de chirurgie et de spécialisations médicales, programmes d'hygiène et de santé publiques, programmes de physiothérapie et d'ergothérapie ; programmes de formation d'infirmiers et infirmières, de sages-femmes, de techniciens de radiologie médicale et autres programmes relatifs au diagnostic et au traitement des maladies ; programmes de technologie médicale, d'art dentaire, de stomatologie et d'odontologie, de pharmacie, d'optométrie, et autres programmes » (UNESCO, 1996).

LES PERSONNELS DE SANTÉ PAR PROFESSION : LA CITP

Définition des RHS sous l'angle de la profession

Le point de départ de la classification des RHS par profession est la Classification internationale type des professions, la CITP (BIT, 1990*a*). La CITP-88 distingue dix grands groupes de professions. Deux intéressent tout particulièrement les RHS : « professions intellectuelles et scientifiques » (grand groupe 2) et « professions intermédiaires » (grand groupe 3).

Dans la CITP, chaque profession correspond généralement à un niveau d'enseignement déterminé. Le tableau A1.1 donne une liste complète des professions médicales relevant des grands groupes 2 et 3 de la CITP. A propos des professions médico-sociales, la CITP précise toutefois :

« [Les informations] (...) ont permis de se

rendre compte que la disparité des conditions réglementaires d'instruction était le plus marqué dans le cas de certaines des *professions de l'enseignement, du service infirmier et du service social*. Il est des pays où il faut être titulaire d'un grade universitaire pour pouvoir exercer ces professions, cependant que dans d'autres, un certificat attestant un moindre degré d'instruction suffit. C'est pour tenir compte de cette disparité que des catégories professionnelles parallèles ont été ménagées dans les grands groupes 2 et 3 de la CITP-88 qui rassemblent respectivement les professions intellectuelles et scientifiques et les professions intermédiaires (CITP-88, p. 9). »

Le groupe des professions intellectuelles et scientifiques (grand groupe 2) est défini comme suit :

« Ce grand groupe comprend les professions dont les tâches principales exigent pour leur accomplissement des connaissances professionnelles de haut niveau touchant les sciences physiques et les sciences de la vie ou les sciences sociales et les humanités. Ces tâches consistent à enrichir les connaissances acquises, à mettre en pratique des concepts et des théories pour résoudre des problèmes ou, par l'enseignement, à assurer la propagation systématique de ces connaissances. La plupart des professions de ce grand groupe exigent un niveau de compétences correspondant aux catégories 6 ou 7 de la CITE (BIT, 1990*a*, p. 6). »

Aux termes de cette définition, toutes les personnes qui appartiennent par leur fonction au grand groupe 2 de la CITP peuvent être considérées comme faisant partie des RHS, mais l'inverse n'est pas vrai : les personnes appartenant au RHS de niveau universitaire n'exercent pas toutes une profession citée sous le grand groupe 2 de la CITP. Elles peuvent exercer d'autres professions entrant notamment dans les grands groupes 0 et 1, être au chômage ou inactives.

Tableau A1.1. **Les professions de santé dans la Classification internationale type des professions (CITP-88)**

Code CITP-88	Désignation
Grand groupe 2 Professions intellectuelles et scientifiques	
22	Spécialistes des sciences de la vie et de la santé
222	Médecins et assimilés (à l'exception des cadres infirmiers)
2221	Médecins
2222	Dentistes
2224	Pharmaciens
2229	Médecins et assimilés (à l'exception des cadres infirmiers) non classés ailleurs
223	Cadres infirmiers et sages-femmes
2230	Cadres infirmiers et sages-femmes
Grand groupe 3 Professions intermédiaires	
32	Professions intermédiaires des sciences de la vie et de la santé
322	Professions intermédiaires de la médecine moderne (à l'exception du personnel infirmier)
3221	Assistants médicaux
3222	Hygiénistes
3223	Dietéticiens et spécialistes de la nutrition
3224	Optométriciens et opticiens
3225	Assistants de médecine dentaire
3226	Kinésithérapeutes et assimilés
3228	Assistants et préparateurs en pharmacie
3229	Professions intermédiaires de la médecine moderne (à l'exception du personnel infirmier) non classées ailleurs
323	Personnel infirmier et sages-femmes (niveau intermédiaire)
3231	Personnel infirmier (niveau intermédiaire)
3232	Sages-femmes (niveau intermédiaire)
324	Praticiens de la médecine traditionnelle et guérisseurs
3241	Praticiens de la médecine traditionnelle
3242	Guérisseurs

Source : BIT (1990a).

Le grand groupe 3 – professions intermédiaires – est défini comme suit :

« Ce grand groupe comprend les professions dont les tâches principales exigent pour leur accomplissement des connaissances techniques et une expérience d'une ou de plusieurs disciplines des sciences physiques et des sciences de la vie, ou des sciences sociales et des humanités. Ces tâches consistent en travaux de caractère technique en rapport avec l'application de concepts, de méthodes et de procédés relevant

de ces disciplines et en un enseignement d'un niveau déterminé. La plupart des professions de ce grand groupe exigent un niveau de qualification correspondant à la catégorie 5 de la CITE (BIT, 1990a, p. 6). »

Délimitation des RHS et professions connexes

Outre les grands groupes 2 et 3 de la CITP, on peut trouver certaines professions relevant des

RHS dans le grand groupe 1 (« Membres de l'exécutif et des corps législatifs, cadres supérieurs de l'administration publique, dirigeants et cadres supérieurs d'entreprises »), surtout parmi les dirigeants. Trois sous-groupes semblent présenter un intérêt particulier : « directeurs » (sous-groupe 121), « cadres de direction, production et opérations » (sous-groupe 122), et « dirigeants et gérants » (sous-groupe 131). Les cadres employés dans le secteur sanitaire (122) ne seront inclus dans les RHS que s'ils possèdent une qualification de niveau voulu dans un domaine d'études médicales. Cela signifie que les membres de l'encadrement seront inclus dans les RHS en fonction de leurs qualifications et non en fonction de leurs professions.

En outre, la liste présentée au tableau A1.1 ne comprend pas les groupes de base 2113 « Chimistes » et 2212 « Pharmacologues, pathologistes et assimilés », professions qui sont réputées travailler principalement dans la recherche-développement médicale. Les professions des groupes 3443 « Agents des services publics accordant des prestations sociales », 2445/2446 « Spécialistes du travail social » et 3460 « Professions intermédiaires du travail social » ne devront pas être comptabilisées dans les RHS telles qu'elles sont définies dans la présente annexe, même si certaines personnes appartenant aux deux dernières catégories peuvent exercer des activités réellement liées à la santé. Les personnes qui exercent la profession d'aides-soignants mais ne possèdent pas de qualification correspondant au niveau voulu de la CITE doivent être exclues des RHS. Les catégories concernées de la CITE sont : 5132 « Aides-soignants en institution », 5133 « Aides-soignants à domicile » et 5139 « Personnel soignant et assimilé, non classé ailleurs ».

EMPLOI TOTAL DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

Définition opérationnelle

L'emploi total dans le secteur de la santé correspond au nombre de personnes, en

équivalent plein temps, employées dans le secteur institutionnel des soins de santé tel qu'il est défini au chapitre 4 et décrit de façon plus détaillée au chapitre 5. Outre le personnel relevant des RHS, cette définition inclut le personnel administratif, technique et autres catégories de personnel d'appui ainsi que les personnes travaillant pour des organismes d'assurance maladie à but lucratif et non lucratif. Elle n'inclue pas les professionnels de santé travaillant en-dehors des services de santé (par exemple, médecins travaillant dans l'industrie). Sont également exclus les employés de l'industrie pharmaceutique et des industries de fabrication de matériel médical (autres industries médicales, voir chapitres 4 et 5). De manière générale, tous les emplois qui concourent à la production intermédiaire des établissements prestataires de soins de santé doivent être exclus.

Les RHS par secteur d'activité

Il est important de connaître les secteurs d'activité concernés pour comprendre comment se répartissent les ressources humaines au sein des systèmes de santé. Cette ventilation portera uniquement sur les ressources humaines en activité, compte tenu des difficultés de répartir par secteur d'activité les personnes au chômage, et plus encore celles qui se sont retirées de la population active. Il est recommandé d'établir une ventilation des RHS suivant la nomenclature ICHA des prestataires de soins de santé.

DONNÉES RELATIVES AUX PERSONNES PHYSIQUES OU AUX ÉQUIVALENCES PLEIN TEMPS ?

Deux démarches présentent un intérêt pour la mesure des ressources humaines : celle qui permet de recueillir des données sur les personnes physiques et celle qui fournit des données concernant l'équivalence plein temps (EPT). Dans les séries relatives aux personnes physiques, les personnes sont dénombrées, en principe, une seule fois et classées une seule fois à partir de critères

appropriés. Dans les séries relatives à l'équivalence plein temps, les décomptes des personnes travaillant à temps partiel ou se partageant entre plusieurs emplois ou activités sont convertis en temps de travail effectif ou normal.

Les données relatives aux personnes physiques sont les plus courantes car elles sont généralement plus faciles à rassembler et à comparer, alors que la notion d'équivalence plein temps est parfois plus subjective et plus difficile à saisir. Qui plus est, il faudra disposer au préalable, dans certains cas, de statistiques sur les personnes physiques pour pouvoir calculer les données correspondantes exprimées en EPT. Le choix qui sera finalement opéré entre les personnes physiques et les équivalences plein temps dépend du résultat que l'on veut mesurer. La méthode des EPT peut rester préférable dans des cas particuliers, par exemple pour mesurer les activités liées à la santé ou lorsque le nombre d'emplois à temps partiel est important, ce qui est fréquemment le cas dans le secteur de la santé. Les données sur les EPT sont indispensables pour pouvoir relier les statistiques sur le personnel aux séries sur la valeur ajoutée dans le SCS et pour mesurer l'évolution de la production non marchande et de la productivité.

Données relatives aux personnes physiques

Les données relatives aux personnes physiques sont utiles pour mesurer à la fois les stocks et les flux. Elles permettent de rattacher l'analyse aux données concernant l'offre d'enseignement et aux flux du système, ainsi qu'à d'autres types de statistiques fondées sur les individus (cas des statistiques se rapportant à la démographie et à l'emploi). En comparant les données à différents moments dans le temps, cette approche permet de calculer les variations nettes du stock et les taux de croissance moyens.

Trois options s'offrent en principe pour la réalisation de calculs basés sur le nombre de personnes physiques :

- Nombre de personnes appartenant au RHS à une date donnée (par exemple en milieu d'année).
- Nombre moyen de RHS au cours de l'année (civile).
- Nombre total de personnes faisant partie des RHS durant l'année (civile).

Les deux premières options semblent les plus indiquées pour mesurer les stocks de RHS, et elles sont aussi généralement appliquées pour d'autres statistiques concernant les ressources humaines (emploi, recrutement, etc.) qui sont réunies à l'occasion d'enquêtes annuelles ou trimestrielles. La troisième option paraît plus pertinente lorsqu'il s'agit de mesurer les flux ou de tirer des données sur les flux à partir de séries de stocks pour les personnes qui appartiennent à la catégorie des RHS uniquement en raison de leur profession. Si une telle personne entreprend et abandonne une activité liée à la santé plusieurs fois dans l'année, il (ou elle) est décompté(e) plusieurs fois avec la troisième option, mais une seule fois, voire pas du tout, avec les deux premières. Par conséquent, une comparaison entre des chiffres de stocks obtenus sur la base des options 1 ou 2 et ceux découlant de l'option 3 donne une idée approximative des flux multiples, peut-être davantage au niveau micro-économique, lorsqu'il s'agit de mesurer les RHS dans des domaines se caractérisant par une forte mobilité ou rotation des effectifs (ce qui peut être le cas chez les infirmiers).

Équivalence plein temps (EPT)

La conversion en équivalence plein temps s'effectue selon des modalités qui varient d'un pays à l'autre, mais sauf indications contraires, les calculs sont basés sur une durée de travail hebdomadaire de 35 heures ou plus. Un alignement progressif sur les règles de calcul recommandées dans le SCN 93 (paragraphes 17.14 à 17.18) est souhaitable. L'approche fondée sur les EPT est adoptée lorsqu'on souhaite utiliser les données sur l'emploi des RHS pour

mesurer approximativement la quantité (ou le volume) d'activités menées ou de services fournis.

Lorsque des personnes exercent une activité majeure et une activité mineure, il est possible dans certains cas d'utiliser des données modifiées sur les personnes physiques en classant les intéressés sous leur activité principale. Dans le cas, par exemple, d'un étudiant qui travaille, le BIT précise que l'activité est le critère dominant. Dans d'autres cas, la seule méthode efficace est de calculer les EPT.

Deux méthodes de calcul des EPT sont proposées dans la version révisée du Système de comptabilité nationale (SCN 93, paragraphe 15.102) :

- *Le total des heures travaillées*, qui est égal à la somme des heures effectivement travaillées au cours de la période par les salariés et les indépendants.
- *Le nombre d'emplois équivalents plein temps*, qui correspond au total des heures travaillées, divisé par la moyenne annuelle des heures travaillées dans les emplois à plein temps.

Le deuxième concept peut être calculé plus approximativement comme étant le « nombre d'emplois sur une base à plein temps ». A l'heure actuelle, cette méthode est la plus couramment utilisée dans les tableaux des comptes nationaux satellites, mais on estime qu'elle ne permet plus de traiter de manière satisfaisante l'emploi à temps partiel et le SCN révisé recommande la notion de « total des heures travaillées » comme étant le meilleur moyen de recueillir des données sur l'apport de main-d'œuvre, c'est-à-dire principalement pour mesurer la productivité.

UN CADRE DE BASE POUR INTÉGRER LES STATISTIQUES SUR L'ÉDUCATION ET SUR LE PERSONNEL

Modèle schématique

Il est certes possible de mesurer les stocks à de nombreux niveaux de désagrégation, mais

habituellement les responsables des politiques s'intéressent surtout aux stocks nationaux. Les migrations internationales de RHS sont suivies depuis longtemps, en relation notamment avec l'étude du phénomène de la « fuite des cerveaux ». La mondialisation des activités liées à la santé, et des activités économiques en général, qui a pour corollaire l'internationalisation des activités professionnelles et des lieux de résidence, entrave les tentatives d'évaluation des stocks nationaux de RHS sous l'angle de la résidence. Le Système de comptabilité nationale (SCN) contient des principes directeurs pour traiter les cas traditionnels tels que les organisations internationales, les ambassades et les bases militaires à l'étranger. En outre, du moins dans l'Union européenne, il n'est pas rare qu'une personne exerçant une activité liée à la santé réside officiellement dans un pays tout en travaillant dans un autre. Des dispositions spéciales sont proposées dans le but de prendre en compte les personnes dont le lieu de résidence et d'emploi ne sont pas identiques, notamment pour les besoins de mesure et d'analyse des stocks régionaux de RHS.

Une attention particulière est accordée à la « filière » des flux d'entrées qui se produisent dans le stock de RHS à travers le système éducatif. Outre le très grand intérêt qu'elle revêt pour les responsables de l'élaboration des politiques et de la planification, cette question est importante parce que les étudiants, et plus spécialement les étudiants étrangers, reçoivent un traitement spécial dans les comptes nationaux et dans les données relatives à la population active.

Lorsqu'on mesure les RHS, il est important de faire la distinction entre les stocks et les flux. De manière générale, les stocks donnent une image (un instantané) correspondant à un point donné dans le temps. Les flux se rapportent à des mouvements (entrées ou sorties) intervenant dans ce stock durant un laps de temps donné, habituellement une année. Comme exemple de chiffre de stock, on peut citer le nombre de

titulaires d'un doctorat en médecine employés dans un pays et dans une branche donnée du secteur de la santé à une date déterminée. Par stock de RHS, on peut entendre le nombre de personnes qui, à un moment donné dans le temps, remplissent les conditions énoncées dans la définition des RHS.

Par flux de RHS, on peut entendre le nombre de personnes qui, au début d'une période de temps, ne remplissent aucune des conditions requises pour faire partie des RHS mais qui acquièrent l'une au moins des caractéristiques des RHS durant la période de temps considérée (entrée), ainsi que le nombre de personnes qui, au début d'une période de temps, remplissent l'une au moins des conditions énoncées dans la définition des RHS mais cessent de les remplir durant la période de temps considérée (sortie). Comme exemple de flux de RHS, on peut citer le nombre d'étudiants qui obtiennent un diplôme universitaire de pharmacien dans un pays et au cours d'une année donnée.

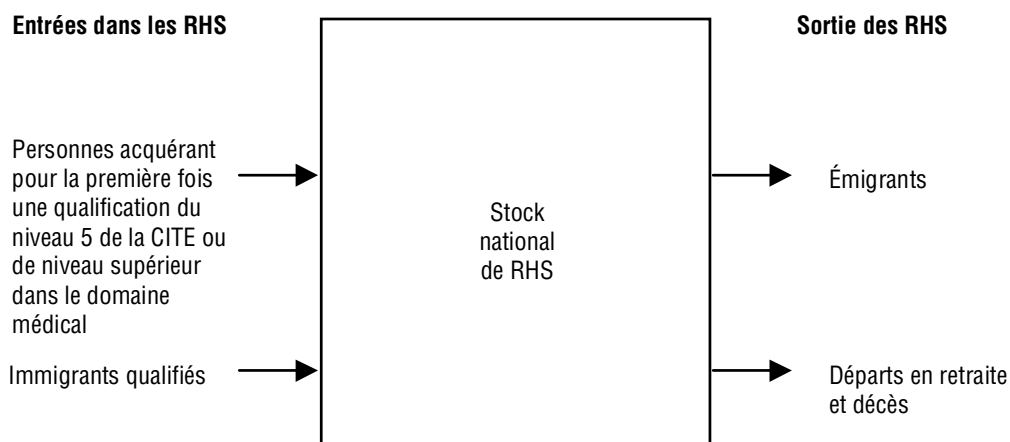
En principe, un flux soit entre dans un stock, soit en sort. Cependant, la notion de « flux internes » peut aussi se révéler utile. On entend par là les

flux enregistrés à l'intérieur d'un stock durant une période de temps donnée. Les flux internes de RHS peuvent être définis comme représentant celles des personnes appartenant au stock de RHS dont les caractéristiques connaissent un changement durant la période considérée sans qu'elles perdent pour autant les caractéristiques essentielles pour être comptabilisées dans les RHS. Comme exemple de flux internes de RHS, on peut citer des personnes qui changent de secteur d'emploi, ou qui acquièrent une qualification d'un niveau plus élevé de la CITE.

La figure A1.1 donne une illustration des stocks de RHS (d'un pays, par exemple) ainsi que des entrées et sorties, mais non des flux internes de RHS. Elle n'est présentée qu'à titre d'exemple. Il est possible de faire une subdivision plus poussée des stocks et des flux de manière à faire apparaître des niveaux plus détaillés. Le stock de RHS d'un pays englobe aussi bien les chômeurs, les retraités et les inactifs que les personnes qui travaillent.

Les entrées et sorties intervenant dans le stock de RHS d'un pays appellent une description plus détaillée. Une personne entre dans le stock de RHS dès le jour où elle a achevé avec succès des

Figure A1.1. **Stocks et flux nationaux de RHS : un modèle schématique**



études du troisième degré dans le domaine médical, quelles que soient par ailleurs ses autres caractéristiques, notamment sa situation au regard de l'emploi ou sa nationalité. Le stock de RHS d'un pays peut aussi augmenter en raison de l'arrivée d'immigrants possédant déjà une qualification du niveau requis. Les sorties du stock de RHS d'un pays résultent des décès, de l'émigration et du retrait de personnes ayant dépassé un âge déterminé (75 ans, soit dix ans après l'âge de la retraite). Les personnes possédant une qualification appropriée ne sortent pas du stock national de RHS pour cause de chômage ou de départ à la retraite. Le champ couvert par quelques-uns de ces flux externes est décrit plus en détail dans les sections suivantes, qui traitent de la « filière » provenant du secteur de l'enseignement supérieur et définissent l'aspect « national » des stocks nationaux et des flux qui leur sont associés.

Le stock de RHS peut être subdivisé en de multiples sous-ensembles nationaux ou régionaux en fonction d'un certain nombre de caractéristiques :

- Stock de RHS dans certaines professions essentielles du secteur de la santé (effectif total ou ventilé par profession) ; exemples : nombre de médecins, de pharmaciens, d'infirmiers qualifiés.
- Stock de RHS possédant un niveau donné d'instruction (effectif total ou ventilé par domaine d'études) ; exemples : nombre de titulaires d'un doctorat, nombre de pharmaciens titulaires d'un doctorat.
- Stock de RHS ventilé par sexe, par âge ou par d'autres caractéristiques personnelles ; exemples : nombre de médecins de sexe féminin âgés de moins de 40 ans, nombre de dentistes de sexe féminin.

Les flux, comme les stocks, peuvent être subdivisés de bien des manières, selon les caractéristiques personnelles, les caractéristiques géographiques (lieu de départ ou d'arrivée) ou selon le type de flux. Les trois principales catégories de flux ont

été mentionnées plus haut – entrées, sorties et flux internes – et les différents types d'entrées et de sorties ont été illustrés à la figure A1.1.

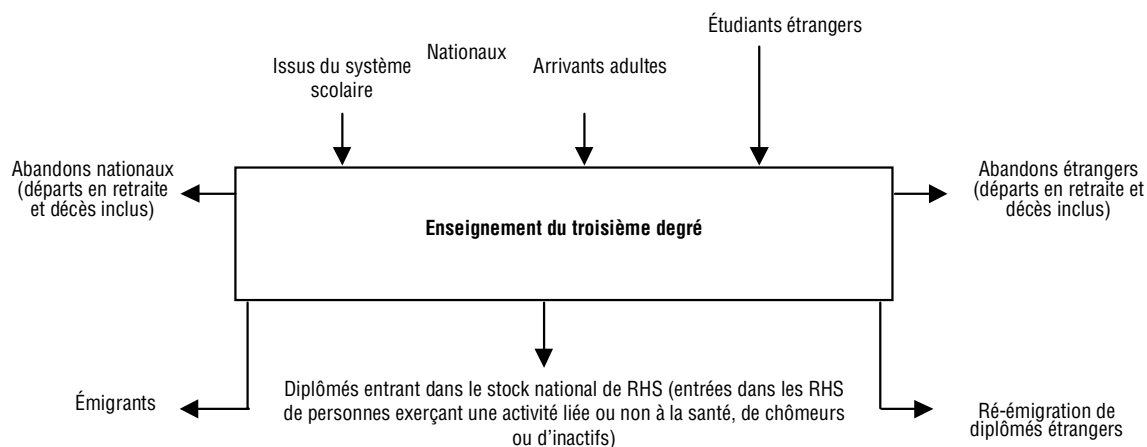
Exemples de flux internes :

- Personne précédemment inactive qui recommence à exercer une profession médicale ; exemples : médecin reprenant un emploi après s'être occupé de ses enfants pendant quelques années.
- Personne ayant les qualifications voulues qui devient inactive ; exemple : médecin qui prend sa retraite à l'âge de 60 ans.
- Personne ayant les qualifications voulues qui exerçait une profession médicale et s'oriente vers une activité non médicale ; exemple : médecin qui devient consultant dans l'industrie pharmaceutique.
- Flux entre différents domaines d'activité médicale, différents secteurs d'emploi ou différentes situations au regard de l'activité.
- Flux entre les niveaux 5, 6 et 7 de la CITE ; exemple : auxiliaire médical obtenant un doctorat.
- Flux entre des régions à l'intérieur d'un pays ; exemple : infirmier quittant les nouveaux *Länder* allemands pour les anciens *Länder*.

La filière

Une source essentielle des flux d'entrées dans le stock de RHS réside dans les promotions issues de l'enseignement supérieur. Les flux de personnes qui entrent dans l'enseignement supérieur, y poursuivent leurs études et le quittent constituent ce qu'on peut appeler la filière. La filière comporte une série de flux principaux et de points critiques qui peuvent tous intéresser l'analyse des RHS. Les flux d'entrées et de sorties sont illustrés à la figure A1.2. Là encore, on peut considérer ces flux séparément en fonction du domaine d'études scientifiques et techniques, du niveau de qualification, des caractéristiques personnelles telles que l'âge, le sexe et la nationalité.

Figure A1.2. Les principaux flux de la filière



Trois raisons ont conduit à faire apparaître séparément les flux d'étudiants étrangers dans la figure A1.2. Tout d'abord, si ces flux étaient éliminés des chiffres de RHS, on obtiendrait une image très différente des tendances du système « national ». Deuxièmement, les étudiants peuvent relever du champ de compétences de différents organes publics (par exemple, les services d'aide au développement) et être soumis à différents régimes (par exemple sous l'angle des droits de scolarité, dans le cadre des universités et des autres établissements d'enseignement supérieur), et ils ont souvent des visas qui ne leur permettent pas de rester dans le pays hôte une fois leur diplôme obtenu. Troisièmement, selon le système révisé de comptabilité nationale, ils ne sont pas des résidents du pays où ils font leurs études, et par conséquent, ils n'entrent pas dans le stock de RHS du pays en question, à moins qu'ils n'obtiennent le statut de résident à l'issue de leurs études.

Il est à noter que les personnes pénétrant dans la filière (« entrées ») de l'enseignement du troisième degré ou qui y sont déjà (« en cours d'études ») ne peuvent constituer des RHS qu'à partir du moment où elles obtiennent un diplôme (« promotions »). Par ailleurs, les renseignements chiffrés

relatifs à ces deux premières catégories (étudiants inscrits) sont importants en ce qu'ils constituent l'un des principaux éléments statistiques requis pour prévoir l'offre future des RHS.

Ventilation des RHS selon la situation au regard de l'activité

Si l'analyse privilégie généralement les RHS qui occupent des emplois permanents à temps complet, il paraît important, compte tenu de l'évolution de l'emploi dans le domaine médical, de recenser aussi les travailleurs à temps partiel, et si possible les personnes sous contrat de courte durée ainsi que les chômeurs. De même, parmi les RHS qui ne font pas partie de la population active, il convient de faire la distinction entre celles qui sont encore « dans la filière » notamment les étudiants de deuxième ou troisième cycles, celles qui s'en sont retirées (les retraités) et les autres.

On recommande d'employer la classification présentée ci-contre. A l'exception de la ventilation des « personnes pourvues d'un emploi », les catégories sont celles qui sont recommandées par le manuel du BIT (BIT, 1990*b*). Conformément aux recommandations du BIT, les étudiants et les retraités qui exercent une activité économique,

même mineure, au cours de la période de référence, doivent être considérés comme économiquement actifs (pourvus d'un emploi ou au chômage). Seules les personnes n'ayant aucune activité économique devraient être considérées comme ne faisant pas partie de la population active (voir SCN 93, 6.19-6.22, Les services domestiques et personnels produits par les ménages pour leur propre consommation finale). En conséquence, le nombre de RHS ne faisant pas partie de la population active et inscrites dans des établissements d'enseignement ne sera donc pas le même que le nombre de RHS faisant des études à plein temps (ou des études à temps partiel), point qu'il convient de garder présent à l'esprit pour la compilation de données émanant de sources multiples.

La ligne de partage (20 heures par semaine) entre le travail « à plein temps » et à « temps partiel » se réfère aux « heures habituelles de travail », c'est-à-dire la valeur dominante du « temps de travail effectif » sur une longue période. En principe, cette ventilation devrait s'appliquer au stock national (ou régional) sous l'angle du lieu de résidence. A cette fin, il faut s'assurer que les effectifs de la population active comprennent les personnes qui résident dans le pays mais sont employées ou enregistrées comme chômeurs dans un autre pays et excluent les personnes employées (ou enregistrées comme chômeurs) dans le pays mais n'y résident pas.

Les types de données nécessaires pour effectuer la ventilation des stocks nationaux sont présentés ci-dessous.

Personnes actives

Personnes pourvues d'un emploi :

- Forces armées.
- Population active civile :
 - salariés ;
 - effectifs permanents à plein temps ;
 - effectifs permanents à temps partiel

(le temps partiel s'entendant habituellement d'une durée de travail inférieure à 20 heures par semaine) ;

- effectifs sous contrat de courte durée (durée inférieure à trois ans) ;
- travailleurs indépendants.

Personnes au chômage (et disponibles pour un emploi).

Personnes inactives

- Inscrites dans un établissement d'enseignement (par exemple, étudiants de deuxième ou troisième cycles non classés ailleurs).
- Occupées par des tâches ménagères (non classées ailleurs).
- Personnes à la retraite ou âgées, n.c.a.
- Autres catégories de personnes inactives (infirmes, invalides, etc.), n.c.a.

ANNEXE A.2. CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES ACTES MÉDICAUX

La Classification internationale des actes médicaux (CIAM) a été publiée en 1978 par l'OMS à titre d'essai. Cette classification a été adoptée par quelques pays, et un certain nombre d'autres s'en sont inspirés pour élaborer leur propre nomenclature nationale des actes chirurgicaux. C'est la raison pour laquelle elle est utilisée à titre d'illustration dans certaines parties du chapitre 9 de ce manuel.

Il convient de préciser qu'en raison des progrès rapides des méthodologies médicales, l'OMS a décidé de ne pas entreprendre la révision de la CIAM en parallèle à la préparation de la Dixième révision de la Classification internationale des maladies (CIM-10, 1992). Seule la structure de base à deux chiffres de la CIAM est reproduite au tableau A2.1. Pour des notes explicatives et de plus amples précisions, se reporter à la publication de l'OMS (1978).

Tableau A2.1. Chapitres et divisions de la Classification internationale des actes médicaux

Chapitres de la CIAM	
1.	Actes de diagnostic médical
2.	Actes de laboratoire
3.	Radiologie et techniques apparentées
4.	Actes de prévention
5.	Actes chirurgicaux
6./7.	Médicaments et substances biologiques
8.	Actes thérapeutiques
9.	Actes médicaux auxiliaires et autres
Divisions de la CIAM	
1.	<i>Actes de diagnostic médical</i>
1	Soins médicaux initiaux
2	Soins médicaux ultérieurs
3	Consultation
4	Soins aux nouveau-nés
5	Examens d'appareils particuliers
6	Examen d'autres appareils particuliers
7	Biopsie
8	Biopsies chirurgicales
9	Endoscopie
10	Épreuves fonctionnelles physiologiques
11	Actes pratiqués à des fins diagnostiques
12	Autres actes pratiqués à des fins diagnostiques
Codes CIAM (niveau à deux chiffres)	
	1.10 - 1.12
	1.13 - 1.15
	1.16 - 1.18
	1.19
	1.20 - 1.27
	1.30 - 1.37
	1.40 - 1.49
	1.50 - 1.59
	1.60 - 1.69
	1.70 - 1.76
	1.80 - 1.89
	1.90 - 1.99

Tableau A2.1. **Chapitres et divisions de la Classification internationale des actes médicaux** (suite)

Divisions de la CIAM	Codes CIAM (niveau à deux chiffres)
<i>2. Actes de laboratoire</i>	
1. Chimie biologique du sang	2.10-2.18
2. Analyse chimique d'autres liquides de l'organisme	2.20-2.28
3. Épreuves fonctionnelles chimiques	2.30-2.36
4. Explorations endocriniennes et enzymes	2.40-2.49
5. Microbiologie	2.50-2.57
6. Sérologie et immunologie	2.60-2.68
7. Mycologie et parasitologie	2.70-2.75
8. Hématologie	2.80-2.88
9. Anatomopathologie générale	2.90-2.97
<i>3. Radiologie et techniques apparentées</i>	
<i>4. Actes de prévention</i>	
1. Examens de santé divers	4.10-4.19
2. Examen de dépistage	4.20-4.27
3. Prévention et éradication des maladies infectieuses	4.30-4.38
4. Prophylaxie et éradication d'autres maladies générales	4.40-4.48
5. Prévention et éradication d'affections localisées	4.50-4.55
6. Soins à la mère et à l'enfant	4.60-4.79
<i>5. Actes chirurgicaux</i>	
<i>6/7. Médicaments et substances biologiques</i>	
<i>8. Actes thérapeutiques</i>	
1. Élimination d'une matière indésirable	8.10-8.19
2. Remises en place	8.20-8.29
3. Immobilisation et soutien	8.30-8.38
4. Tractions sur le squelette ou d'autres structures	8.40-8.48
5. Autres procédés mécaniques	8.50-8.58
6. Autres actes de physiothérapie	8.60-8.69
7. Actes concernant l'appareil respiratoire	8.70-8.78
8. Actes concernant l'appareil circulatoire	7.80-8.88
9. Actes pré-et post-opératoires	8.89
10. Monitoring clinique	8.90-8.99
<i>9. Actes auxiliaires</i>	
1. Autres traitements	9.10-9.19
2. Autres soins	9.20-9.29
3. Assistance anatomo-physiologique	9.30-9.37
4. Physiothérapie et techniques apparentées	9.40-9.49
5. Autres réadaptations	9.50-9.59
6. Psychothérapie	9.60-9.68
7. Traitements socio-psychologiques et autres traitements spécialisés	9.70-9.77
8. Actions à long terme et de surveillance	9.80-9.82

Source : OMS (1978), *Classification internationale des actes médicaux*, vol. 1.

ANNEXE A.3. CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES SOINS PRIMAIRES

L'*International Classification of Health Process in Primary Care* (IC-Process-PC) est un outil de classification des procédures en soins primaires mis au point par l'Organisation mondiale des collèges nationaux, académies et associations académiques des généralistes et médecins de famille (WONCA) en collaboration avec le North American Primary Care Research Group (Groupe de recherche nord-américain sur les soins primaires). On trouvera ci-après une présentation synthétique de la structure générale de cette classification (IC-Process-PC, 1986, p. 7). La taxinomie des actes médicaux présentée dans la seconde édition de la Classification internationale des soins primaires (CISP-2, 1998), récemment publiée, est globalement compatible avec la Classification IC-Process-PC reproduite ci-dessous. Cette dernière étant cependant plus précise et élaborée, elle a été préférée à la CISP-2 pour illustrer les rubriques de la nomenclature fonctionnelle des soins de santé (ICHA-HC) présentée au chapitre 9.

Les rubriques de cette classification ont été sélectionnées en fonction de leur fréquence d'utilisation telle qu'elle a été déterminée au cours d'essais pratiques. La classification comprend 9 sections :

- Lieu de réalisation et durée des soins.
- Laboratoires cliniques.
- Imagerie diagnostique (y compris radiographies, imagerie en médecine nucléaire, ultrasons, etc.).
- Actes diagnostiques autres que les actes de laboratoire et d'imagerie.
- Actes thérapeutiques.
- Médicaments et produits pharmaceutiques à usage thérapeutique.
- Services cliniques et administratifs.
- Suivi médical.

L'ordre de ces sections suit la progression logique d'une rencontre entre un patient et un prestataire de soins, avec tout d'abord le lieu et la durée de la rencontre, puis les actes diagnostiques et thérapeutiques, et enfin le suivi médical. Les « médicaments et produits pharmaceutiques à usage thérapeutique » sont répartis sur deux sections (6 et 7) en raison du grand nombre de rubriques concernées. Le contenu des sections 1 (lieu et durée des soins) et 9 (suivi médical) n'a pas été reproduit au tableau A3.1 car il ne présente pas d'intérêt pour l'élaboration de la nomenclature fonctionnelle ICHA-HC.

Tableau A3.1. **IC-Process-PC : Sections et principales subdivisions**

Codification IC-Process-PC	Rubrique IC-Process-PC
<i>Section 2</i>	<i>Laboratoire clinique</i>
20	Analyses physico-chimiques de l'urine
21	Chimie du sang (tests sur l'ensemble des constituants du sang, le plasma ou le sérum inclus)
22	Profils d'analyses du sang automatisés
23	Hématologie
24	Immunologie
25	Analyse des selles
26	Cultures microbiologiques
27	Examen microscopique
28	Cytologie spécialisée et anatomo-pathologie
29	Examens de laboratoire n.c.a.
<i>Section 3</i>	<i>Imagerie diagnostique</i>
30	Radiographie osseuse conventionnelle
31	Radiographie simple des tissus mous (sauf imagerie en médecine nucléaire, résonance magnétique nucléaire, ultrasons)
32	Radiographie avec utilisation d'un produit de contraste ou photo-imagerie
33	Tomodensitométrie et imagerie par résonance magnétique nucléaire
34	Imagerie en médecine nucléaire
35	Examens diagnostiques aux ultrasons
39	Imagerie diagnostique n.c.a.
<i>Section 4</i>	<i>Actes diagnostiques autres que les actes de laboratoire et d'imagerie</i>
40	Tests cutanés et de sensibilité à visée diagnostique
41	Tracés électriques
42	Endoscopie
43	Examens ophtalmologiques
44	Exploration de la fonction auditive et vestibulaire
45	Exploration de la fonction pulmonaire
46	Surveillance du fœtus
49	Actes diagnostiques autres que les actes de laboratoire et d'imagerie n.c.a.
<i>Section 5</i>	<i>Actes thérapeutiques</i>
50	Réparation ou immobilisation
51	Excision, incision, biopsie, aspiration, évacuation de tissus ou de liquides de l'organisme
52	Destruction ou cautérisation
53	Injection
54	Pression, compression, dilatation, tamponnement ou pansement
55	Actes de physiothérapie
56	Actes concernant le système urinaire et de reproduction (y compris interruption de grossesse), à l'exclusion de tous les autres actes d'obstétrique : section 57
57	Actes d'obstétrique (à l'exclusion de l'interruption de grossesse : 560)
58	Actes divers
59	Actes n.c.a.

Tableau A3.1. **IC-Process-PC : Sections et principales subdivisions** (suite)

Codification IC-Process-PC	Rubrique IC-Process-PC
<i>Section 6 et 7</i>	<i>Médicaments et produits pharmaceutiques à usage thérapeutique</i>
60	Système digestif
61	Métabolisme
62	Sang et organes hématopoïétiques
63	Système cardio-vasculaire
64-65	Produits dermatologiques
66	Appareil génito-urinaire et hormones sexuelles
67	Préparations hormonales systémiques (sauf hormones sexuelles)
68	Anti-infectieux généraux, systémiques
70	Système ostéo-articulaire
71	Système nerveux central
72	Parasitologie
73	Appareil respiratoire
74	Organes des sens
79	Divers
<i>Section 8</i>	<i>Services cliniques et administratifs</i>
80	Examen médical/bilan de santé détaillé
81	Examen médical/bilan de santé partiel
82	Conseils/bilan psychologique et éducation pour la santé
83	Conseils/bilan psychologique et éducation pour la santé
84	Conseils/bilan et éducation pour la santé : sexualité et grossesse
85	Consultation sans bilan, examen ou conseil
89	Services cliniques et administratifs n.c.a.

ANNEXE A.4.

LA SANTÉ DANS LA CLASSIFICATION CENTRALE DE PRODUITS

La Classification centrale de produits (CPC) fait partie de la famille des nomenclatures des Nations Unies qui couvrent l'ensemble de l'économie (telles que la Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique et les nomenclatures fonctionnelles de la dépense utilisées dans le SCN 93). Il existe en fait des liens étroits entre ces diverses nomenclatures, notamment dans le cas des services de soins de santé définis en termes d'industries prestataires. Dans la CPC, ces services correspondent au groupe 931, Services de santé humaine, lui-même fractionné en trois classes (Services hospitaliers, Services médicaux et dentaires et Autres services de santé humaine) et huit sous-classes.

Le Système de comptes de la santé repose sur une classification des dépenses à deux dimensions : par fonction (nomenclature ICHA-HC des fonctions de soins de santé) et par industrie prestataire (nomenclature ICHA-HP des prestataires de soins de santé). Par rapport à cette double ventilation, les grandes catégories de la CPC sont donc trop larges pour pouvoir s'appliquer aux comptes proposés. Les éléments pertinents de cette classification qui sont reproduits dans le tableau A4.1 servent essentiellement à illustrer les

liens structurels entre la CITI et les nomenclatures fonctionnelles du SCN 93, respectivement présentées ci-après dans les annexes A.5 et A.6 de ce manuel. Les rubriques de la CPC consacrées aux services d'assurance-accidents et d'assurance-maladie (classe 7132) ainsi qu'aux services administratifs de la santé (sous-classe 91122) sont également présentées dans le tableau A4.1 et expliquées dans les notes qui l'accompagnent.

NOTE EXPLICATIVES DU TABLEAU A4.1

71320 Services d'assurance-accident et d'assurance-maladie

Cette sous-classe comprend :

- Les services d'assurance garantissant le paiement de certaines sommes destinées à couvrir les frais d'hospitalisation et les frais médicaux ou dentaires non couverts par les régimes publics et, habituellement, certaines autres dépenses de santé comme celles afférentes aux médicaments prescrits, aux prothèses, aux transports par ambulance, aux infirmiers privés, etc.
- Les services d'assurance garantissant le paiement de certaines sommes destinées à couvrir les frais dentaires.

Tableau A4.1. Les services de soins de santé dans la CPC, Version 1

Groupe	Classe	Sous-classe	Désignation	Cat. correspondante de la CITI
<i>Section 7</i>			<i>Services financiers et d'assurance ; services immobiliers ; services de location</i>	
Division 71			Services financiers et d'assurance	
713			Services d'assurance et des fonds de pensions	
	7132	71320	Services d'assurance-accident et d'assurance-maladie	6603
<i>Section 9</i>			<i>Services collectifs, sociaux et personnels</i>	
Division 91			Services d'administration publique et de sécurité sociale	
911			Services d'administration publique	
	9112		Services administratifs de soutien des activités sociales	
		91122	Services administratifs de la santé	7512
Division 93			Services de santé et d'action sociale	
931			Services de santé humaine	
	9311	93110	Services hospitaliers	8511
	9312		Services médicaux et dentaires	
		93121	Services de médecine générale	8512
		93122	Services de médecine spécialisée	8512
		93123	Services dentaires	8512
	9319		Autres services de santé humaine	
		93191	Services infirmiers et paramédicaux	8519
		93192	Services d'ambulances	8519
		93193	Services des maisons de santé	8519
		93199	Autres services de santé humaine n.c.a.	8519

- Les services d'assurance garantissant le paiement de certaines sommes destinées à couvrir les frais médicaux encourus à l'occasion de déplacements en dehors d'une région géographique déterminée.
- Les services d'assurance garantissant le versement, à intervalles périodiques, de certaines sommes lorsque l'assuré ne peut pas travailler par suite d'invalidité due à une maladie ou à un accident.
- Les services d'assurance garantissant le paiement d'indemnités en cas de décès ou d'invalidité à la suite d'un accident.

91122 Services administratifs de la santé

Cette sous-classe comprend :

- Les services administratifs publics dans tous les domaines des soins de santé et des programmes sociaux.
- Les services publics d'administration, de gestion, d'inspection et de soutien fournis aux cliniques, hôpitaux, maisons de repos et de convalescence.
- Les services publics d'administration, de gestion, de tutelle et de soutien en rapport avec la santé publique (banques du sang, dépistage,

prophylaxie, contrôle de la qualité des médicaments, contrôle des naissances, etc.). Ces services sont souvent assurés par du personnel non rattaché à l'hôpital, à la clinique ou au médecin.

Cette sous-classe ne comprend pas :

- Les services de prestations de maladie, cf. 91310.
- Les services d'assistance sociale, cf. 933.

93110 Services hospitaliers

Cette sous-classe comprend :

- Les services hospitaliers chirurgicaux fournis principalement à des patients hospitalisés, sous la direction de médecins, dans le but de les guérir ou de réactiver et/ou de stabiliser leur état de santé.
- Les services hospitaliers de médecine générale fournis principalement à des patients hospitalisés sous la direction de médecins, dans le but de les guérir ou de réactiver et/ou de stabiliser leur état de santé.
- Les services hospitaliers de gynécologie et d'obstétrique ou d'autres spécialités fournis principalement à des patients hospitalisés sous la direction de médecins, dans le but de les guérir ou de réactiver et/ou de stabiliser leur état de santé.
- Les services hospitaliers de réadaptation fournis principalement à des patients hospitalisés sous la direction de médecins, dans le but de les guérir ou de réactiver et/ou de stabiliser leur état de santé.
- Les services hospitaliers psychiatriques fournis principalement à des patients hospitalisés sous la direction de médecins, dans le but de les guérir ou de réactiver et/ou de stabiliser leur état de santé.
- Les services hospitaliers comprennent les services médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et paramédicaux, les soins infirmiers, les services techniques, comme les analyses,

radiologie, anesthésie, etc., les services de radiologie et d'anesthésie, etc.

- Les services hospitaliers militaires ou pénitentiaires.

Cette sous-classe ne comprend pas :

- Les services fournis en consultation externe, cf. 9312.
- Les services dentaires, cf. 93123.
- Les services d'ambulances, cf. 93192.

93121 Services de médecine générale

Cette sous-classe comprend :

- Les services de diagnostic, de prévention et de traitement de maladies physiques et/ou mentales à caractère général fournis par des docteurs en médecine à l'occasion de consultations des patients ou lors de bilans de santé partiels et/ou périodiques, etc. Ces services portent sur la médecine générale. Ils peuvent être fournis dans des cabinets de médecins généralistes, en visite à domicile, en consultation externe à l'hôpital ou dans le cadre de la médecine du travail, de la médecine scolaire, etc.

93122 Services de médecine spécialisée

Cette sous-classe comprend :

- Les services de consultation dans des domaines spécialisés comme la pédiatrie, la gynécologie, l'obstétrique, la neurologie, la psychiatrie et différents autres domaines de la médecine.
- Les services de consultation de chirurgie.
- Les services de traitements ambulatoires spécialisés comme dialyse, chimiothérapie, traitement à l'insuline, traitement du système respiratoire, traitement aux rayons X et traitements assimilés.
- L'exploration fonctionnelle et l'interprétation d'images médicales (radiographiques, électrocardiogrammes, endoscopies, etc.).

Cette sous-classe ne comprend pas :

- Les services d'analyses biologiques, cf. 93199.

93123 Services dentaires

Cette sous-classe comprend :

- Les services d'orthodontie, y compris en milieu hospitalier.
- Les services de chirurgie maxillo-faciale.
- Les autres services dentaires spécialisés, comme des services de parodontologie, d'endodontie et de plastie.
- Les services de diagnostic et de traitement des maladies des dents ou des anomalies de la cavité buccale.

Note : Ces services dentaires peuvent être assurés dans des cliniques telles que celles rattachées aux écoles, aux entreprises, aux maisons de repos, etc., ainsi que dans des cabinets de consultation. Ils couvrent les services de médecine dentaire générale, tels que les examens de routine, la prévention, le traitement des caries, etc.

93191 Services infirmiers et paramédicaux

Cette sous-classe comprend :

- Les services comprenant par exemple la surveillance lors de grossesse et de l'accouchement.
- La surveillance de la mère après l'accouchement.
- Les services dans les domaines des soins infirmiers (sans hospitalisation), les conseils et la prévention pour les patients à domicile, les conseils aux jeunes mamans, l'hygiène des enfants, etc.
- Les services fournis par les physiothérapeutes et autre personnel paramédical (y compris les services spécialisés en homéopathie et autres services similaires).
- Les services fournis par les physiothérapeutes et le personnel paramédical spécialisé en ergothérapie, praxithérapie, orthophonie, kinésithérapie, psychothérapie, acupuncture, etc. Ces services sont fournis par des personnes autorisées autres que des médecins.

93192 Services d'ambulances

Cette sous-classe comprend :

- Les services de transport de patients par ambulances, avec ou sans matériel de réanimation ou personnel médical.

93193 Services des maisons de santé

Cette sous-classe comprend :

- Les services combinés d'hébergement et de soins médicaux non fournis sous le contrôle d'un médecin installé à demeure dans l'établissement.

93199 Autres services de santé humaine, non classés ailleurs

Cette sous-classe comprend :

- Les services fournis par les laboratoires d'analyses médicales.
- Les services fournis par les banques du sang, du sperme et d'organes.
- Les services d'examens dentaires.
- Les analyses médicales et les tests.
- Les autres services de santé humaine, n.c.a.

ANNEXE A.5.

LA SANTÉ DANS LA CITI : TROISIÈME RÉVISION

La Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique (CITI) se compose d'un ensemble de rubriques largement utilisées, tant sur le plan national que sur le plan international, pour l'établissement de statistiques. La nomenclature ICHA-HP des prestataires de soins de santé est fondamentalement compatible, à un niveau agrégé, avec le classement correspondant de la CITI. Comme on l'a déjà indiqué, le présent manuel recommande de maintenir des liens étroits entre le Système de comptes de la santé et les statistiques industrielles. Le tableau A5.1 ci-après présente la structure des industries prestataires de soins de santé dans la CITI, Rev. 3, avec des notes explicatives (Nations Unies, 1990, CITI, Rev. 3).

NOTES EXPLICATIVES DU TABLEAU A5.1

523 Autres commerces de détail de produits neufs en magasins spécialisés

5231 Commerce de détail de produits pharmaceutiques et médicaux, de produits de beauté et d'articles de toilette

Cette classe couvre le commerce de détail spécialisé de produits et articles pharmaceutiques, médicaux et orthopédiques, d'articles de parfumerie, de produits de beauté et de savons de toilette.

660 Activités d'assurances et de caisses de retraite (sauf sécurité sociale obligatoire)

6603 Activités d'assurances autres que sur la vie
 Cette classe couvre les assurances (y compris la réassurance autres que sur la vie (par exemple, assurance accidents, assurance incendie, assurance maladie, assurance biens, assurance automobile, assurance maritime, assurance aérienne, assurance transports, assurance contre les pertes financières et assurance responsabilité civile).

751 Administration générale ; administration de la politique économique et sociale

7512 Tutelle des activités des organismes qui s'occupent de santé, d'éducation, de culture et d'autres activités sociales, à l'exception de la sécurité sociale

Cette classe couvre la gestion par les administrations publiques des programmes et des politiques de recherche-développement visant à accroître le bien-être des personnes. Gestion de programmes de soins de santé, de promotion et de protection de la santé. Gestion de l'enseignement primaire, secondaire et supérieur et des programmes spéciaux de recyclage. Gestion de programmes

Tableau A5.1. **Classement des industries prestataires de soins de santé dans la CITI**

Catégorie de classement	Groupe	Classe	Description
G			Commerce de gros et de détail ; réparation de véhicules automobiles, de motocycles et de biens personnels et domestiques
	Division 52		Commerce de détail, sauf de véhicules automobiles et de motocycles ; réparation d'articles personnels et domestiques
	523	5231	Commerce de détail de produits pharmaceutiques et médicaux, de produits de beauté et de toilette
J			Intermédiation financière
	Division 66		Activités d'assurances et de caisses de retraite (sauf sécurité sociale obligatoire)
	660		Activités d'assurances et de caisses de retraite (sauf sécurité sociale obligatoire)
L		6603	Activités d'assurances autres que sur la vie
	Division 75		Administration publique et défense ; sécurité sociale obligatoire
	751		Administration générale ; administration de la politique économique et sociale
		7512	Tutelle des activités des organismes qui s'occupent de santé, d'éducation, de culture et d'autres activités sociales, à l'exception de la sécurité sociale
N	753	7530	Activités de sécurité sociale obligatoire
			Santé et action sociale
	Division 85		Santé et action sociale
	851		Activités de santé humaine
		8511	Activités hospitalières
		8512	Activités de pratique médicale et dentaire
		8519	Autres activités pour la santé humaine

visant à fournir des services récréatifs et culturels, par exemple spectacles et programmes de culture physique et de sport amateur. Parrainage d'activités et culturelles. Octroi de subventions aux artistes. Gestion de programmes d'approvisionnement en eau potable. Gestion des services de voirie. Gestion de programmes de protection de l'environnement, par exemple l'épuration des eaux et la lutte contre la pollution. Gestion de programmes de construction de logements.

753 7530 *Activités de sécurité sociale obligatoire*

Cette classe couvre les activités de financement et d'administration des programmes de sécurité sociale assurés par l'État. Les services de sécurité

sociale peuvent être définis comme constituant essentiellement des paiements de transfert destinés à compenser la diminution ou la perte de revenus ou une capacité de gain insuffisante. La sécurité sociale obligatoire couvre normalement la maladie, les accidents et le chômage, et assure des prestations de retraite. Elle peut couvrir également des situations particulières entraînant une perte de revenus, par exemple la maternité, l'invalidité temporaire, le veuvage ou l'accroissement de la famille.

Exclusions : les autres activités d'action sociale directe impliquant un hébergement sont rangées dans la classe 8531 et celles sans hébergement dans la classe 8532.

851 Activités de santé humaine

8511 *Activités hospitalières*

Cette classe couvre les activités des établissements hospitaliers généraux et spécialisés, des sanatoriums, préventoriums, asiles, centres de rééducation, léproseries, centres de soins dentaires et autres établissements de santé qui offrent des services d'hébergement, y compris les hôpitaux militaires et pénitentiaires. Ces activités concernent principalement des patients hospitalisés et sont exercées sous la surveillance directe de médecins. Entrent dans ces activités les prestations fournies par le personnel médical et paramédical, les laboratoires et installations techniques, y compris les services de radiologie et d'anesthésie, les cuisines et les autres installations et ressources utilisées par les hôpitaux, par exemple les services des urgences.

Exclusions : les soins médicaux dispensés au personnel militaire en campagne sont rangés dans la classe 7522 (Activités de défense). Les soins dentaires qui ne font pas intervenir un hébergement sont rangés dans la classe 8512 (Activités de pratique médicale et dentaire). Les activités portant principalement sur des soins ambulatoires sont rangées dans la classe 8519 (Autres activités pour la santé humaine), de même que les services d'ambulance.

Les activités des vétérinaires sont rangées dans la classe 8520.

8512 *Activités de pratique médicale et dentaire*

Cette classe couvre les consultations données et les soins dispensés par les médecins généralistes et spécialistes, y compris les dentistes. Il s'agit des activités exercées ou supervisées par des médecins généralistes ou spécialistes ou des chirurgiens dans des établissements de santé (y compris les cliniques hospitalières assurant les soins ambulatoires et les services de groupes de médecins préalablement rémunérés), ainsi que les activités des cabinets privés. Entrent également dans cette classe les

activités exercées dans des cliniques attachées à des entreprises, des écoles, des maisons pour personnes du troisième âge, des organisations syndicales et des confréries, ainsi qu'au domicile des patients. Ceux-ci sont généralement ambulatoires et peuvent être dirigés vers des spécialistes par les généralistes. Les soins dentaires peuvent être de nature générale ou spécialisée et peuvent être dispensés dans un cabinet privé ou dans des cliniques soignant des patients ambulatoires, y compris des cliniques attachées à des entreprises, des écoles, etc., ainsi que dans des salles d'opération.

Exclusions : les soins dispensés à des patients hospitalisés sont rangés dans la classe 8511 (Activités hospitalières). Les activités paramédicales, comme celles des sages-femmes, infirmières et physiothérapeutes, sont rangées dans la classe 8519 (Autres activités pour la santé humaine).

8519 *Autres activités pour la santé humaine*

Cette classe couvre toutes les activités afférentes à la santé humaine qui ne sont pas exercées dans des hôpitaux, ni par des médecins ou des dentistes. Il s'agit des activités exercées ou supervisées par les infirmières, les sages-femmes, les physiothérapeutes et d'autres praticiens paramédicaux, par exemple dans le domaine de l'optométrie, de l'hydrothérapie, des massages médicaux, de la praxithérapie, de l'orthophonie, de la pédiatrie, de l'homéopathie, de la chiropraxie, de l'acupuncture, etc. Ces activités peuvent être exercées dans des infirmeries attachées à des entreprises, des écoles, des maisons pour personnes du troisième âge, des organisations syndicales ou des confréries, ou encore dans des établissements de santé (autres que les hôpitaux), dans des salles de consultation privées, au domicile des patients ou ailleurs.

Cette classe couvre toutes les activités exercées par les assistants dentaires, par exemple les spécialistes en thérapie dentaire, les infirmières dentaires attachées aux écoles et les hygiénistes dentaires,

qui ne travaillent pas nécessairement au cabinet du dentiste mais dont l'activité est contrôlée régulièrement par celui-ci. Entrent également dans la présente classe les activités des cliniques dans le domaine de la pathologie et du diagnostic qui sont menées par des laboratoires indépendants, les activités des banques du sang, des ambulances routières et aériennes, des établissements de santé, à l'exception des hôpitaux, etc.

Exclusions : la production de dents artificielles, de dentiers et de prothèses par des laboratoires dentaires est rangée dans la classe 3311 (Fabrication d'instruments et d'appareils médico-chirurgicaux et d'appareils d'orthopédie). Les activités d'essais dans le domaine de l'hygiène alimentaire sont rangées dans la classe 7422 (Activités d'essais et d'analyses techniques).

ANNEXE A.6.

LA SANTÉ DANS LES NOMENCLATURES DES DÉPENSES PAR FONCTION DU SCN

Le SCN 93 comprend quatre nomenclatures des dépenses par fonction (précédemment appelées nomenclatures fonctionnelles) :

- La COICOP : Nomenclature des fonctions de la consommation individuelle.
- La COPNI : Nomenclature des fonctions des institutions sans but lucratif au service des ménages.
- La CFAP : Classification des fonctions des administrations publiques.
- La COPP : Nomenclature des dépenses des producteurs par fonction.

La « santé » est l'une des fonctions communes à ces quatre nomenclatures. Dans le système révisé des nomenclatures des dépenses par fonction, la distinction entre consommation individuelle et consommation collective s'opère de la façon suivante (Nations Unies, 1998*b*, p. 5) :

- La COICOP sert à classer les dépenses de consommation individuelle des ménages, des ISBLSM et des administrations publiques.
- La COPNI et la CFAP servent à classer toute une série d'opérations, notamment les dépenses de consommation finale, la consommation intermédiaire, la formation brute de

capital et les transferts de capital et les transferts courants respectivement effectués par les ISBLSM et les administrations publiques.

- La COPP sert à classer la consommation intermédiaire et les dépenses en capital des entreprises constituées en société et non constituées en société, financières et non financières.

La présente annexe dresse la liste de toutes les rubriques qui présentent un intérêt pour la comptabilité de la santé dans les quatre nomenclatures fonctionnelles du SCN 93. Pour plus de détails, se reporter à Nations Unies, 1998*b*. Ces rubriques sont récapitulées dans le tableau A6.1 ci-après.

Tableau A6.1. La santé dans les nomenclatures des dépenses par fonction du SCN

Fonction	COICOP : ménages	COICOP : ISBLSM	COICOP : admin. publ.	Consommation individuelle effective	COPNI	CFAP	COPP
Santé	06	13.2	14.2	06 + 13.2 + 14.2	02	07	05.2
Produits, appareils et matériel médicaux	06.1	–	–	–	02.1	07.1	–
Produits pharmaceutiques	06.1.1	13.2.1	14.2.1	–	02.1.1	07.1.1	–
Produits médicaux divers	06.1.2	13.2.2	14.2.2	–	02.1.2	07.1.2	–
Appareils et matériel thérapeutiques	06.1.3	13.2.3	14.2.3	–	02.1.3	07.1.3	–
Services ambulatoires	06.2	–	–	–	02.2	07.2	–
Services médicaux	06.2.1	13.2.4	14.2.4	–	02.2.1	–	–
Services de médecine générale	–	–	–	–	–	07.2.1	–
Services de médecine spécialisée	–	–	–	–	–	07.2.2	–
Services dentaires	06.2.2	13.2.5	14.2.5	–	02.2.2	07.2.3	–
Services paramédicaux	06.2.3	13.2.6	14.2.6	–	02.2.3	07.2.4	–
Services hospitaliers	06.3	13.2.7	14.2.7	–	02.3	07.3	–
Services hospitaliers généraux	–	–	–	–	–	07.3.1	–
Services hospitaliers spécialisés	–	–	–	–	–	07.3.2	–
Services des centres de soins médicaux et des maternités	–	–	–	–	–	07.3.3	–
Services des maisons de repos et des maisons de santé	–	–	–	–	–	07.3.4	–
Autres services de santé (santé n.c.a., CFAP)	–	13.2.8	–	–	02.6	07.6	–
Services de santé publique	–	–	14.2.8	–	02.4	07.4	–
R-D dans le domaine de la santé	–	–	–	–	02.5	07.5	–

LA SANTÉ DANS LA NOMENCLATURE DES FONCTIONS DE LA CONSOMMATION INDIVIDUELLE (COICOP)

Partie intégrante du SCN de 1993, la COICOP est également conçue pour servir dans trois autres domaines d'activité statistique : les enquêtes sur le budget des ménages, les indices des prix à la consommation et les comparaisons internationales. Les classes qui la composent font la distinction entre les services (S), les biens non durables (ND), les biens semi-durables (SD) et les biens durables (D). Cela permet par exemple, de calculer le stock de biens d'équipement par assimilation de ces derniers avec les biens durables. Le SCS ne retient toutefois pas cette ventilation

en ce qui concerne la consommation finale de biens et de services de santé.

La santé dans la COICOP (ménages) : définitions par classes

06. Santé

Cette division comprend également les services de santé fournis par les centres de santé scolaires et universitaires.

06.1 Produits, appareils et matériel médicaux
Ce groupe comprend les médicaments, les prothèses, le matériel et les appareils médicaux et autres produits liés à la santé achetés par des

particuliers ou des ménages, sur ou sans ordonnance, généralement auprès de pharmaciens ou de fournisseurs de matériel médical. Ces articles sont destinés à être consommés ou utilisés en dehors d'un établissement de santé. Lorsqu'ils sont fournis directement à des patients non hospitalisés par des médecins, des dentistes ou du personnel paramédical, ou à des patients hospitalisés par des hôpitaux, etc., ils sont classés, selon le cas, dans les services ambulatoires (06.2) ou dans les services hospitaliers (06.3).

06.1.1 Produits pharmaceutiques (ND)

- Préparations pharmaceutiques, médicaments, spécialités pharmaceutiques, sérums et vaccins, vitamines et oligo-éléments, huile de foie de morue et de flétan, contraceptifs oraux.

Sont exclus : produits vétérinaires (09.3.4) ; articles d'hygiène corporelle tels que les savons médicaux (12.1.3).

06.1.2 Produits médicaux divers (ND)

- Thermomètres médicaux, pansements adhésifs et non adhésifs, seringues hypodermiques, trousse de premier secours, bouillottes et poches de glace, bonneterie médicale (bas à varices, genouillères, etc.), tests de grossesse, préservatifs et autres dispositifs contraceptifs.

06.1.3 Appareils et matériel thérapeutiques (D)

- Lunettes de vue et lentilles de contact, audiophones, yeux de verre, membres artificiels et prothèses diverses, appareils, bandes, chaussures et ceintures orthopédiques, bandages et supports herniaires, minerves, matériel de massage et lampes thérapeutiques, fauteuils roulants et voitures d'invalides motorisés ou non, lits "spéciaux", béquilles, appareils électroniques et autres servant à mesurer la tension artérielle, etc.
- Réparation de ces articles.

Sont inclus : prothèses dentaires (mais les frais de pose sont exclus).

Sont exclus : location de matériel thérapeutique (06.2.3) ; lunettes, ceintures et bandes de protection liées à la pratique d'un sport (09.3.2) ; lunettes de soleil sans correction (12.3.2).

06.2 Services ambulatoires

Ce groupe comprend les services médicaux, dentaires et paramédicaux fournis à des patients non hospitalisés, par les médecins, les dentistes, le personnel paramédical et les auxiliaires médicaux. Ces services peuvent être assurés à domicile, chez le médecin, dans un cabinet médical, dans un dispensaire ou dans les services de consultation externe des hôpitaux et autres établissements de santé.

Les services ambulatoires comprennent les médicaments, les prothèses, les appareils et le matériel médicaux et autres produits liés à la santé que les médecins, les dentistes, le personnel paramédical et les auxiliaires médicaux fournissent directement aux patients non hospitalisés.

Les services médicaux, dentaires et paramédicaux fournis par les hôpitaux et autres établissements de soins à des patients hospitalisés sont classés dans les services hospitaliers (06.3).

06.2.1 Services médicaux (S)

- Consultations de médecins généralistes ou spécialistes.

Sont inclus : services d'orthodontiste.

Sont exclus : services de laboratoires d'analyses médicales et de centres de radiologie (06.2.3) ; services des praticiens de la médecine traditionnelle (06.2.3).

06.2.2 Services dentaires (S)

- Services de dentistes, spécialistes de l'hygiène dentaire et autres auxiliaires dentaires.

Sont inclus : frais de pose des prothèses dentaires.

Sont exclus : prothèses dentaires (06.1.3) ; services d'orthodontiste (06.2.1) ; services de laboratoires d'analyses médicales et de centres de radiologie (06.2.3).

06.2.3 Services paramédicaux (S)

- Services de laboratoires d'analyses médicales et de centres de radiologie.
- Services d'infirmiers et de sages-femmes indépendants.
- Services d'acupuncteurs, de chiropraticiens, d'optométristes, de physiothérapeutes, d'orthophonistes, etc., indépendants.
- Kinésithérapie.
- Cures thermales ou thalassothérapie (pour patients non hospitalisés).
- Services d'ambulance (autres que ceux fournis par les hôpitaux).
- Location de matériel thérapeutique.

Sont inclus : services des praticiens de la médecine traditionnelle.

06.3 Services hospitaliers

L'hospitalisation s'entend du séjour d'un patient dans un hôpital pour la durée du traitement. Le terme recouvre aussi les services des hôpitaux de jour, l'hospitalisation à domicile et les services des établissements d'accueil pour malades incurables.

Ce groupe comprend les services des centres hospitaliers et des hôpitaux spécialisés, des centres médicaux et des maternités, les services des maisons de santé, de repos et de convalescence qui assurent essentiellement des soins en régime hospitalier, et les services d'établissements pour personnes âgées dans lesquels le suivi médical constitue un élément essentiel, et des centres de rééducation qui accueillent des patients en régime hospitalier et dont l'objectif est de dispenser un traitement plutôt que d'assurer un suivi à long terme.

Les hôpitaux s'entendent des établissements où les patients sont soignés sous la supervision directe

de médecins. Les centres médicaux, les maternités, les maisons de repos et les maisons de convalescence traitent également des patients qui séjournent dans l'établissement, mais les soins y sont supervisés et souvent dispensés par du personnel moins qualifié que les médecins.

Ce groupe ne comprend pas les services d'établissements tels que les infirmeries, cabinets et dispensaires qui assurent uniquement des services ambulatoires (06.2). Il ne comprend pas non plus les maisons de retraite, les établissements pour personnes handicapées et les centres de rééducation assurant essentiellement un suivi à long terme (12.4).

06.3.0 Services hospitaliers (S)

Fourniture des services ci-après à des patients hospitalisés :

- Services de base : administration ; hébergement, restauration ; surveillance et soins assurés par du personnel non spécialisé (aides-soignants) ; premiers soins et réanimation ; transport par ambulance ; fourniture de médicaments et autres produits pharmaceutiques ; fourniture d'appareils et de matériel thérapeutiques.
- Services médicaux : services de médecins généralistes et spécialistes, de chirurgiens et de dentistes ; analyses médicales et radiologie ; services paramédicaux (services d'infirmiers, de sages-femmes, de chiropraticiens, d'optométristes, de physiothérapeutes, d'orthophonistes, etc.).

12. Biens et services divers

12.5 Assurance

La rémunération du service des assurances est classée selon le type d'assurance, selon qu'il s'agit d'assurances-vie ou d'assurances-dommages (assurance habitation, assurance maladie et assurance transports, etc.). S'il est impossible d'en répartir le montant entre les différents risques couverts, on comptabilisera la rémunération du

service des assurances multirisques en fonction du coût de la couverture du risque principal.

Par rémunération du service, on entend la différence entre, d'une part, le montant des indemnités dues et, d'autre part, le montant des primes acquises et des suppléments de primes.

12.5.3 Assurance maladie (S)

- Rémunération des services privés d'assurance maladie et d'assurance accident.

La santé dans la COICOP (ISBLSM) : définitions par classes

13.2 Santé

On retrouve cette fonction dans les groupes 02.1 à 02.6 de la COPNI.

Ce groupe correspond à la division 06 (dépenses de consommation individuelle des ménages liées à la santé) et au groupe 14.2 (dépenses de consommation individuelle des administrations publiques liées à la santé).

13.2.1 Produits pharmaceutiques (ND)

- Comme indiqué sous 02.1.1 dans la COPNI. Correspond à (06.1.1) et (14.2.1).

13.2.2 Autres produits pharmaceutiques (ND)

- Comme indiqué sous 02.1.2 dans la COPNI. Correspond à (06.1.2) et (14.2.2).

13.2.3 Appareils et matériel thérapeutiques (D)

- Comme indiqué sous 02.1.3 dans la COPNI. Correspond à (06.1.3) et (14.2.3).

13.2.4 Services médicaux ambulatoires (S)

- Comme indiqué sous 02.2.1 dans la COPNI. Correspond à (06.2.1) et (14.2.4).

13.2.5 Services dentaires ambulatoires (S)

- Comme indiqué sous 02.2.2 dans la COPNI. Correspond à (06.2.2) et (14.2.5).

13.2.6 Services paramédicaux ambulatoires (S)

- Comme indiqué sous 02.2.3 dans la COPNI. Correspond à (06.2.3) et (14.2.6).

13.2.7 Services hospitaliers (S)

- Comme indiqué sous 02.3.0 dans la COPNI. Correspond à (06.3.0) et (14.2.7).

13.2.8 Autres services de santé (S)

- Comme indiqué sous 02.4.0, 02.5.0 et 02.6.0 dans la COPNI.

La santé dans la COICOP (administrations publiques) : définitions par classes

14.2 Santé

On retrouve cette fonction dans les groupes 07.1 à 07.4 de la CFAP.

Ce groupe correspond à la division 06 (dépenses de consommation individuelle des ménages liées à la santé) et au groupe 13.2 (dépenses de consommation individuelle des ISBLSM liées à la santé).

14.2.1 Produits pharmaceutiques (ND)

- Comme indiqué sous 07.1.1 dans la CFAP. Correspond à (06.1.1) et (13.2.1).

14.2.2 Autres produits pharmaceutiques (ND)

- Comme indiqué sous 07.1.2 dans la CFAP. Correspond à (06.1.2) et (13.2.2).

14.2.3 Appareils et matériel thérapeutiques (D)

- Comme indiqué sous 07.1.3 dans la CFAP. Correspond à (06.1.3) et (13.2.3).

14.2.4 Services médicaux ambulatoires (S)

- Comme indiqué sous 07.2.1 et 07.2.2 dans la CFAP. Correspond à (06.2.1) et (13.2.4).

14.2.5 Services dentaires ambulatoires (S)

- Comme indiqué sous 07.2.3 dans la CFAP. Correspond à (06.2.2) et (13.2.5).

- 14.2.6 Services paramédicaux ambulatoires (S)
- Comme indiqué sous 07.2.4 dans la CFAP. Correspond à (06.2.3) et (13.2.6).

- 14.2.7 Services hospitaliers (S)
- Comme indiqué sous 07.3.1, 07.3.2, 07.3.3 et 07.3.4 dans la CFAP. Correspond à (06.3.0) et (13.2.7).

- 14.2.8 Services de santé publique (S)
- Comme indiqué sous 07.4.0 dans la CFAP.

La santé dans la COICOP (administrations publiques) : définitions par classes

02. Santé

Cette division comprend les ISBLSM suivantes :

- Centres hospitaliers et hôpitaux spécialisés, maisons de repos, de santé et de convalescence, maternités et centres de soins médicaux, hospices, établissements d'accueil pour malades incurables.
- Cabinets de consultation, dispensaires et centres de vaccination.
- Centres de rééducation dont l'objet est de traiter les patients et non d'assurer un suivi à long terme.
- Organisations bénévoles de services d'ambulances et de personnel paramédical assurant des secours d'urgence.
- Organismes d'éducation sanitaire et de promotion de la santé publique.
- Organisations assurant des services médicaux aux victimes de la guerre, de la famine ou de catastrophes naturelles dans le pays ou à l'étranger.
- Organisations effectuant des travaux de recherche et des études scientifiques dans les domaines de la médecine et de la santé, et fonds ou organisations caritatives finançant ce type d'activité.
- Fondations caritatives qui apportent une aide financière aux hôpitaux, maisons de repos, cabinets médicaux, etc., et fondations caritatives apportant une aide financière aux patients.

Sont inclus : hôpitaux, maisons de repos, cabinets de consultation, etc., fondés par des organismes religieux.

Sont exclus : foyers pour personnes âgées et personnes handicapées (05.1.0); centres d'hébergement pour sans-abri (05.1.0).

02.1 Produits, appareils et matériel médicaux

Ce groupe comprend les médicaments, prothèses, matériel et appareils médicaux et autres produits en rapport avec la santé obtenus par des particuliers ou des ménages, sur ou sans ordonnance, généralement auprès de pharmaciens ou de fournisseurs de matériel médical, et destinés à la consommation ou à l'utilisation en dehors des établissements de santé. Lorsqu'ils sont fournis directement par des médecins, des dentistes ou du personnel paramédical à des patients non hospitalisés, ou par des hôpitaux et autres établissements du même type à des malades hospitalisés, ces produits sont classés, selon le cas, parmi les services ambulatoires (02.2) ou parmi les services hospitaliers (02.3).

02.1.1 Produits pharmaceutiques

- Fourniture de produits pharmaceutiques tels que préparations pharmaceutiques, médicaments, spécialités pharmaceutiques, sérums et vaccins, vitamines et oligo-éléments, huile de foie de morue et de flétan, contraceptifs oraux.

02.1.2 Autres produits médicaux

- Fourniture de produits médicaux tels que thermomètres médicaux, pansements adhésifs et non adhésifs, seringues hypodermiques, trousse de premier secours, bouillottes et poches de glace, bonneterie médicale (bas à varices et genouillères, par exemple), tests de grossesse, préservatifs et autres contraceptifs mécaniques.

02.1.3 Matériel et appareils thérapeutiques

- Fourniture de matériel et d'appareils thérapeutiques tels que : lunettes de vue et lentilles

de contact, audiophones, yeux de verre, membres artificiels et autres prothèses, appareils, chaussures et ceintures orthopédiques, bandages herniaires, minerves, matériel de massage médical et lampes à usage médical, fauteuils roulants et voitures d'infirmes motorisés ou non, lits « spéciaux », béquilles, appareils électroniques et autres de surveillance de la tension artérielle, etc.

Sont inclus : les dentiers, mais non les frais d'ajustement ; la réparation des appareils et du matériel thérapeutiques.

Sont exclus : location de matériel thérapeutique (02.2.3).

02.2 Services ambulatoires

Ce groupe comprend les services médicaux, dentaires et paramédicaux fournis à des patients non hospitalisés, par les médecins, les dentistes, le personnel paramédical et les auxiliaires médicaux. Ces services peuvent être assurés à domicile, chez le médecin, dans un cabinet médical, dans un dispensaire ou dans les services externes des hôpitaux et autres établissements de santé.

Les services ambulatoires comprennent les médicaments, prothèses, matériel et appareils médicaux et autres produits de santé fournis directement aux patients non hospitalisés, par les médecins, dentistes, auxiliaires médicaux et membres des professions paramédicales.

Les services médicaux, dentaires et paramédicaux fournis par les hôpitaux et autres établissements de soins à des malades hospitalisés entrent dans la catégorie des services hospitaliers (02.3).

02.2.1 Services médicaux

- Fourniture de services médicaux par des médecins généralistes et par des spécialistes.

Sont inclus : les services d'orthodontiste.

Sont exclus : les services de laboratoires d'analyses médicales et de centres de radiologie (02.2.3) ; les services des praticiens de la médecine traditionnelle (02.2.3).

02.2.2 Services dentaires

- Fourniture de services dentaires par des dentistes, stomatologues, spécialistes de l'hygiène buccale et auxiliaires dentaires.

Sont inclus : les frais d'ajustement des dentiers.

Sont exclus : dentiers (02.1.3) ; services d'orthodontiste (02.2.1) ; services des laboratoires d'analyses médicales et des cabinets de radiologie (02.2.3).

02.2.3 Services paramédicaux

- Fourniture de services paramédicaux, par exemple :
 - Services des laboratoires d'analyses médicales et des cabinets de radiologie.
 - Services d'infirmiers et de sages-femmes.
 - Services d'acupuncteurs, de chiropracteurs et ostéopathes, d'optométristes, de physiothérapeutes, d'orthophonistes, etc.
 - Kinésithérapie.
 - Cures thermale et thalassothérapie ambulatoire.
 - Services d'ambulance autres que les services d'ambulance des hôpitaux.
 - Location de matériel thérapeutique.

Sont inclus : services des praticiens de la médecine traditionnelle.

Sont exclus : services de laboratoires de santé publique (02.4.0) ; services de laboratoires spécialisés dans la recherche des causes des maladies (02.5.0).

02.3 Services hospitaliers

L'hospitalisation s'entend du séjour d'un patient dans un hôpital pour la durée de son traitement. Le terme recouvre aussi les consultations externes des

hôpitaux, l'hospitalisation à domicile et les services des établissements d'accueil pour malades incurables.

Ce groupe comprend les services des centres hospitaliers et des hôpitaux spécialisés, des centres de soins médicaux, des maternités, des maisons de santé, de repos et de convalescence qui assurent essentiellement des soins en régime hospitalier, les services des établissements pour personnes âgées dans lesquels le suivi médical constitue un élément essentiel, et les services des centres de rééducation qui accueillent des malades hospitalisés et qui ont pour but de traiter les patients et non d'assurer un suivi à long terme.

Les hôpitaux s'entendent des établissements où séjournent des malades qui sont placés sous la supervision directe de médecins. Les centres de soins médicaux, les maternités, les maisons de repos et les maisons de santé traitent également des patients qui séjournent dans l'établissement, mais les soins y sont supervisés et souvent dispensés par du personnel moins qualifié que les médecins.

Ce groupe ne comprend pas les établissements tels que les cabinets et dispensaires qui assurent uniquement des services ambulatoires (02.2). Il ne comprend pas non plus les maisons de retraite, les établissements pour personnes handicapées et les centres de rééducation qui assurent essentiellement un suivi à long terme (05.1).

02.3.0 Services hospitaliers

- Fourniture des services suivants aux malades hospitalisés :
 - Services de base : administration ; lits, restauration ; surveillance et soins assurés par du personnel non spécialisé (aides-soignants) ; premiers soins et réanimation ; transport par ambulance ; distribution de médicaments et autres produits pharmaceutiques ; fourniture d'appareils et de matériel thérapeutiques.
 - Services médicaux : services de médecins généralistes et spécialistes, de chirurgiens et

de dentistes ; analyses médicales et radiologie ; services paramédicaux (services d'infirmiers, de sages-femmes, de chiropracteurs, d'optométristes, de physiothérapeutes, d'orthophonistes, etc.).

02.4 Services de santé publique

02.4.0 Services de santé publique

- Fourniture de services de santé publique comme l'élaboration et la diffusion d'informations sur les questions relatives à la santé publique, les services de planification de la famille, les banques du sang (collecte du sang, traitement, conservation, expédition), le dépistage (cancer, tuberculose, maladies vénériennes), la prévention (immunisation, inoculation), la surveillance (nutrition infantile, santé de l'enfant), la collecte de données épidémiologiques, etc.

Sont inclus : services de santé publique assurés par des équipes spéciales à des groupes d'utilisateurs, dont la plupart dont en bonne santé, sur le lieu de travail, dans les écoles et dans d'autres établissements non médicaux ; services de santé publique non reliés à un hôpital, à un dispensaire ou à un médecin ; services de santé publique non assurés par des médecins ; services de laboratoires de santé publique.

Sont exclus : laboratoires d'analyses médicales (02.2.3) ; laboratoires spécialisés dans la recherche des causes des maladies (02.5.0).

02.5 R-D dans le domaine de la santé

02.5.0 R-D dans le domaine de la santé

- Recherche appliquée et développement expérimental dans des domaines liés à la santé.

02.6 Autres services de santé

02.6.0 Autres services de santé

- Services de santé fournis par des ISBLSM et non classés sous (02.1.1) à (02.5.0).

LA SANTÉ DANS LA CFAP : DÉFINITIONS PAR CLASSES

07. Santé

Les dépenses publiques de santé comprennent les dépenses consacrées aux services fournis à des particuliers (services individuels) et les dépenses consacrées aux services fournis à titre collectif (services collectifs). Les dépenses afférentes aux services individuels sont classées dans les groupes (07.1) à (07.4) ; les dépenses consacrées aux services collectifs sont classées dans les groupes (07.5) à (07.6).

Les services de santé collectifs couvrent les questions telles que l'élaboration et l'administration des politiques publiques ; l'élaboration et la mise en application des normes applicables aux personnels médical et paramédical et aux hôpitaux, centres de consultation, dispensaires, etc. ; la réglementation applicable aux praticiens et la délivrance de permis d'exercer ; la recherche appliquée et le développement expérimental dans les domaines de la santé et de la médecine. Toutefois, les frais généraux liés à l'administration et au fonctionnement d'un groupe d'hôpitaux, de centres de consultation, de dispensaires, etc., sont considérés comme des dépenses individuelles et classés dans les groupes (07.1) à (07.4), selon qu'il convient.

07.1 Produits, appareils et matériel médicaux

Ce groupe comprend les médicaments, les prothèses, le matériel et les appareils médicaux et autres produits en rapport avec la santé obtenus par des particuliers ou des ménages, sur ou sans ordonnance, généralement auprès de pharmaciens ou de fournisseurs de matériel médical, et destinés à la consommation ou à l'utilisation en dehors des établissements de santé. Lorsqu'ils sont fournis directement par des médecins, des dentistes ou du personnel paramédical à des patients non hospitalisés, ou par des hôpitaux, et autres établissements du même type à des malades

hospitalisés, ces produits sont classés, selon le cas, parmi les services ambulatoires (07.2) ou parmi les services hospitaliers (07.3).

07.1.1 Produits pharmaceutiques

- Fourniture de produits pharmaceutiques, tels que préparations pharmaceutiques, médicaments, spécialités pharmaceutiques, sérums et vaccins, vitamines et oligo-éléments, huile de foie de morue et de flétan, contraceptifs oraux.
- Fourniture de produits pharmaceutiques et administration et appui.

07.1.2 Autres produits médicaux

- Fourniture de produits médicaux tels que thermomètres médicaux, pansements adhésifs et non adhésifs, seringues hypodermiques, trousse de premier secours, bouillottes et poches de glace, bonneterie médicale (bas à varices, genouillères, par exemple), tests de grossesse, préservatifs et autres contraceptifs mécaniques.
- Fourniture d'autres produits médicaux prescrits, administration et appui.

07.1.3 Matériel et appareils thérapeutiques

- Fourniture de matériel et d'appareils thérapeutiques, tels que lunettes de vue et lentilles de contact, appareils auditifs, yeux de verre, membres artificiels et autres prothèses, appareils, chaussures et ceintures orthopédiques, bandages herniaires, minerves, matériel de massage médical et lampes à usage médical, fauteuils roulants et voitures d'infirmités motorisés ou non, lits « spéciaux », béquilles, appareils électroniques et autres de surveillance de la tension artérielle, etc.
- Fourniture de matériel et appareils thérapeutiques prescrits, administration et appui.

Sont inclus : les dentiers mais non les frais d'ajustement ; la réparation des appareils et du matériel thérapeutiques.

Sont exclus : location de matériel thérapeutique (07.2.4).

07.2 Services ambulatoires

Ce groupe comprend les services médicaux, dentaires et paramédicaux dispensés aux patients non hospitalisés par les médecins, les dentistes, le personnel paramédical et les auxiliaires médicaux. Ces services peuvent être assurés à domicile, chez le médecin, dans un cabinet médical, dans un dispensaire ou dans les services de consultation externe des hôpitaux et autres établissements de soins.

Les services ambulatoires comprennent les médicaments, prothèses, matériel et appareils médicaux et autres produits de santé fournis directement aux patients non hospitalisés par les médecins, les dentistes, le personnel paramédical et les auxiliaires médicaux.

Les services médicaux, dentaires et paramédicaux fournis par les hôpitaux et autres établissements de soins à des maladies hospitalisés sont classés dans les services hospitaliers (07.3).

07.2.1 Services de médecine générale

Cette classe comprend les services fournis par les centres de consultation de médecine générale et par les médecins généralistes.

Les centres de consultation de médecine générale s'entendent des établissements qui assurent essentiellement des services ambulatoires non limités à une spécialité médicale particulière et dispensés essentiellement par des médecins. Les médecins généralistes n'ont pas de spécialité médicale particulière.

- Fourniture de services de médecine générale.
- Administration, inspection et prestations de services de médecine générale assurés par des centres de consultation de médecine générale et des médecins généralistes, et appui à ces services.

Sont exclus : services de laboratoires d'analyses médicales et de centres de radiologie (07.2.4).

07.2.2 Services de médecine spécialisée

Cette classe comprend les services fournis par les centres de consultation spécialisés et par les médecins spécialistes.

Les centres de consultation spécialisés et les médecins spécialistes se distinguent des centres de consultation de médecine générale et des médecins généralistes en ce que leurs services sont limités au traitement de maladies ou d'états particuliers et à des procédures médicales ou à des types de patients particuliers.

- Fourniture de services de médecine spécialisée.
- Administration, inspection et prestation de services de médecine spécialisée assurés par des centres de consultation spécialisés et des médecins spécialistes, et appui à ces services.

Sont inclus : services d'orthodontistes.

Sont exclus : centres de soins dentaires et dentistes (07.2.3) ; services des laboratoires d'analyses médicales et des centres de radiologie (07.2.4).

07.2.3 Services dentaires

Cette classe comprend les services des centres de soins dentaires et des dentistes généralistes ou spécialisés, des spécialistes de l'hygiène buccale et d'autres auxiliaires dentaires.

Les centres de soins dentaires fournissent des services ambulatoires. Ils n'emploient pas forcément de dentistes et ne sont pas nécessairement supervisés par des dentistes. Ils peuvent employer des spécialistes de l'hygiène buccale ou des auxiliaires dentaires ou être supervisés par ces spécialistes ou auxiliaires.

- Fourniture de services dentaires ambulatoires.
- Administration, inspection et prestation de services dentaires dispensés par des centres de soins dentaires ou par des dentistes généralistes ou spécialisés ou par des spécialistes de l'hygiène buccale ou autres auxiliaires dentaires.

Sont inclus : frais d'ajustement de dentiers.

Sont exclus : dentiers (07.1.3) ; services d'orthodontistes (07.2.2) ; services des laboratoires d'analyses médicales et des centres de radiologie (07.2.4).

07.2.4 Services paramédicaux

- Fourniture de services de santé paramédicaux ambulatoires.
- Administration, inspection et prestation de services de santé dispensés par des centres de consultation sous la supervision d'infirmiers et de sages-femmes, de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes, d'orthophonistes, ou autres membres des professions paramédicales, et de services de santé dispensés par des infirmiers, des sages-femmes et du personnel paramédical, à domicile, dans des locaux autres que des salles de consultation et autres établissements non médicaux, et appui à ces services.

Sont inclus : acupuncteurs, podologues, chiropracteurs, optométristes, praticiens de la médecine traditionnelle, etc. ; laboratoires d'analyses médicales et centres de radiologie, location de matériel thérapeutiques ; séances de kinésithérapie prescrites par un médecin ; cures thermales et thalasso-thérapie ambulatoires ; services d'ambulance autres que les services d'ambulance assurés par des hôpitaux.

Sont exclus : laboratoires de santé publique (07.4.0) ; laboratoires spécialisés dans la recherche de la cause des maladies (07.5.0).

07.3 Services hospitaliers

L'hospitalisation s'entend du séjour d'un patient dans un hôpital pour la durée de son traitement. Le terme recouvre aussi les consultations externes des hôpitaux, l'hospitalisation à domicile et les établissements d'accueil pour malades incurables.

Ce groupe comprend les services des centres hospitaliers et des hôpitaux spécialisés, des centres

de soins médicaux, des maternités, des maisons de santé, de repos et de convalescence qui assurent essentiellement des soins en régime hospitalier, des hôpitaux militaires, des établissements pour personnes âgées dans lesquels le suivi médical constitue un élément essentiel, et des centres de rééducation qui accueillent des patients en régime hospitalier et dispensent un traitement et non un suivi à long terme.

Les hôpitaux s'entendent des établissements où les patients sont soignés sous la supervision directe de médecins. Les centres de soins médicaux, les maternités, les maisons de repos et les maisons de santé traitent également des patients qui séjournent dans l'établissement, mais les soins y sont supervisés et souvent dispensés par du personnel moins qualifié que les médecins.

Ce groupe ne comprend pas les établissements tels que les hôpitaux militaires de campagne (02.1), les cabinets, centres de consultation et dispensaires qui assurent uniquement des services ambulatoires (07.2), les établissements pour personnes handicapées et les centres de rééducation assurant essentiellement un suivi à long terme (10.1.2), les maisons de retraite (10.2.0). Il ne comprend pas non plus les versements effectués aux patients au titre d'une perte de revenu due à l'hospitalisation (10.1.1).

Les services hospitaliers comprennent les médicaments, prothèses, matériel et appareils médicaux et autres produits de santé fournis aux malades hospitalisés. Ils comprennent aussi les dépenses non médicales des hôpitaux (administration, personnel non médical, restauration, lits, hébergement du personnel, etc.).

07.3.1 Services hospitaliers généraux

- Fourniture de services hospitaliers généraux.
- Administration, inspection et fonctionnement des hôpitaux dont les services ne sont pas limités à une spécialité médicale particulière, et appui à ces hôpitaux.

Sont exclus : les centres de soins médicaux qui ne sont pas placés sous la supervision directe d'un médecin (07.3.3).

07.3.2 Services hospitaliers spécialisés

Les hôpitaux spécialisés diffèrent des centres hospitaliers en ce que leurs services sont limités au traitement de maladies, d'états ou de catégories de patients particuliers (maladies de poitrine et tuberculose, lèpre, cancer, oto-rhino-laryngologie, psychiatrie, obstétrique, pédiatrie, etc.).

- Fourniture de services hospitaliers spécialisés.
- Administration, inspection et fonctionnement des hôpitaux qui limitent leurs services à une spécialité médicale, et appui à ces hôpitaux.

Sont exclus : les maternités qui ne sont pas directement supervisées par un médecin (07.3.3).

07.3.3 Services des centres de soins médicaux et des maternités

- Fourniture de services par les centres de soins médicaux et les maternités.
- Administration, inspection et fonctionnement des centres de soins médicaux et des maternités, et appui à ces établissements.

07.3.4 Services des maisons de repos et des maisons de santé

Les maisons de santé, de repos et de convalescence fournissent des services à des patients qui ont subi une opération ou qui souffrent d'une maladie ou d'un état débilitant et à qui il faut essentiellement prescrire du repos, administrer des médicaments ou encore assurer un suivi, une physiothérapie ou une rééducation pour leur permettre de compenser un trouble fonctionnel.

- Fourniture de services de maisons de repos, de santé et de convalescence.
- Administration, inspection, exploitation de maisons de santé, de repos et de convalescence, et appui à ces établissements.

Sont inclus : établissements d'accueil de personnes âgées dans lesquels le suivi médical constitue un

élément essentiel ; centres de rééducation où séjournent des patients et dont le but est de traiter les patients et non d'assurer un suivi à long terme.

07.4 Services de santé publique

07.4.0 Services de santé publique

- Fourniture de services de santé publique.
- Administration, inspection et prestation de services de santé publique tels que banque du sang (collecte du sang, transformation, conservation, expédition), dépistage (cancer, tuberculose, maladies vénériennes), prévention (immunisation, inoculation), surveillance (nutrition infantile, santé de l'enfant), collecte de données épidémiologiques, planification de la famille, etc., et appui à ces services.
- Élaboration et diffusion d'informations sur les questions ayant trait à la santé publique.

Sont inclus : services de santé publique assurés par des équipes spéciales à des groupes d'usagers, dont la plupart sont en bonne santé, sur le lieu de travail, dans les écoles et dans d'autres établissements non médicaux ; services de santé publique non reliés à un hôpital, à un centre de consultations ou à un médecin ; services de santé publique non assurés par des médecins ; services de laboratoires de santé publique.

Sont exclus : laboratoires d'analyses médicales (07.2.4) ; laboratoires spécialisés dans la recherche des causes des maladies (07.5.0).

07.5 R-D dans le domaine de la santé

La recherche fondamentale, la recherche appliquée et le développement expérimental sont définis dans les catégories (01.4) et (01.5).

07.5.0 R-D dans le domaine de la santé

- Administration et fonctionnement d'organismes publics de recherche appliquée et de recherche expérimentale dans le domaine de la santé.
- Bourses, prêts et subventions destinés à

soutenir des travaux de recherche appliquée et de développement expérimental menés dans le domaine de la santé par des organismes ne relevant pas des administrations publiques (instituts de recherche, universités, etc.).

Sont inclus : laboratoires spécialisés dans la recherche des causes des maladies.

Sont exclus : recherche fondamentale (01.4.0).

07.6 Santé n.c.a.

07.6.0 Santé n.c.a.

- Administration et réalisation d'activités telles que l'élaboration, l'administration, la coordination et le contrôle de politiques, plans, programmes et budgets généraux dans le domaine de la santé et appui à ces activités ; élaboration et mise en application de dispositions législatives et de normes relatives à la fourniture de services de santé, y compris la délivrance de permis aux établissements médicaux et au personnel médical et paramédical ; production et diffusion d'informations générales, de documentation technique et de statistiques sur la santé.

Sont inclus : affaires et services relatifs à la santé qui ne peuvent être classés sous (07.1), (07.2), (07.3), (07.4) ni (07.5).

LA SANTÉ DANS LA COPP : DÉFINITIONS PAR GROUPES

05. Dépenses de valorisation des ressources humaines

Cette division peut se définir comme l'ensemble des activités visant à mettre en valeur les ressources humaines et à accorder des avantages aux employés. Il s'agit aussi des dépenses afférentes au matériel, aux installations, au personnel, etc., nécessaires à cette fin.

Sont exclus : les prestations en nature (produits alimentaires, vêtements, etc.), le logement gratuit ou subventionné, les dispositifs et les mesures de sécurité sur le lieu de travail, les garderies d'enfants, les contributions aux équipements culturels, récréatifs et éducatifs à l'usage du public.

05.2 Dépenses de santé

Ce groupe comprend les dépenses afférentes aux services médicaux (services médicaux d'urgence, examens médicaux de routine, etc.) ainsi que les dépenses afférentes au matériel, aux installations et au personnel.

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

ALENA	Accord de libre-échange nord-américain
ATC	Anatomic Therapeutic Chemical Classification system (système de classification anatomique, thérapeutique et chimique)
AVQ	Activités de la vie quotidienne
BIT	Bureau international du travail
CFAP	Classification des fonctions des administrations publiques
CIAM	Classification internationale des actes médicaux
CIDIH	Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages
CIM-9	Classification internationale des maladies, 9 ^e révision
CIM-9-MC	Classification internationale des maladies, 9 ^e révision, modification clinique
CIM-10	Classification internationale des maladies, 10 ^e révision
CIM-10-MC	Classification internationale des maladies, 10 ^e révision, modification clinique
CISP	Classification internationale des soins primaires
CISP-2	Classification internationale des soins primaires, deuxième révision
CITE	Classification internationale type de l'éducation
CITE-97	Classification internationale type de l'éducation, édition 97
CITI	Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique
CITP-88	Classification internationale type des professions, 1988
COICOP	Classification of individual consumption by purpose (Nomenclature des fonctions de la consommation individuelle)
COPNI	Classification of the purposes of non-profit institutions serving households (Classification des fonctions des institutions sans but lucratif au service des ménages)
COPP	Classification of outlays of producers by function (Nomenclature des dépenses des producteurs par fonction)
CPC	Classification centrale des produits
CTCI	Classification type pour le commerce international

DALY	Disability Adjusted Life Years (années de vie ajustées en fonction de l'incapacité)
DQD	Dose quotidienne définie (médicaments)
EPHF _s	Essential Public Health Functions (OMS) (fonctions essentielles de santé publique)
EPT	Équivalent plein temps
Eurostat	Office statistique des Communautés européennes
FMI	Fonds monétaire international
GHM	Groupe homogène de malades
HCFA	Health Care Financing Administration (Administration chargée du financement des soins de santé – États-Unis)
IARIW	International Association for Research in Income and Wealth (Association internationale de recherche sur le revenu et la fortune)
ICHA	International Classification for Health Accounts (Classification internationale pour les comptes de la santé)
ICHA-HC	International Classification for Health Accounts – Health Care Functions (nomenclature des fonctions de soins de santé)
ICHA-HF	International Classification for Health Accounts – Sources of Funding (nomenclature des sources de financement)
ICHA-HP	International Classification for Health Accounts – Health Care Providers (nomenclature des prestataires de soins)
ICIDH-2	International Classification of Functioning and Disability (Classification internationale du fonctionnement et de l'incapacité)
ICNP	International Classification for Nursing Practice (Classification internationale de la pratique des soins infirmiers)
IC-Process-PC	International Classification of Health Process in Primary Care (Classification internationale des procédures de soins primaires)
IPC	Indice des prix à la consommation
ISBLSM	Institutions sans but lucratif au service des ménages
JCAHO	US Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Commission conjointe chargée de l'accréditation des établissements de santé – États-Unis)
MSFP	Manuel de statistiques de finances publiques (FMI)
n.c.a	non classé ailleurs
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Nations Unies
OPS	Organisation panaméricaine de la santé
PIB	Produit intérieur brut
PPA	Parité de pouvoir d'achat
R&D	Recherche et développement
RHS	Ressources Humaines consacrées à la Santé
SCIAN	Système de classification des industries de l'Amérique du Nord

SCN	Système de comptabilité nationale
SCN 93	Système de comptabilité nationale, révision 93
SCS	Système de comptes de la santé
SESPROS	Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
UCN	Unité de compte nationale
UE	Union européenne
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/ Family Physicians (Organisation mondiale des collèges nationaux, académies et associations académiques des généralistes et des médecins de famille)

BIBLIOGRAPHIE

ABEL-SMITH, B. (1994), *An Introduction to Health : Policy, Planning and Financing*, Longman, Londres et New York.

ADEMA, W. (1997), « Les sommes réellement consacrées par les pays à la politique sociale : une étude comparative », *Revue économique de l'OCDE*, n° 28, OCDE, Paris.

ADEMA, W. (1998), « Net Social Expenditure », *Politique du marché du travail et politique sociale*, Document hors série n° 39, OCDE, Paris.

ADEMA, W. et M. EINERHAND (1998), « The Growing Role of Private Social Benefits », *Politique du marché du travail et politique sociale*, Document hors série n° 32, OCDE, Paris.

ADEMA, W. *et al.* (1996), « Net Public Social Expenditure », *Politique du marché du travail et politique sociale*, Document hors série n° 19, OCDE, Paris.

AUSTRALIAN BUREAU OF STATISTICS (1997), « Measuring Outputs, Inputs and Productivity for Australian Public Acute-care Hospitals », Réunion d'experts en comptabilité nationale organisée conjointement par l'OCDE, la CEE-NU et EUROSTAT, 3-6 juin, Paris.

AUSTRALIAN HEALTH DATA COMMITTEE (1998), *National Health Data Dictionary, Version 8.0*, Australian Institute of Health and Welfare et National Health Data Committee, Canberra.

BASU, J., LAZENBY, H.C. et LEVIT, K.R. (1995), « Medicare Spending by State : The Border-Crossing Adjustment », *Health Care Financing Review*, hiver, pp. 219-241.

BERMAN, P.A. (1997), « National Health Accounts in Developing Countries : Appropriate Methods and Recent Applications », *Health Economics*, vol. 6, pp. 11-30.

BERMAN, P. et COOPER, D.M. (à paraître), *National Health Accounts, Version 2.0, Data for Decisionmaking*, Harvard.

- BETTCHER, D.W (1998), « Fonctions essentielles de santé publique : résultats de l'étude internationale Delphi réalisée par D.W. Bettcher, S. Sapirie et E.H.T. Goon », *Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales*, vol. 51(1), Genève, pp. 44-54.
- BIT (1990a), Classification internationale type des professions, CITP-88, Genève.
- BIT (1990b), « Surveys of Economically Active Population, Employment, Unemployment and Underemployment », *An ILO Manual on Concepts and Methods*, Genève.
- BONTE, J.T.P. et OOSTERHOFF, W.G. (1981), « National Health Accounts », OMS, Bureau régional de l'Europe (dir. pub.), « Health Statistics, Report on the Fourth European Conference », Copenhague.
- BOSKIN, M.J., DULBERGER, E.R., GORDON, R.J., GRILICHAS, Z. et JORGENSON, D.W. (1996), « Toward a More Accurate Measure of the Cost of Living », Rapport final présenté au Comité des finances du Sénat par la Commission consultative chargée de l'étude de l'indice des prix à la consommation.
- BRÜCKNER, G. (1996), « Le système allemand d'information sur la santé : un moyen d'améliorer les comparaisons internationales dans le domaine de la santé ? », OCDE, Paris.
- BRÜCKNER, G. (1998), « Le système allemand d'information sanitaire », document présenté à la réunion commune CEE-OMS sur les statistiques de la santé, Rome, Italie, 14-16 octobre 1998.
- BRÜCKNER, G., HUBER, M., MONTSERRAT, A. et RASMUSSEN, E.E. (1998), « Developing a Comprehensive Framework for Health Care Statistics », Luxembourg.
- BURNER, S.T. et WALDO, D.R. (1995), « National Health Expenditure Projections, 1994-2005 », *Health Care Financing Review*, vol. 16/4, pp. 221-242.
- CARDENAS, E. (1996), « The CPI for Hospital Services : Concepts and Procedures », *Monthly Labor Review* (USA), juillet, pp. 34-42.
- CASAS, M. et WILEY, M.M. (1993), *Diagnosis Related Groups in Europe : Uses and Perspectives*, Springer, Berlin/Heidelberg/New York.
- CIM-9 (1975), Classification internationale des maladies, traumatismes et causes de décès, Neuvième révision, OMS, Genève.
- CIM-9-MC (1979), Classification internationale des maladies, Neuvième révision, Modification clinique, National Center for Health Statistics, Hyattsville, États-Unis.

- CIM-10 (1992), Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Dixième révision, OMS, Genève.
- CIM-10-MC (à paraître), Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Dixième révision, Modification clinique, National Center for Health Statistics, Hyattsville, États-Unis.
- CISP-2, Classification internationale des soins primaires, deuxième édition (1998), Organisation mondiale des collèges nationaux, académies et associations académiques des généralistes et des médecins de famille (WONCA), Comité international de classification, Oxford University Press, Oxford.
- COOPER, B.S. et RICE, D.P. (1976), « The Economic Cost of Illness Revisited », *Social Security Bulletin*, février.
- CUTLER, D.M., McCLELLAN, M. et NEWHOUSE, J.P. (1996), « Are Medical Prices Declining? », NBER Working Paper 5750, National Bureau of Economic Research, Cambridge, États-Unis.
- EUROSTAT (1995), « Recueil statistique sur la protection sociale en Europe, Volume 5 », *Maladie*, Luxembourg.
- EUROSTAT (1997), Rapport de la Task Force « Partages volumes-prix dans les comptes nationaux ».
- EUROSTAT/FMI/OCDE/ONU/OMC (1999), Draft manual on statistics of international trade in services, 5 novembre, [www.oecd.org/std/serv\(99\)2.pdf](http://www.oecd.org/std/serv(99)2.pdf).
- FONDS MONÉTAIRE INTERNATIONAL (1986), *Manuel de statistiques de finances publiques*, Washington.
- FONDS MONÉTAIRE INTERNATIONAL (1993), *Manuel de la balance des paiements*, 5^e édition, Washington.
- FOULON A. (1982), « Proposals for a Homogeneous Treatment of Health Expenditure in the National Accounts », *The Review of Income and Wealth*, mars, pp. 45-70.
- FRANK, R.G., BERNDT, E.R. et BUSCH, S.H. (1998), « Price Indexes for the Treatment of Depression », National Bureau of Economic Research Working Paper Series, n° 6417, Cambridge, Massachusetts.
- FRENK, J., LOZANO, R., GONZALEZ-BLOCK, M.A. *et al.* (1994), « Economía y Salud : Propuestas para el Avance del Sistema de Salud en México, informe final », Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), Mexico, D.F.

- FUNSALUD (1996), « Las Cuentas Nacionales de Salud y el Financiamiento de los Servicios », Mexico.
- GORTER, D. et VAN DER LAAN, P. (1989), « An Economic Core System and the Socio-Economic Accounts Module for the Netherlands », International Association for Research in Income and Wealth (IARIW), 21^e conférence générale, août, Lahnstein, Allemagne occidentale.
- GRIFFITHS, A. et MILLS, A. (1982), *Money For Health : A Manual For Surveys in Developing Countries*, Sondo Institute for Health and Socio-Economic Studies and the Ministry of Health of the Republic of Botswana, Genève.
- HABER, S.G. et NEWHOUSE, J.P. (1991), « Recent Revisions to and Recommendations for National Health Expenditures Accounting », *Health Care Financing Review*, vol. 13(1), pp. 111-116.
- HEALTH CARE FINANCING ADMINISTRATION (1990), « Revisions to the National Health Accounts and Methodology », *Health Care Financing Review*, vol. 11(4), pp. 42-54.
- HILL, P. (1986), « Structure des prix internationaux et parités de pouvoir d'achat », *Revue économique de l'OCDE*, n° 6, printemps 1986, OCDE, Paris, pp. 133-159.
- IC-PROCESS-PC (1986), International Classification of Process in Primary Care, Organisation mondiale des collèges nationaux, académies et associations académiques des généralistes et des médecins de famille (WONCA), Oxford University Press, Paris.
- INSPECTION GÉNÉRALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, IGSS (1998), Eurostat Project on Health Care Resource Statistics, Project Report, Part I : Feasibility of Implementing a Common Method for Comparing Health Care Resource Statistics, Luxembourg.
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (1999), *Les dépenses nationales de santé au Canada, 1975-1998*, Ontario.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (1993), « Nursing's Next Advance : An International Classification for Nursing Practice (ICNP) », Document de travail, Genève.
- JEE, M. (1998), « Health Outcomes in OCDE Countries : A Framework of Health Indicators for Outcome-Oriented Policy Making », Politique du marché du travail et politique sociale, Document hors série n° 36, OCDE, Paris.
- LALONDE, M. (1974), *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, Gouvernement du Canada, Ottawa, Ontario.

- LAZENBY, H.C., LEVIT, K.R., WALDO, D.R., ADLER, G.S., LETSCH, S.W. et COWAN (1992), « Health Accounts : Lessons from the U.S. Experience », *Health Care Financing Review*, vol. 13(4), été.
- LEVIT K.R. *et al.* (1995), « State Health Expenditure Accounts : Building Blocks for State Health Spending Analysis », *Health Care Financing Review*, automne.
- LEVIT K.R. *et al.* (1996), « National Health Expenditures, 1994 », *Health Care Financing Review*, printemps, pp. 205-242.
- LEVY, E. (1982), « Sur deux orientations nouvelles possibles des comptes de la santé », *La santé fait ses comptes, une perspective internationale*, Économica.
- LINDSAY, P.A. et NEWHOUSE, J.P. (1986), « Summary of a Conference on National Health Expenditures Accounting », *Health Care Financing Review*, vol. 7(4), pp. 87-96.
- MACH, E.P. et ABEL-SMITH, B. (1983), *Planification des ressources financières du secteur de la santé. Manuel à l'usage des pays en développement*, OMS, Genève.
- MANSELL, K. (1996), « New Data and the Measurement of Output for the Service Sector in the United Kingdom », *Review of Income and Wealth*, Ser. 42, n° 2.
- MANUEL SESPROS (1996), *Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale*, CECA-CE-CEEA, Bruxelles, Luxembourg.
- MCGUIRE, A., FENN, P. et MAYHEW, K. (1991), *Providing Health Care : the Economics of Alternative Systems of Finance and Delivery*, Oxford University Press, Oxford.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ DU DANEMARK (1994), Working Party on Community Health Data and Indicators, Annex C : Health Resources and Price Statistics.
- MURRAY, C.H.L. et LOPEZ, A.D. (1996), *The Global Burden of Disease*, OMS, Genève.
- NATIONS UNIES (1979), « Études pour l'intégration des statistiques économiques et sociales : rapport technique », Département des affaires économiques et sociales internationales, Bureau de statistiques, Études méthodologiques série F, n° 24, New York.
- NATIONS UNIES (1986), « Concepts et méthodes applicables à l'intégration des statistiques sociales et économiques de la santé, de l'enseignement et du logement – rapport technique », Département des affaires économiques et sociales internationales, Bureau de statistiques, Études méthodologiques série F, n° 40, New York.
- NATIONS UNIES (1989), « Manuel des indicateurs sociaux », Département des affaires économiques et sociales internationales, Bureau de statistiques, Études méthodologiques série F, n° 49, New York.

- NATIONS UNIES (1990), « CITI – Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique, 3^e révision », Bureau de statistiques des Nations Unies, New York.
- NATIONS UNIES (1998a), « Classification centrale des produits, Version 1.0 », Département des affaires économiques et sociales internationales, Bureau de statistiques, Études statistiques, séries M, n° 77, Version 1.0, New York.
- NATIONS UNIES (1998b), « Projet de nomenclatures des dépenses par fonction », Département des affaires économiques et sociales internationales, Bureau de statistiques, Études statistiques, ST/ESA/STAT/SER.M/84, provisoire, New York.
- OCDE (1977), *Dépenses publiques de santé, Études sur l'affectation des ressources*, n° 4, Paris.
- OCDE (1980), *La liste OCDE des indicateurs sociaux* (Partie IV : Inventaire des sources de données), Paris.
- OCDE (1985), *La santé en chiffres 1960-1983 : Dépenses, coûts, résultats*, Études de politique sociale, n° 2, Paris.
- OCDE (1986), *Les conditions de vie dans les pays de l'OCDE. Recueil d'indicateurs sociaux*, Études de politique sociale, n° 3, Paris.
- OCDE (1987), *La santé : Financement et prestations. Analyse comparée des pays de l'OCDE*, Études de politique sociale, n° 4, Paris.
- OCDE (1990), *Les systèmes de santé à la recherche d'efficacité*, Études de politique sociale, n° 7, Paris.
- OCDE (1992), *La réforme des systèmes de santé. Analyse comparée de sept pays de l'OCDE*, Études de politique de santé, n° 2, Paris.
- OCDE (1993), *Les systèmes de santé des pays de l'OCDE : Faits et tendances, 1960-1991*, Études de politique de santé, n° 3, Paris.
- OCDE (1994a), *La réforme des systèmes de santé. Étude de dix-sept pays de l'OCDE*, Études de politique de santé, n° 5, Paris.
- OCDE (1994b), *Protéger les personnes âgées dépendantes. Nouvelles orientations*, Études de politique sociale, n° 14, Paris.
- OCDE (1994c), *Indices des prix à la consommation : Sources et méthodes*, Paris.
- OCDE (1994d), *Manuel de Frascati : Méthode type proposée pour les enquêtes sur la recherche et le développement expérimental*, Paris.

- OCDE (1995 *sqq*), *Éco-Santé OCDE*, Paris.
- OCDE (1995), UNESCO-OCDE-Eurostat 1995, Collecte de données sur les statistiques de l'enseignement, Paris.
- OCDE (1995a), *Nouvelles orientations dans la politique de santé*, Études de politique de santé, n° 7, Paris.
- OCDE (1995b), *La production domestique dans les pays de l'OCDE. Inventaire des sources de données et des méthodes d'évaluation*, Paris.
- OCDE (1995c), Collecte 1995 de données sur les statistiques de l'enseignement. Définitions, explications, estimations, Paris.
- OCDE (1996a), *La réforme des systèmes de santé. La volonté de changement*. Études de politique de santé, n° 8, Paris.
- OCDE (1996b), « Social Expenditure Statistics of OCDE Member Countries, Provisional Version », Politique du marché du travail et politique sociale, Documents hors série, n° 17, Paris.
- OCDE (1996c), *Protéger les personnes âgées dépendantes. Des politiques en mutation*, Études de politique sociale, n° 19, Paris.
- OCDE (1996d), *Le vieillissement dans les pays de l'OCDE : un défi fondamental pour la politique*, Paris.
- OCDE (1996e), *Services : Mesure de la valeur ajoutée réelle annuelle*, Paris.
- OCDE (1996f), *Services : Statistiques sur la valeur ajoutée et l'emploi*, Paris.
- OCDE (1999a), *Éco-Santé OCDE*, Paris.
- OCDE (1999b), *Base de données de l'OCDE sur les dépenses sociales, 1980-1996*, Paris.
- OCDE/EUROSTAT (1995), *Manuel sur la mesure des ressources humaines consacrées à la science et à la technologie*, Manuel de Canberra, OCDE, Paris.
- OMS (1978), Classification internationale des actes médicaux (CIAM), Genève.
- OMS (1980), « Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages : un manuel de classification des conséquences des maladies », Genève.
- OMS (1998), « Towards a Common Language for Functioning and Disablement : ICDH-2 », The International Classification of Impairments, Activities, and Participation, Genève.

- OMS, COLLABORATING CENTRE FOR DRUG STATISTICS METHODOLOGY (1996), « Guidelines for ATC Classification and DDD Assignment », Oslo.
- OULTON, N. (1995), « Do UK Price Indexes Overstate Inflation? », *National Institute Economic Review*, Mai.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO) (1995), *Economia Política da saúde : uma perspectiva quantitativa*, Seria economia e financiamento, n° 5, Brésil.
- POMMIER, P. (1981), « Social Expenditure. The French Experience with Satellite Accounts », *Review of Income and Wealth*, décembre.
- POULLIER, J.P. (1982), « Les politiques et les systèmes de santé dans les pays Membres de l'OCDE », in E. Levy (dir. pub.), *La santé fait ses comptes, une perspective internationale*, Economica.
- ROBERTSON, R.L. *et al.* (1979), « Guidelines for Analysis of Health Sector Financing in Developing Countries », United States Department of Health, Education and Welfare, Bethesda, MD.
- RØDSTADSAND, J.I. and FLØTTUM, H.J. (1989), « Satellite and Adjunct Accounts in the National Accounts Development of Health Accounts in Norway », International Association for Research in Income and Wealth (IARIW), 21st General Conference, Lahnstein, Allemagne, août.
- ROOS, N.P. *et al.* (1995), « A Population-based Health Information System », in N.P. Ross et E. Shapiro (dir. pub.), *Health and Health Care, Experience with a Population-based Health Information System, Medical Care Supplement*, déc., vol. 33, n° 12, DS13-DS20.
- SARRAZIN, H.T. (1992), « Ein Satellitensystem für das Gesundheitswesen zu den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen », Rapport final présenté au Ministère fédéral du travail et des affaires sociales, Statistisches Bundesamt, Bonn/Wiesbaden.
- SARRAZIN, H.T. (1999), « Concept of Expenditure and Financial Accounts for the Health Information System of the Federation », *Wirtschaft und Statistik*, n° 3, Statistisches Bundesamt, Bonn/Wiesbaden, pp. 225-236.
- SCHNEIDER, M. (1993), « Standardisation of European Health Expenditure Accounting », Discussion Paper for Working Group A of the BIOMED Project, Health Care Financing and the Single European Market, 9-10 décembre, Bruxelles.
- SCHNEIDER, M. *et al.* (1995), *Gesundheitssysteme im Internationalen Vergleich*, BASYS, Augsburg/Bonn.

- SCHNEIDER, M. *et al.* (1998), *Gesundheitssysteme im Internationalen Vergleich*, Laufende Berichterstattung zu ausländischen Gesundheitssystemen, Übersichten 1997, BASYS, Augsburg/Bonn.
- SCIEN (1999), *Système de classification des industries de l'Amérique du Nord*, NTIS, U.S. Department of Commerce.
- SCITOVSKI, A.A. (1967), « Changes in the Cost of Treatment of Selected Illnesses, 1951-65 », *American Economic Review*, n° 57, pp. 182-1195.
- SCN 93 (1993), *Système de comptabilité nationale 1993*, CCE, FMI, OCDE, Nations Unies et Banque mondiale, Bruxelles/Luxembourg, New York, Paris, Washington, D.C.
- SESI, SERVICE DES STATISTIQUES, DES ÉTUDES ET DES SYSTÈMES D'INFORMATION (1990), *Concepts, sources et méthodes du compte de la santé*, Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale, Paris.
- SNYDER, M., EGAN, E.C., NOJIMA, Y. (1996), « Defining Nursing Interventions », *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 28, n° 2, pp. 137-141.
- SOCIAL INSURANCE INSTITUTION (Finlande) (1997), « Coût et financement des soins de santé en Finlande 1960-1995 » (en Finnois), Helsinki.
- STATISTICS FINLAND (1997), « La mesure de la productivité du secteur public en Finlande. Rapport sur l'état d'avancement des travaux », réunion d'experts en comptabilité nationale organisée conjointement par l'OCDE, la CEE-NU et Eurostat, 3-6 juin, Paris.
- SUNGA, P.S. et SWINAMER, J.L. (1986), « Health Care Accounts. A Conceptual Framework and an Illustrative Example », *Canadian Review*, septembre, Ottawa.
- THEILLER, P. (1988), « A Concept of Satellite Accounting in the National Accounts », *The Review of Income and Wealth*, décembre, pp. 411-430.
- TRIPP-REIMER, T., WOODWORTH, G., McCLOSKEY, J.C. et BULECHEK, G. (1996), « The Dimensional Structure of Nursing Interventions », *Nursing Research*, vol. 45, n° 1, pp. 10-17.
- UNESCO (1996), « Classification Internationale type de l'éducation (CITE), version révisée II », Paris.
- UNESCO/OCDE/EUROSTAT (1995), « Collecte de données sur l'éducation », Paris.
- U.S. CONGRESS, OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT (1994), « International Comparisons of Administrative Costs in Health Care », BP-H-135, Washington, D.C.

- VAN MOSSEVELD, C.J.P.M. and P. VAN SON (1999), *International Comparison of Health Care Data, Methodology development and application*, Dordrecht, Kluwer.
- VAN TUINEN, H.K., DE BOO, B. et VAN RIJN, J. (1997), « Price Index Numbers of Complementary Goods, A Novel Treatment of Quality Changes and New Goods, Experimentally Applied to Inpatient Medical Care », Paper prepared for discussion at the 1997 meeting of the International Working Group on Price Statistics (Ottawa group).
- WALDO, D.R. (1996), *Creating Health Accounts for Developed and Developing Countries*, Washington.
- WARD, M. (1985), *Parités de pouvoir d'achat et dépenses réelles dans les pays de l'OCDE*, OCDE, Paris.
- WOLFSON, M.C. (1991), « A System of Health Statistics, Toward a Conceptual Framework for Integrating Health Data », *Review of Income and Wealth*, Ser. 37/1, mars.
- WOLFSON, M.C. (1994), « POHEM – A Framework for Understanding and Modelling the Health of Human Populations », *World Health Statistics Quarterly*, vol. 47, pp. 157-176.

LES ÉDITIONS DE L'OCDE, 2, rue André-Pascal, 75775 PARIS CEDEX 16
IMPRIMÉ EN FRANCE
(81 2000 06 2 P) ISBN 92-64-27655-6 – n° 51198 2000