

**DIRECTION DE L'EMPLOI, DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES
COMITE DE L'EMPLOI, DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES**

Groupe de travail sur la politique sociale. Statistiques sur la santé.

**AMELIORATION ET EXTENSION DE LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES COMPTES
DE LA SANTE (ICHA)**

Réunion qui se tiendra au Château de la Muette, à Paris, les 30 septembre et 1er octobre 2004 (la réunion commençant à 14 heures, le premier jour, et se terminant le lendemain, à 17 heures).

Déclassifié

JT00169178

Document complet disponible sur OLIS dans son format d'origine
Complete document available on OLIS in its original format

NOTE DU SECRETARIAT

1. Le Secrétariat de l'OCDE a publié en mai 2000 la première édition du manuel du *Système de comptes de la santé* (SCS). De nombreux pays de l'OCDE et pays extérieurs à la zone de l'OCDE, et leur nombre va croissant, utilisent ce manuel pour présenter leurs statistiques relatives aux dépenses de santé et au financement de la santé. Quoique les administrations nationales en soient à des stades divers de mise en œuvre du SCS, le cadre méthodologique de base présenté dans le manuel est aujourd'hui largement accepté.

2. Cependant, on a beaucoup appris, depuis, des projets de SCS au niveau national, et le Secrétariat a reçu, au fil des ans, de nombreuses demandes de clarification et d'indications complémentaires. Plusieurs aspects du manuel du SCS et de la *Classification internationale des comptes de la santé* (ICHA) appellent apparemment des modifications et des précisions. Les pratiques comptables effectives des pays de l'OCDE et des pays extérieurs à la zone de l'OCDE ont produit, dans de nombreux cas, des propositions concrètes concernant la façon de traiter les difficultés et de combler les lacunes sur les points où le manuel n'apporte pas toutes les précisions nécessaires pour sa mise en œuvre. Plusieurs projets demandés par l'UE, ainsi que le récent projet de l'OCDE relatif aux comptes de la santé sur la base du SCS dans 13 pays de l'OCDE (*SHA-based health accounts in thirteen OECD countries*) ont contribué à enrichir cette masse de données d'expérience.

3. L'objet du présent document est de présenter une première proposition du Secrétariat en vue d'améliorer la classification ICHA en la complétant par des indications de mise en œuvre plus pratiques et en révisant certains aspects à la lumière de l'expérience acquise avec la mise en œuvre du SCS. Par ailleurs, on s'efforce d'apprécier la possibilité d'étendre la classification ICHA à de nouvelles dimensions.

4. Ce travail de clarification et d'extension ne viserait pas les caractéristiques fondamentales du Système de comptes de la santé. Cependant, une présentation appropriée d'une version améliorée de la classification ICHA impliquerait une nouvelle édition du manuel.

5. Le présent document dresse une première liste des problèmes à traiter et présente le cadre organisationnel et le calendrier du projet.

6. Le Secrétariat invite les experts participants à :

- FAIRE LEURS COMMENTAIRES sur les grandes questions que doit couvrir le processus de révision ;
- FAIRE LEURS COMMENTAIRES sur le cadre organisationnel et le calendrier proposés pour le projet ;
- INDIQUER les aspects sur lesquels ils souhaiteraient apporter leur contribution.

INTRODUCTION

7. Le manuel du SCS présente un cadre type pour l'établissement d'un ensemble de comptes exhaustifs, cohérents et comparables internationalement, qui doivent permettre de répondre aux besoins des analystes, issus du secteur public et du secteur privé, et des responsables de l'élaboration des politiques dans le domaine de la santé. La *Classification internationale des comptes de la santé* (ICHA), qui s'articule actuellement autour de trois axes – nomenclature des fonctions de soins de santé, nomenclature des prestataires de soins de santé et nomenclature des sources de financement des soins de santé – en constitue un élément central. Depuis que le SCS a été diffusé, 26 pays Membres de l'OCDE ou bien le mettent en œuvre ou bien ont commencé de le mettre en œuvre (ayant engagé les travaux préparatoires à cet effet), et un nombre croissant de pays non membres ont rejoint le processus. Le manuel du SCS est aujourd'hui une sorte de standard pour la notification des dépenses de santé. Ce rôle est, par ailleurs, reconnu par le Guide NHA,¹ publié par l'OMS, la Banque mondiale et USAID, qui recommande d'utiliser le manuel du SCS comme base pour l'établissement des comptes de la santé des pays en développement. En outre, dans un souci d'harmonisation des données relatives à la santé au sein de l'Union européenne, le Comité du programme statistique de l'UE considère comme une haute priorité la mise en œuvre du SCS dans les pays de l'UE.

8. Les travaux futurs, à l'OCDE, sur les comptes de la santé apparaissent aussi comme une haute priorité dans les réponses au questionnaire du Secrétariat concernant les priorités des pays Membres pour le programme de travail futur sur la santé [SG/ADHOC/HEA(2003)21] et dans le communiqué des ministres de la santé qui a été rendu public à l'issue de la première réunion des ministres de la santé tenue à l'OCDE, les 13 et 14 mai 2004. Les pays Membres comptent que le Secrétariat continuera d'œuvrer pour la mise en œuvre du SCS dans les pays Membres de l'OCDE et pour l'amélioration de la méthodologie des comptes de la santé, en particulier la classification des dépenses de santé.

9. L'une des idées force de la stratégie du Secrétariat en matière de comptes de la santé est que la mise en œuvre du SCS, l'harmonisation des pratiques nationales, l'analyse et la diffusion des résultats découlant de la mise en œuvre du SCS, et les travaux de développement liés au SCS, doivent être menés de façon concertée.² Sur la base de l'expérience acquise au cours des quatre années écoulées,³ le présent document récapitule les principaux aspects de la classification ICHA qui demandent à être améliorés et étendus.

1 Banque mondiale, Organisation mondiale de la santé, United States Agency for International Development : *Guide to producing national health accounts with special applications for low-income and middle-income countries*, Genève, 2003.

2 La présentation et l'analyse comparative des tableaux du SCS peuvent mettre en évidence les aspects qui appellent un approfondissement de l'harmonisation entre les pays ; l'expérience de la mise en œuvre du SCS peut révéler les éléments de la méthodologie qui demandent à être encore développés ; et une classification ICHA plus fine peut contribuer à améliorer la comparabilité des données sur les dépenses de santé, etc.

3 De multiples sources d'information ont été utilisées pour préparer ce document. On citera, en premier lieu, les rapports nationaux présentés lors des réunions des experts des comptes de la santé et les études par pays publiées dans la série des *OECD Health Technical Papers*. On se doit aussi de citer le *Guide to producing national health accounts*, la rubrique Foire aux questions du site web de l'OMS consacrée au SCS, le projet de Lignes directrices SCS établi par l'ONS (Royaume-Uni), et le rapport BASYS relatif aux « Results of Health Accounts Data in Europe ».

10. **Exigences de base auxquelles la révision de la classification ICHA devra répondre :**

- la nouvelle version devrait apporter de plus amples indications pour améliorer encore la comparabilité internationale des données relatives aux dépenses de santé ;
- elle devrait apporter davantage de souplesse pour prendre en compte la spécificité des systèmes nationaux dans un cadre commun ;
- elle devrait reposer sur le consensus de toutes les organisations internationales qui sont utilisateurs du manuel et en recommandent l'utilisation à leurs pays membres ;
- dans un souci de stabilité, il devrait être convenu qu'il n'y aura pas de nouveau cycle de révision avant une certaine date (de préférence 7 ou 8 ans) ;
- afin que les comparaisons dans le temps soient possibles, la nouvelle version devrait fournir des indications adéquates pour passer de la version existante à la nouvelle version.⁴

11. Ces exigences étant posées, un processus itératif⁵ est envisagé qui impliquera de larges consultations. Comme tout le processus demandera un certain temps, on s'attend que la nouvelle version ne soit pas disponible avant le milieu de 2007.

LES GRANDES QUESTIONS QUE LE PROJET DEVRA COUVRIR

12. Nous n'évoquons ci-après que les questions les plus importantes. Afin de pouvoir s'appuyer sur une expérience aussi vaste que possible, on invitera les experts des comptes de la santé des pays Membres de l'OCDE et les réseaux nationaux extérieurs à la zone de l'OCDE à faire leurs commentaires sur cette proposition initiale.

Nomenclature des fonctions de soins de santé (ICHA-HC)

Indications plus précises concernant la délimitation du champ de la santé

13. Le Système de comptes de la santé propose une approche fonctionnelle homogène pour définir les limites des systèmes de santé. Mais, dans le même temps, le Manuel signale les difficultés qu'il y a à tracer les limites des dépenses de santé. L'expérience de la mise en œuvre du SCS a permis de constater que la comparabilité internationale des données relatives aux dépenses de santé pâtit, en particulier, des

4 C'est important, aussi, parce que plusieurs pays préparent la mise en œuvre du SCS.

5 Par processus itératif, on veut dire que les propositions seront révisées en fonction des réactions de la communauté des spécialistes des comptes de la santé au niveau international en trois phases : premièrement, finalisation de la proposition initiale ; deuxièmement, établissement du premier projet de classification ICHA version 1.1 ; troisièmement, mise au point finale de la classification ICHA version 1.1.

divergences dans l'interprétation et dans les méthodes d'estimation des **soins de longue durée** selon les pays.⁶

14. La ligne de partage entre services de santé et services sociaux est un point délicat, d'autant que, dans de nombreux pays, les administrations publiques et les statistiques connexes la situent, traditionnellement, de façon plus précise que ne le fait le SCS. De même, les classifications utilisées pour les comptes nationaux délimitent le périmètre de la santé plus précisément que ne le fait le SCS. Cela étant, dans plusieurs pays, les services de santé et les services sociaux sont intégrés au niveau des administrations locales, ce qui fait qu'il est difficile de dissocier les dépenses de santé et les dépenses sociales dans le total des dépenses afférentes aux soins de longue durée.

15. L'autre grande difficulté que pose la mise en œuvre du SCS est la délimitation entre **services de prévention et de santé publique** (HC.6) et **fonctions sanitaires connexes** (HCR.4 Contrôles sanitaires – denrées alimentaires, hygiène, eau potable ; et HCR.5, Hygiène du milieu). Les différences importantes, sur le plan des problèmes et des systèmes de santé (y compris concernant l'administration des services publics de santé), entre pays en développement et pays développés pourraient impliquer des définitions et des pratiques comptables différentes, au niveau national, concernant la rubrique HC.6. L'expérience pertinente accumulée en dehors de l'OCDE devrait aussi être prise en compte au cours du processus de révision.

16. Pour améliorer la comparabilité des statistiques relatives à la dépense totale de santé, il est primordial de clarifier et de définir plus précisément le périmètre des services de santé, en particulier de donner des lignes directrices pour l'estimation des dépenses afférentes aux soins de longue durée. Cela nécessitera de vastes consultations, non seulement dans les pays de l'OCDE mais aussi avec les experts de premier plan des comptes de la santé dans les pays extérieurs à la zone de l'OCDE.

Définition plus détaillée ou plus précise des catégories de dépenses

17. Le Manuel du SCS présente les définitions pour chaque nomenclature : nomenclature des fonctions de soins de santé (ICHA-HC) ; nomenclature des prestataires de soins de santé (ICHA-HP) ; et nomenclature des sources de financement des soins de santé (ICHA-HF). Cependant, la pratique a montré que des définitions et des explications plus détaillées sont indispensables, dans certains cas, pour éviter de grandes divergences dans l'interprétation et dans les estimations. Les définitions devraient aussi s'accompagner de davantage de conseils sur les méthodes d'estimation.

18. Comme on vient de le voir, une définition plus détaillée des **soins de longue durée** s'impose. Les définitions et les méthodes d'estimation d'autres fonctions comme les **soins en hospitalisation de jour** et soins de **réadaptation** gagneraient aussi à ce que les choses soient clarifiées.

19. Certaines expressions (par exemple, la formule, plus courte, de « soins ambulatoires » pour désigner les services ambulatoires et services de consultation externe des hôpitaux) sont employées avec une acception différente dans le Manuel du SCS et dans la littérature qui traite des politiques de santé, et/ou, aussi, dans la pratique quotidienne de certains pays. Cela peut être une source d'ambiguïté dans l'interprétation des tableaux du SCS.

6 Cela a une incidence sur l'ampleur globale des dépenses de santé (et, par conséquent, le rapport des dépenses de santé au PIB), sur la répartition public/privé dans le financement des dépenses de santé, et sur la ventilation par fonctions et prestataires. L'incidence des différences dans les méthodes d'estimation des soins de longue durée sur le total des dépenses de santé peut être de plus de 10 pour cent.

20. De même, la définition de certaines sous-catégories de soins ambulatoires demande à être clarifiée et, dans certains cas, revue. Il pourrait être judicieux de ne faire une distinction, au niveau des rubriques à trois chiffres, qu'entre les services dispensés par des médecins, les soins dentaires et les autres services en mode ambulatoire ; puis, au niveau des rubriques à quatre chiffres, entre services médicaux courants et soins de santé spécialisés. En outre, le Manuel du SCS voudrait que seuls les services médicaux spécialisés dispensés par des médecins soient pris en compte sous la rubrique *Autres soins de santé spécialisés* (HC.1.3.3). A l'évidence, devraient être pris en compte sous cette rubrique les services fournis par des médecins ou sous le contrôle de médecins.

21. Un aspect qui fait débat de la nomenclature ICHA-HC concerne le traitement différencié des laboratoires d'analyses médicales et de l'imagerie diagnostique, en soins ambulatoires et en soins hospitaliers. La rubrique *Services auxiliaires* (HC.4) ne recouvre que les services de laboratoires d'analyses médicales et les services d'imagerie diagnostique en mode ambulatoire ; et lorsque ces services sont dispensés à des patients hospitalisés, ils sont pris en compte en tant que soins hospitaliers.⁷ Le traitement des services auxiliaires en soins ambulatoires répond à une logique de « procédures médicales », tandis que le traitement des services auxiliaires en soins hospitaliers répond à une logique d' « épisode de soins » (ils sont enregistrés en soins hospitaliers et non pas sous HC.4). Par conséquent, il y a une incohérence dans la façon de traiter les soins curatifs : les dépenses afférentes aux soins curatifs incluent les services de laboratoires d'analyses médicales et les services d'imagerie diagnostique lorsque ceux-ci sont dispensés en soins hospitaliers, mais n'incluent pas ces mêmes services lorsqu'ils sont dispensés en soins ambulatoires (et ils sont alors enregistrés en services auxiliaires sous HC.4).

22. La pratique montre aussi que, dans la plupart des pays, les données ne sont pas disponibles au niveau des rubriques à trois chiffres dans la catégorie *Appareils thérapeutiques et autres biens médicaux durables*. En pareil cas, un plus petit nombre de rubriques à trois chiffres pourrait suffire dans une optique internationale. Il faudrait aussi traiter la question de la réutilisation des appareils thérapeutiques. (Dans certains pays nordiques, le taux de réutilisation est d'au moins 50 pour cent.)

23. Il y a une contradiction entre la classification de la médecine du travail dans la nomenclature et sa définition : la nomenclature ICHA-HC classe la médecine du travail sous HC.6.5, qui est une sous-catégorie de la rubrique HC.6 (Services de prévention et de santé publique). Or, la définition de la médecine du travail inclut aussi les services de soins curatifs et de réadaptation (les faisant figurer en sous-catégories des services de prévention). Il semble qu'il y ait deux possibilités : (1) modifier la façon dont la médecine du travail est classée dans la nomenclature ICHA ; (2) revoir la définition de la médecine du travail. Si la définition de la médecine du travail était cohérente avec la façon dont celle-ci est classée, elle ne devrait recouvrir que les services de prévention (bilans médicaux, principalement, destinés à s'assurer de l'aptitude à exercer une certaine activité économique).

24. De plus amples indications sont nécessaires pour améliorer la comparabilité des statistiques relatives à la formation brute de capital fixe. C'est une catégorie importante dans l'optique de l'analyse des politiques publiques. Pourtant, il n'y a pas, actuellement, dans les pays de l'OCDE, de compte de la santé qui soit en mesure de fournir une estimation exhaustive.

7 De même pour la rubrique HC.5 – Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires.

25. Quelques incohérences mineures, qui appellent rectification, ont été mises en évidence après que le Manuel a été publié.⁸

26. Le Manuel appelle un examen approfondi de ces formulations, et d'autres, qui peuvent être ambiguës, pour voir quelle est la stratégie appropriée, modifier ces formulations et/ou fournir des explications plus complètes.

Clarification plus précise de la relation entre les deux logiques qui sous-tendent la nomenclature fonctionnelle

27. Le Manuel du SCS combine deux logiques de classification des services de soins individuels : (i) une logique « fonctionnelle » qui renvoie à la finalité des soins (soins curatifs, réadaptation et soins de longue durée, etc.) ; et (ii) la logique du mode de production qui reflète les caractéristiques techniques et organisationnelles des soins (soins hospitaliers, soins de jour, soins ambulatoires et soins à domicile). Ces deux logiques sont prises en compte de façon ambiguë dans le Manuel du SCS : dans les tableaux standardisés du chapitre 2, le mode de production des soins constitue le premier niveau et les soins curatifs/de réadaptation et soins de longue durée constituent des sous-catégories des rubriques soins hospitaliers et soins ambulatoires, etc. Tandis que dans la section présentant la classification, le mode de production est traité comme une sous-catégorie des rubriques soins curatifs/de réadaptation et soins de longue durée. La solution à ce problème pourrait résider dans des explications plus détaillées, et/ou dans une modification des tableaux standardisés, et/ou dans une modification de la structure de la nomenclature par fonctions.

Nomenclature des prestataires de soins de santé (ICHA-HP)

28. La nomenclature des prestataires de soins de santé s'est révélée trop détaillée au niveau des rubriques à deux chiffres. Par exemple, la rubrique *Maisons médicalisées et autres établissements de soins avec hébergement* (HP.2) recouvre quatre sous-rubriques au niveau à deux chiffres pour lesquelles la correspondance est vraisemblablement très difficile avec les systèmes de plusieurs pays de l'OCDE. En fait, la rubrique *Prestataires de soins ambulatoires* (HP.3) est la seule pour laquelle la plupart des pays peuvent fournir des données à un niveau de désagrégation plus poussé (en l'occurrence au niveau des rubriques à deux chiffres). Si l'on estime que le niveau des rubriques à deux chiffres est celui qui convient pour des comparaisons internationales, alors il y a lieu de réexaminer attentivement les actuelles rubriques à deux chiffres.

29. Dans plusieurs pays, des centres de santé complexes peuvent assurer – outre des soins ambulatoires – des soins hospitaliers curatifs, des soins de longue durée, des services de santé publique, etc. Ils peuvent aussi assurer des services sociaux. Actuellement, la rubrique *Centres de soins ambulatoires* (HP.3.4) rendrait compte de ce type d'établissements, mais ce n'est, à l'évidence, pas une solution très satisfaisante. Compte tenu de l'importance de ce type d'établissements dans plusieurs pays, ils devraient faire l'objet d'une rubrique indépendante dans la nomenclature des prestataires de soins de santé.

30. Les prestataires de soins qui pratiquent une médecine orientale (traditionnelle) sont actuellement repris sous la rubrique *Cabinets d'autres professionnels de santé* (HP.3.3). Cette catégorie vise normalement les praticiens indépendants non médecins (kinésithérapeutes, par exemple). Or, dans plusieurs pays, des médecins diplômés d'école de médecine pratiquent la médecine orientale. Par

8 Par exemple, les vaccinations à destination des enfants sont mentionnées à la fois sous HC.6.3 (Prévention des maladies transmissibles) et sous HC.6.1 (Santé maternelle et infantile). Il y aurait lieu, à l'évidence, de décider sous laquelle de ces rubriques elles doivent figurer.

conséquent, il serait plus cohérent – dans une logique de prestataires de soins de santé – de classer les médecins (à l'exclusion des autres professionnels de santé) qui pratiquent la médecine orientale dans une sous-catégorie, sous la rubrique *Cabinets de médecins* (HP.3.1).

31. Par ailleurs, dans la nomenclature des prestataires de soins de santé, certaines formulations indiquent plutôt des fonctions que des prestataires (voir, par exemple, la rubrique HP.5, *Fourniture et gestion de programmes de santé publique*). Ces formulations sont à revoir.

Nomenclature des sources de financement (ICHA-HF)

32. Il faut pouvoir traiter sans ambiguïté trois aspects importants du financement des soins de santé – à savoir, source ultime de financement ; systèmes de financement (assurance obligatoire ou assurance volontaire, par exemple) ; et organismes financeurs⁹ (organismes gérant les systèmes de financement). Or, l'expression « sources de financement » employée pour la nomenclature ICHA-HF pourrait prêter à des interprétations diverses, comme désignant les organismes financeurs, les systèmes de financement ou la source ultime de financement.

33. Bien que la rubrique « assurance sociale privée » soit précisément employée dans le Manuel du SCS au sens où on l'entend dans le système de comptabilité nationale (SCN), il y a là objet de débat. Notamment parce que cette formulation « assurance sociale privée » est rarement employée dans les analyses des politiques de santé. C'est un cas où les discussions dans le cadre du projet dont il est question ici pourraient contribuer à la révision en cours du système de comptabilité nationale (SCN 2008).

34. Il faudrait aussi clarifier certaines questions théoriques au moment de revoir les définitions. Par exemple, le Manuel n'indique pas comment doivent être traitées les déductions fiscales au titre de l'assurance privée.

35. Le Manuel du SCS devrait fournir davantage d'indications sur la façon de prendre en compte les investissements financés par des prestataires privés comme les hôpitaux (en tant que source de financement). On pourrait, par exemple, envisager de créer une sous-rubrique pour les hôpitaux (en tant que source de financement) sous les catégories institutions sans but lucratif et sociétés.

36. Les rubriques à trois chiffres dans la catégorie des *Versements directs des ménages privés* sont trop détaillées. Au lieu de neuf catégories, il serait plus réaliste de n'en retenir que trois (versements directs, hors participation aux dépenses ; participation aux dépenses en cas de financement public ; et participation aux dépenses en cas de financement par une assurance privée).

Problèmes communs aux trois nomenclatures

Comparabilité ou flexibilité

37. Actuellement, le SCS prévoit des rubriques à deux et trois chiffres. Plusieurs pays ont ajouté des rubriques plus détaillées (à un niveau de classification à trois ou quatre chiffres), alors même que la plupart des pays ne fournissent pas de données pour certaines des rubriques à deux chiffres du SCS. Il serait raisonnable de convenir que les comparaisons internationales s'effectuent au niveau des rubriques à deux

9 Il n'y a pas de relation univoque entre systèmes de financement et organismes financeurs. Par exemple, un système d'assurance obligatoire peut être géré en même temps par des organismes quasi publics et par des compagnies d'assurances commerciales dans un pays ; et des organismes d'assurances sociales peuvent proposer des assurances volontaires.

chiffres, ce qui impliquerait que les systèmes nationaux devraient s'efforcer de suivre d'aussi près que possible les définitions et les rubriques du SCN à ce niveau ; et les rubriques à un niveau de désagrégation plus poussé seraient de portée nationale. S'il en était ainsi convenu, la structure de la classification internationale des comptes de la santé (ICHA) devrait être revue dans cet esprit.

Comparabilité internationale et statistiques nationales

38. Actuellement, plusieurs pays communiquent des valeurs de dépense totale différentes selon qu'il s'agit de notifications à visée nationale ou internationale (Danemark, Japon, Etats-Unis, par exemple). Même si l'on peut penser que cette situation est appelée à perdurer, on pourrait mettre au point une pratique plus homogène pour présenter (et interpréter) les différentes estimations, nationales et internationales.¹⁰

Correspondance plus précise avec d'autres classifications internationales des soins de santé

39. L'Annexe 9.2 et l'Annexe 10.1 du Manuel du SCS établissent les correspondances avec les nomenclatures du SCN 93, à savoir la classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique (CITI) ; la nomenclature des fonctions de la consommation individuelle (COICOP) ; et la classification des fonctions des administrations publiques (CFAP). Cependant, les correspondances entre l'ICHA-HC et la COICOP et la CFAP, d'une part, et entre l'ICHA-HP et la CITI, d'autre part, mériteraient de plus amples explications.¹¹

Extension possible de la classification internationale des comptes de la santé

40. Actuellement, la classification internationale des comptes de la santé recouvre trois nomenclatures : nomenclature des fonctions de soins de santé (ICHA-HC), nomenclature des prestataires de soins de santé (ICHA-HP) et nomenclature des sources de financement des soins de santé (ICHA-HF). Il serait intéressant d'envisager d'étendre la classification à trois autres dimensions – sources (ultimes) de financement, population bénéficiaire (par âge et par sexe), et ressources (utilisées pour produire les biens et services de santé).¹² L'adjonction de dimensions supplémentaires impliquerait, naturellement, que soient définis d'autres tableaux du SCS.¹³

41. Le Manuel du SCS évoque, certes, la relation entre les sources finales de financement et les systèmes de financement/organismes financeurs, mais il ne propose pas véritablement de système de classification des sources finales de financement pour résumer, sous une forme standardisée, la série de tableaux présentée au chapitre 6. Un tableau caractérisant clairement la relation entre les sources ultimes de financement et les organismes financeurs serait intéressant.

10 Par exemple, faudrait-il indiquer, sur les tableaux présentant les données internationales, que les statistiques nationales diffèrent ?

11 Dans un souci de meilleure harmonisation des systèmes de classification, le Secrétariat a présenté, en 2003, une proposition pour le traitement de la santé dans la révision en cours de la CITI [DELSA/ELSA/WP1/HS(2004)7].

12 Le Producers Guide de l'OMS propose d'ajouter les dimensions suivantes : sources de financement (sources ultimes de financement) ; population bénéficiaire (avec un classement en fonction des caractéristiques démographiques, des caractéristiques socio-économiques, de l'état de santé/de la maladie) ; ressources utilisées pour produire les biens et services de santé. Toutes ces dimensions ne pourront pas être prises en compte dans les révisions actuellement engagées.

13 Naturellement, il ne serait pas raisonnable d'envisager de croiser ces nouvelles dimensions avec toutes les dimensions existantes.

42. L'analyse des résultats initiaux de la mise en œuvre du SCS montre que les actuels tableaux du SCS ne permettent pas de répondre à certaines questions importantes intéressant l'action des gouvernements : par exemple, consommation totale de produits pharmaceutiques ou coûts totaux de main-d'œuvre. Pour obtenir ce type d'information, on pourrait, par exemple, créer une nouvelle dimension ressources (intrants) en matière de soins de santé.¹⁴

43. Trois critères fondamentaux doivent être pris en compte pour déterminer s'il y a lieu d'intégrer une nouvelle dimension dans la classification ICHA : pertinence au regard de l'action des gouvernements, faisabilité de la mesure et possibilité de notifications régulières.

ABOUTISSEMENT DU PROJET

44. La **version 1.1 du SCS-ICHA** devrait à la fois mieux se prêter à des comparaisons internationales et offrir plus de souplesse pour tenir compte des spécificités des systèmes nationaux de santé. On souhaite que la nouvelle version du SCS repose sur un consensus entre les organisations internationales intéressées.

45. Une version révisée du SCS-ICHA impliquera, à l'évidence, une révision des tableaux standardisés et des modifications du texte de la plupart des chapitres du SCS. Par conséquent, une **nouvelle édition du Manuel du SCS** semble la solution la plus appropriée pour présenter la version 1.1 du SCS-ICHA.

46. La nouvelle édition laisserait toutefois inchangés les chapitres théoriques ci-après : mesure des dépenses de santé, prix et volumes, le SCS et les comptes et analyses satellites de la santé.

14 On pourrait aussi créer une sous-catégorie, sous soins hospitaliers, pour les produits pharmaceutiques et les services auxiliaires, au niveau des rubriques à trois chiffres.

ORGANISATION ET CALENDRIER DU PROJET : PROPOSITIONS

47. Le projet requiert un cadre organisationnel qui puisse faciliter l'émergence d'un consensus entre les organisations internationales, favoriser la participation d'un large cercle d'experts de l'OCDE et extérieurs à l'OCDE et, dans le même temps, permettre une gestion efficace.

48. Le projet serait organisé comme suit :

- Il se déroulera sous le contrôle d'un **comité de supervision** international. (Seront invitées à y participer les Directions compétentes de la Commission européenne, de l'OMS et de la Banque mondiale, ainsi que la Direction ELS et la Direction des statistiques de l'OCDE.) **Le Comité de supervision** examinera les propositions présentées par le Groupe de travail chargé des travaux spécialisés.
- Le projet sera coordonné par un **responsable de projet à l'OCDE**.
- Les travaux d'experts seront réalisés par un **Groupe de travail** composé de 4 ou 5 membres – responsable du projet (OCDE) et 3 ou 4 experts émanant des pays Membres.
- Un cercle plus large d'**experts** devrait aussi être associé aux travaux sur des questions spécifiques (dans le cadre de contrats de consultants).

49. Afin de faciliter la discussion au sein d'un plus vaste cercle d'experts, il sera mis en place un **Groupe de discussion électronique** (EDG du SCS) pour le *Réseau des experts des comptes de la santé et correspondants pour les données relatives aux dépenses de santé*.

50. Des états intermédiaires du projet seront examinés lors des *réunions des experts des comptes de la santé*.

51. Le projet bénéficiera des consultations avec d'autres directions de l'OCDE s'intéressant aux questions de santé (Direction de la coopération pour le développement, par exemple) et aux normes comptables de façon générale (Division des comptes nationaux de la Direction des statistiques, par exemple).

52. Enfin, les décisions concernant l'ampleur du projet visant à améliorer la classification ICHA devront cadrer avec les ressources disponibles. Le programme de travail et budget de l'OCDE pour 2005/2006 et les dotations aux travaux sur la santé dans le cadre de ce budget n'ont pas encore été finalisés. On ne sait donc pas encore quels seront les financements dont on disposera pour mener le projet lui-même et porter une attention accrue aux statistiques relatives aux soins de longue durée. Selon l'ampleur du projet, on pourra être amené à faire appel à des financements additionnels.

Coopération avec les autres organisations internationales et les réseaux d'experts extérieurs à l'OCDE

53. Les propositions à cet égard sont les suivantes :

- Les représentants des organisations internationales citées plus haut seront invités à faire partie du Comité de supervision ;
- Les membres du Comité de supervision auront pour tâche de diffuser l'information auprès de leurs mandants et de transmettre leurs avis au Comité de supervision ;
- Le Secrétariat communiquera les informations utiles aux animateurs des réseaux du SCS, à la fois à l'OCDE et à l'extérieur de l'OCDE, pour solliciter leurs avis.

Calendrier

54. On pourrait viser le milieu de 2007 pour publier la version 1.1 du SCS-ICHA. Le tableau ci-dessous récapitule les étapes du processus envisagé :

Tâches	Délais
Examen de l'avant-projet lors de la réunion des experts des comptes de la santé	Octobre
Mise en place du Groupe de discussion électronique pour le réseau d'experts des comptes de la santé	Octobre
Date limite pour la présentation des commentaires sur la proposition initiale [HS(2004)6]	Mi-novembre
Mise en place du Groupe de travail Examen de la proposition de projet révisée	Décembre 2004
Mise en place du Comité de supervision Examen de la proposition de projet révisée	Janvier 2005
Acceptation de la proposition finale de projet	Janvier 2005
Invitation lancée à des experts (ou groupes d'experts) pour élaborer des segments spécifiques de la version 1.1 de la classification ICHA	Février 2005
Premiers projets soumis par les experts invités (ou les groupes d'experts) soumis au Groupe de travail/réunion du Groupe de travail – préparation d'un premier projet de version 1.1	Juin 2005
Diffusion du <i>premier projet de version 1.1 de la classification ICHA</i> sur l'EDG	Juin/Juillet 2005
Examen du <i>premier projet de version 1.1</i> lors de la réunion d'experts des comptes de la santé	Octobre 2005

Les commentaires des réseaux extérieurs à l'OCDE sont sollicités	Décembre 2005
Examen avec les directions compétentes de l'OCDE	Décembre 2005
Révision du premier projet de version 1.1 de la classification ICHA par le Groupe de travail – établissement du <i>projet final de version 1.1</i>	Février 2005
Examen du <i>projet final de version 1.1 de la classification ICHA</i> par le Comité de supervision	Mars 2006
Finalisation du projet définitif de version 1.1 de la classification ICHA par le Groupe de travail	Avril 2006
Vaste examen du projet final de version 1.1 de la classification ICHA	Mai – Octobre
Examen du projet final de version 1.1 par la réunion des experts des comptes de la santé	Octobre 2006
Finalisation de la publication par le Groupe de travail et le Secrétariat de l'OCDE	Janvier/Février 2007
Acceptation de la publication par l'organe de supervision	Mars 2007
Publication de la classification ICHA version 1.1	Mai-Juin 2007