

Distr.
GÉNÉRALE

CES/AC.36/1998/22 (Summary)
EUR/ICP/INFO 020603/22

8 juillet 1998

FRANÇAIS
Original : ANGLAIS

COMMISSION DE STATISTIQUE et
COMMISSION ÉCONOMIQUE POUR L'EUROPE

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE

CONFÉRENCE DES STATISTICIENS EUROPÉENS

Réunion CEE/OMS sur les statistiques
de la santé

(Rome, Italie, 14-16 octobre 1998)

SESSION I : Problèmes liés au manque de coordination des statistiques
nationales et internationales relatives à la santé

**COMPARAISON INTERNATIONALE DES DONNÉES SUR LES SOINS DE SANTÉ
DANS SIX PAYS 1994, 1995**

Document d'appui présenté par Statistics Netherlands¹

Résumé

1. En 1994, le projet intitulé "Comparaison internationale des données sur les soins de santé" a été lancé par Statistics Netherlands à la demande du Ministère de la santé, de la protection sociale et des sports, qui a fourni le soutien financier nécessaire à cet effet.
2. Des représentants de l'Allemagne, de la Belgique, du Danemark, de la France et de la Suisse ainsi que d'organisations internationales telles que l'OCDE, le Bureau régional de l'Europe de l'OMS et EUROSTAT ont été invités à faire partie d'un réseau d'experts en vue de faciliter l'échange d'idées et d'informations.
3. Ce projet visait à améliorer la comparabilité d'un ensemble de variables déterminées. Il comprenait deux phases : la première (1994-1995) était axée sur le secteur des soins assurés en régime interne, tandis que la deuxième (1996-1997) englobait la description du plan, les méthodes d'exécution et les résultats du projet ayant trait aux soins assurés en régime externe, à la prévention, à d'autres services et aux biens médicaux.

¹Élaboré par Cor van Mosseveld.

Résultats

4. Le projet intitulé "Comparaison internationale des données sur les soins de santé" favorise une approche pragmatique permettant de comparer les modes d'organisation et de financement des systèmes de soins de santé appliqués dans les pays participants, sans altérer les définitions et méthodes de collecte de données propres à ces pays.

5. En raison de la nature différente des systèmes de soins de santé, on a pris comme point de départ les activités ou fonctions dans ce domaine telles qu'exécutées par les dispensateurs de soins. Une liste d'activités a été expédiée aux participants qui ont été priés d'indiquer quelles étaient les activités exécutées dans leur pays et par quelles structures sanitaires elles étaient assurées. Sur la base des informations reçues, on a établi un inventaire des modalités de prestation de soins qui a servi à déterminer les limites des systèmes de soins de santé des pays participants.

6. Ces limites ont été définies avec plus de précision encore au cours du processus de comparaisons bilatérales qui a pris comme point de départ le système de soins de santé néerlandais et a permis d'affecter cinq séries distinctes de comparaisons bilatérales.

7. Au cours de l'étape suivante, on a étudié les possibilités de créer un système de comparaison multilatérale sous l'appellation de "Common Comparable Package" ("CCP) [programme commun de comparaison], sur la base des résultats des cinq comparaisons bilatérales. Le CCP relatif aux soins de santé des pays participants a été élaboré en ajoutant ou retranchant des éléments à l'inventaire des modalités de prestation des soins ou en le remaniant. Le CCP peut servir de cadre de référence, et constituer ainsi un instrument de comparaison internationale.

8. Les dépenses en matière de soins de santé exprimées en pourcentage du produit intérieur brut, varient, selon la méthode retenue dans le CCP, entre 7,2 % (au Danemark, en 1995) et 10,4 % (en France, en 1995). D'après les calculs de l'OCDE, ces mêmes proportions oscillent entre 6,4 % (au Danemark, en 1995) et 10,3 % (en Allemagne, en 1994).

9. Les pourcentages relatifs aux dépenses de santé calculés selon la méthode du CCP diffèrent des chiffres présentés par l'OCDE. Dans certains cas, comme pour le Danemark, la France et la Belgique, ces pourcentages sont plus élevés; dans d'autres, comme pour les Pays-Bas, l'Allemagne et la Suisse, ils sont plus faibles. Il est plus important de noter que les différences relatives entre les pays, selon la méthode du CCP, sont généralement moindres que dans les chiffres de l'OCDE. Cela signifie que le contenu uniformisé du programme établi aux fins du CCP est confirmé par les données brutes se rapportant aux pays participants.

10. Les dépenses de santé par habitant, évaluées en dollars des États-Unis, sont aussi indiquées. Selon la méthode du CCP, ces dépenses vont de 1 644 dollars en Belgique (1994) à 3 934 dollars en Suisse (1995). D'après les données de l'OCDE, les dépenses par habitant les plus faibles sont celles qui ont été relevées en Belgique (1 858 dollars) en 1994; les plus élevées sont celles enregistrées en Suisse en 1995 (4 388 dollars).

11. Cependant, le principal résultat du projet réside dans le fait que la méthode mise au point à cet effet (activités de soins → modalités de prestation → dépenses) s'est avérée être un bon instrument de comparaison internationale, non seulement pour les données financières du secteur des soins de santé, mais aussi pour d'autres variables. Elle pourrait même constituer un moyen efficace de comparaison dans d'autres secteurs de l'économie.

12. Il importe de rappeler que le projet n'aurait pas pu être mené à bien sans informations suffisantes sur les modes de prestation et systèmes de soins de santé des participants - lesquelles ont été fournies dans les descriptifs de pays.
