

Les comptes de la santé (SHA): note explicative (version septembre 2023)

Les dépenses de santé représentent une partie importante de la consommation publique et privée. En même temps, nous considérons tous la santé comme un de nos biens les plus précieux. Ces considérations soulignent **le besoin d'une analyse importante et d'un suivi de la manière dont notre consommation de biens et services de soins de santé et de longue durée sont financés, livrés et utilisés.**

Ceci a conduit au développement de la méthodologie dite '**Health accounts**'¹ par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et Eurostat, en collaboration avec les pays membres. Cette méthodologie, publiée en 2000 et revue en 2011, a pour but de créer un instrument permettant l'analyse comparative des systèmes de santé dans les différents pays.

La production de cette statistique est obligatoire depuis 2015 par l'introduction du Règlement (CE) 2015/359 de la Commission européenne. Ce Règlement stipule que [le manuel 'SHA 2011'](#) constitue le cadre méthodologique pour l'objectif, le champ d'application et les définitions de cette statistique.

Les comptes de la santé visent à estimer la consommation finale de biens et services de santé et de soins de longue durée. Il s'agit des biens et services dont l'objectif primaire est d'améliorer, de maintenir ou de prévenir une détérioration de la santé et nécessitant une connaissance spécialisée médicale ou des connaissances en matière de soins.

L'estimation de la consommation finale des biens et services de santé et de longue durée **est ventilée selon trois dimensions** :

- *Fonction* : se base sur le concept d'épisodes de soins et décrit l'utilisation des biens et services consommés ;
- *Type de prestataire* : donne une ventilation de comment de ces services et biens sont produits (ou par qui) ;
- *Sources de financement* : répartit la valeur de l'estimation totale entre les différents canaux de financement (ou, en d'autres mots : qui paie quelle partie de la facture finale ?).

Les principaux éléments de ces estimations sont présentés pour notre pays [sur le site du SPF Sécurité sociale](#). Les tableaux détaillés pour la Belgique et les autres pays membres (pour autant que disponibles) peuvent être consultés sur les sites web suivantes :

- [Eurostat](#)
- [OCDE](#)
- [OMS](#)

Bien que les comptes de la santé de la Belgique soient compilés depuis 2003, **ce site web ne présente que les résultats des 10 dernières années.**

¹ A System of Health Accounts 2011', OCDE, Paris 2011.

Depuis 2019, la Belgique fournit également **des chiffres sur la composante sociale des soins de longue durée**, même si ceux-ci ne relèvent pas du concept de consommation finale de services et de biens de santé et de soins de longue durée, tel que défini pour les comptes de la santé. Ils sont indiqués sous le label ‘*HCR.1*’ dans les tableaux par fonction. La composante sociale des soins de longue durée concerne les dépenses liées aux « activités instrumentales de la vie quotidienne » (AIVQ). Il s'agit par exemple d'activités telles que la cuisine, les courses ou les tâches ménagères quotidiennes. Ces dépenses ne sont pas incluses dans les dépenses totales de soins de santé car elles ne nécessitent pas de connaissances médicales ou paramédicales et, pour cette raison, sont donc présentées séparément dans les tableaux correspondants. Néanmoins, il est intéressant de montrer que ces dépenses existent. Ils complètent la composante ‘médicale’ des soins de longue durée qui est incluse dans les dépenses totales (c'est-à-dire sous ‘*HC.3*’). Il s'agit des dépenses liées aux soins médicaux ou infirmiers et à l'aide aux « activités de la vie quotidienne » (AVQ), telles que la toilette ou l'habillage d'un patient.

Il convient de noter que cette estimation n'inclut pas un certain nombre de services, tels que ceux financés par des titres-services (services de nettoyage, services de repassage), car il n'est pas possible de distinguer ces utilisateurs selon qu'ils ont ou non des « besoins en soins de longue durée », puisqu'ils sont accessibles à l'ensemble de la population.

En outre, les comptes de la santé pour les années 2020 et 2021 contiennent **un certain nombre de codes liés à la COVID-19**. En effet, suite à la pandémie, il y a eu une forte demande pour estimer l'impact de la crise COVID-19 sur les dépenses de santé. Les données pertinentes ont été intégrées dans les tableaux par fonction. Elles comprennent les codes suivants :

Code	Category
Special reporting items to track COVID-19 spending within current health expenditure (CHE):	
HC.COV.1	COVID-19 related treatment
HC.COV.2	COVID-19 testing and contact tracing
HC.COV.3	Vaccination against SARS-CoV-2
HC.COV.4	COVID-19 medical goods
HC.COV.5	Other COVID-19 related health spending (not elsewhere classified)
Special reporting items to track COVID-19 spending outside current health expenditure (CHE):	
HCR.COV.1	Health related COVID-19 spending (outside of CHE)

Les cinq premiers codes (‘*HC.COV.1-5*’) suivent un format qui est - évidemment - lié à la crise COVID-19, comprenant des codes distincts pour la vaccination et le traitement. Ces codes sont également répartis entre les différentes fonctions des ‘dépenses courantes de santé’ (*current health expenditures* ou ‘*CHE*’). La somme de ces codes doit être interprétée comme une dépense COVID-19 dans la limite des dépenses courantes de santé (et donc dans le cadre de SHA).

Le dernier code ‘*HCR.COV1*’ fait référence aux dépenses de santé liées à la COVID-19 qui ne relèvent pas du concept de consommation finale de services et de biens de santé et de soins de longue durée (et donc du cadre de SHA), mais qui sont considérées comme pertinentes sur le plan politique dans le contexte de la crise de la COVID-19. Il s'agit spécifiquement de transferts aux prestataires de soins de santé pour compenser les pertes de revenus dues à COVID-19, qui ne peuvent être considérés comme des subventions. En Belgique, ce poste est très réduit, car il exclut les allocations de chômage temporaires qui étaient applicables au personnel de santé salarié dans notre pays et le droit passerelle pour les travailleurs indépendants.

Il convient toutefois de faire **deux mises en garde** au sujet de ces nouveaux codes. Tout d'abord, une grande partie des dépenses engagées pour la COVID-19 (par exemple l'achat de ventilateurs et de lits

de soins intensifs) ne répondent pas au critère de la consommation finale de biens et services de santé (parce qu'il s'agit, par exemple, d'investissements) et ne relèvent donc pas du champ d'application du SHA. Cela signifie donc que le SHA ne mesure pas l'ensemble des moyens déployés en Belgique pour lutter contre la pandémie, ni le coût total de la réponse à la pandémie. Néanmoins, ces chiffres peuvent jouer un rôle pour mieux comprendre l'impact de la COVID-19 sur les systèmes de santé et contribuer à une meilleure mesure du coût total de la réponse à la pandémie. Deuxièmement, il convient également de mentionner que toutes les dépenses pertinentes n'ont pas pu être attribuées aux codes COVID-19 mentionnés plus haut, en raison de la difficulté, ou de l'impossibilité, d'identifier les mesures et les résultats individuels. Cela signifie donc que les dépenses de santé incluses dans ces codes sont sous-estimées et qu'il peut y avoir d'autres dépenses liées à la COVID-19 'cachées' sous d'autres codes de fonction.