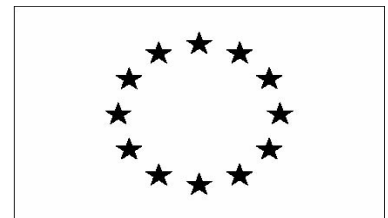




**AMÉLIORER LES ESTIMATIONS DES EXPORTATIONS ET IMPORTATIONS DE SERVICES
ET DE BIENS DE SANTÉ DANS LE CADRE DU SCS**

RAPPORT FINAL, JUIN 2011

Ce travail a été financé par la Direction générale de la santé et des consommateurs de la Commission Européenne (agrément de la contribution de l'UE 2008 51 02). Cependant, les opinions exprimées dans ce rapport ne reflètent pas nécessairement la position officielle de la Commission Européenne.



REMERCIEMENTS

1. Les auteurs sont reconnaissants de la contribution importante et précieuse fournie par de nombreux experts lors de la préparation et la relecture de ce rapport final. En particulier, les experts nationaux qui ont été impliqués dans la production des études de cas nationales: Michael Müller (Federal Statistical Office, Allemagne), Gregory Papanikos (Athens Institute for Education and Research, Grèce), Szillárd Páll (Central Statistical Office, Hongrie), Hyoung-Sun Jeong (Yonsei University, Corée), Stane Marn (Statistical Office of the Republic of Slovenia, Slovénie) et David Warner (University of Texas at Austin, Etats-Unis), ainsi que Marie-Camille Lenormand et Patricia Rodrigues à l'OCDE. Les auteurs remercient aussi les collègues de l'OCDE pour leurs commentaires et leur aide: William Cave, Roberto Astolfi, Rebecca Bennetts, Eva Orosz, Luca Lorenzoni, Mark Pearson et Peter Scherer ainsi que les collègues d'Eurostat et de l'OMS, à savoir Dorota Kawiorska, Patricia Hernández Peña, Cornelis van Mosseveld, Nathalie Van der Maele et Tessa Tan Torres. En outre, les auteurs remercient les experts ayant participé à l'atelier tenu à Paris le 2 novembre 2010 pour leurs réactions et commentaires sur les projets de rapport : Antero Kivieniemi, Marie-Anne Le Garrec, Nir Kaidar, Naoko Koezuka, Naohiro Mitsutake, Pavol Baxa, Raymond Rossel, Cathy Cowan, Neil Lunt, Markus Schneider et Kalliopi Skountridaki.
2. Le projet « Améliorer les estimations des exportations et importations de services et de biens de santé dans le cadre du SCS » a été en partie financé au moyen d'une subvention de la CE No. 2008 51.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	2
TABLE DES MATIÈRES.....	3
SYNTHÈSE.....	5
1. INTRODUCTION	7
Contexte	7
Objectifs du projet.....	8
Méthodologie et processus.....	8
Première phase	8
Deuxième phase	10
Étape finale.....	11
Suite du rapport.....	12
2. ASPECTS GÉNÉRAUX ET PRINCIPAUX ENJEUX.....	13
3. CONCEPTS ET DÉFINITIONS	19
Territoire économique	20
Résidence	20
Reste du monde et commerce de soins de santé.....	24
Évaluation.....	24
Moment d'application	26
4. DÉLIMITATION DES ÉCHANGES DANS LE CADRE DU SCS.....	27
Exemples d'échanges de biens et de services de santé dans le SCS	28
Problèmes de délimitation du champ couvert par le commerce des biens et des services de santé	29
Emplois intermédiaires et emplois finaux des biens et des services de santé	31
5. SOURCES DE DONNÉES ET LIGNES DIRECTRICES	33
Enquêtes auprès des entreprises	34
Sources administratives publiques (services de liaison)	36
Assurance maladie privée.....	37
Enquêtes auprès des ménages et des touristes	37
Autres sources de données	40
6. NOTIFICATION DANS LE CADRE DU SCS	43
Tableaux et notifications supplémentaires	43
7. LE POINT SUR LA NOTIFICATION DES IMPORTATIONS ET EXPORTATIONS	46
BIBLIOGRAPHIE	50
ANNEXE 1. NORMES ET CLASSIFICATIONS INTERNATIONALES DU COMMERCE ET DU TOURISME INTERNATIONAL	53
Commerce international des services selon le mode de fourniture.....	53
Mode 1 : fourniture transfrontières	53
Mode 2 : consommation à l'étranger.....	54
Mode 3 : présence commerciale.....	54
Mode 4 : présence temporaire de personnes physiques.....	55
Balance des paiements et comptes nationaux	56
Manuel des statistiques du commerce international des services (MSCIS).....	56

Voyages liés à la santé	57
Services de santé	58
Autres catégories pertinentes de la classification élargie de la balance des paiements (EBOPS).....	59
Statistiques du tourisme et Compte satellite du tourisme (CST)	59
ANNEX 2. QUESTIONNAIRE SUR LES MODALITÉS COURANTES ET FUTURES DE NOTIFICATION DES IMPORTATIONS ET EXPORTATIONS DE BIENS ET DE SERVICES DE SANTÉ (EN ANGLAIS).....	63
ANNEX 3. HEALTH AT A GLANCE EUROPE 2010 (EN ANGLAIS).....	68
Trade in health services.....	68

Tables

Tableau 1. Études de cas nationales réalisées dans le cadre de la phase 1 du projet	10
Tableau 6.1 Dépenses d'importations de soins de santé par fonction et par financement (en anglais)	45
Tableau 6.2 Dépenses d'exportations de soins de santé par fonction et par prestataire (en anglais).....	45
Tableau A1.1. Services de soins de santé - classification EBOPS 2010.....	58

Graphiques

Graphique 4.1 Aperçu de la classification des prestataires de soins de santé ICHA-HP.....	27
Graphique 4.2 Traitement des importations d'après SCS	32
Graphique 5.1 Enquête sur les voyages auprès des ménages en Irlande, 2009.....	39
Graphique 6.1 Biens et services médicaux fournis par des prestataires non résidents sous forme de tableau HCxHP	43
Graphique 7.1 Raisons de non-déclaration des dépenses d'importation de biens et services médicaux ...	46
Graphique 7.2 Sources principales d'information utilisée pour la déclaration des importations.....	47
Graphique 7.3 Déclaration actuelle et future des importations de biens et services médicaux	47
Graphique 7.4 Raisons de non-déclaration des dépenses d'exportation de biens et services médicaux....	48
Graphique 7.5 Sources principales d'information utilisée pour la déclaration des exportations	48
Graphique 7.6 Déclaration actuelle et future des exportations de biens et services médicaux	49
Graphique A1.1. Les quatre modes de fourniture de soins de santé – AGCS	55

Boxes

Encadré 1.1. Réglementations encadrant l'accès aux soins de santé dans l'Union européenne	15
Encadré 3.1. Quatre critères qui déterminent l'inclusion dans le champ des dépenses de santé du SCS ..	19
Encadré 3.2 Classification des fonctions de soins de santé au premier niveau.....	20
Encadré 3.3 Correction des prix c.a.f./f.a.b. dans les statistiques du commerce.....	25

SYNTHÈSE

3. Le commerce des services de santé et sa composante la plus connue, le « tourisme médical », ont beaucoup retenu l'attention des médias ces dernières années. On pourrait presque croire qu'une grande partie de la population a pour habitude d'acheter des soins de santé à l'étranger ou des produits pharmaceutiques sur Internet auprès de fournisseurs étrangers. De nombreux facteurs ont contribué à la croissance apparente de ces « importations » et « exportations ». Les progrès technologiques des systèmes informatiques et des communications permettent aux patients ou aux tiers payeurs d'obtenir des traitements de qualité à moindre coût et/ou plus rapidement auprès de fournisseurs de soins de santé à l'étranger. De plus, la plus grande portabilité de la couverture maladie, que ce soit en application d'accords régionaux relatifs aux régimes d'assurance maladie publics ou par suite de l'évolution du marché de l'assurance privée, devrait bientôt accroître encore davantage la mobilité des patients. Tous ces facteurs se conjuguent à l'augmentation générale des déplacements temporaires des populations d'un pays à l'autre dans le cadre de voyages d'affaires, d'agrément, ou entrepris expressément pour raisons médicales.

4. De nombreux articles et travaux universitaires s'accordent à constater le manque de données concrètes démontrant l'ampleur de la fourniture de services par-delà les frontières. En général, les données disponibles sont ponctuelles et fragmentaires. Cependant, l'entrée en vigueur d'accords relatifs aux déplacements à l'étranger et les effets de plus en plus importants qu'ils pourraient avoir sur les systèmes de santé nationaux ou régionaux rendent plus urgents la collecte de données comparatives et le suivi de l'évolution de la situation.

5. Un *système de comptes de la santé* (SCS) fournit un cadre comptable normalisé pour la production de mesures et de notifications des dépenses de santé de la population résidente qui soient comparables entre elles. La plupart des pays de l'OCDE et de l'Union européenne ont déjà mis en place des comptes nationaux de la santé selon la méthode du SCS. En principe, ceux-ci permettent la notification des biens et services de santé acquis auprès de fournisseurs de soins de santé à l'étranger – hôpitaux, dentistes ou encore pharmacies de vente au détail sur Internet situées dans un autre pays. Dans la pratique, l'activité de notification est encore peu développée en raison de l'absence de lignes directrices précises concernant les concepts, les définitions et les sources possibles d'information. Le manuel du SCS, dont la première version a été publiée en 2000, ne propose pas de mécanisme de notification en bonne et due forme des exportations de biens et services de santé dans les tableaux types.

6. Le projet « Améliorer les estimations des exportations et importations de services et de biens de santé dans le cadre du Système de comptes de la santé » entend fournir les définitions, concepts et lignes directrices nécessaires pour répondre au besoin toujours plus grand de statistiques comparables et actualisées sur les échanges internationaux de services de santé. Il a pris comme point de départ l'examen des cadres statistiques existants, afin de définir le cadre conceptuel. De nombreuses études par pays ont ensuite été réalisées afin d'évaluer les pratiques courantes et les sources possibles d'information à partir desquelles seraient formulées les lignes directrices destinées aux statisticiens du SCS.

7. Les versions préliminaires établies dans le cadre de la révision générale du Système de comptes de la santé ont fait l'objet d'une vaste consultation. Les recommandations concernant les tableaux supplémentaires et le niveau de détail ont également été évaluées à l'aide d'un questionnaire sur les pratiques en vigueur en matière de notification des importations et exportations dans les pays de l'OCDE et de l'UE.

8. Lors de l'élaboration des lignes directrices définitives, le débat a porté principalement sur la question de la résidence, et en particulier sur le traitement de certains groupes de la population comme les retraités et les réfugiés. Les retraités de l'UE présentent un intérêt particulier, comme les retraités américains résidant à l'étranger et couverts par le programme Medicare. En principe, les retraités qui vivent à l'étranger ne font plus partie de la population résidente et ne doivent donc pas être pris en compte dans l'estimation des dépenses de santé d'un pays, même lorsque leurs dépenses de santé restent couvertes par leur assurance-maladie initiale. Par ailleurs, les dépenses de santé des réfugiés ou des personnes sans statut de résident clairement établi, qui en principe ne sont pas liées à la résidence, sont parfois considérées comme une obligation qui incombe au pays hôte et doivent par conséquent être comptabilisées. Dans l'un et l'autre cas, il s'est dégagé un consensus sur le fait qu'il faut se conformer au mieux aux définitions mais qu'il doit y avoir une marge de manœuvre dans les situations particulières. De nombreux autres services liés aux « voyages pour raisons de santé » sont à la limite ou hors du champ de la définition des soins de santé (par exemple, la chirurgie esthétique ou le transport de patients à l'étranger) ; il a été recommandé que la comptabilisation des importations et exportations soit cohérente avec les lignes directrices données dans d'autres parties du manuel SCS.

9. En ce qui concerne le projet de lignes directrices et les sources de données recommandées, il a été admis que comme cela est le cas dans de nombreux domaines de la comptabilité de la santé, les mêmes conditions ne sauraient s'appliquer à tous les pays et à tous les systèmes statistiques, et que les lignes directrices devraient en conséquence proposer un éventail de sources et de méthodes possibles en mentionnant éventuellement les plus indiquées. Enfin, il a été proposé que dans de nombreux cas la notification des importations et exportations, tout au moins au stade initial, soit partielle, et commence par certains domaines prioritaires, par exemple l'exclusion des exportations de services hospitaliers de l'ensemble des dépenses de santé. La conception définitive et les recommandations concernant d'éventuels tableaux supplémentaires sur le commerce international tiennent compte de ces propositions.

10. Le projet visait à mettre en place le cadre et les lignes directrices applicables à la notification future des importations et exportations de services de santé, et de ce fait, les données disponibles actuellement dans ce domaine sont encore fragmentaires. D'après les comptes de la santé existants et le questionnaire administré en fin de projet, le niveau des échanges de soins de santé demeure faible dans la grande majorité des pays – il représente habituellement entre 0.0 et 1.0 % du total des dépenses de santé, bien que ces chiffres soient sans doute sous-estimés. Les échanges sont toutefois plus importants dans certains États membres de petite taille qui ont davantage besoin de se procurer des soins à l'étranger, en particulier certains traitements spécialisés.

1. INTRODUCTION

11. Le présent rapport a pour objet de faire le point sur le projet de l'OCDE *Améliorer les estimations relatives aux importations et aux exportations de biens et services médicaux dans le cadre du Système de comptes de la santé*. Ce projet a été financé en partie au moyen d'une subvention de la CE (2008 51 02).

Contexte

12. Le secteur de la santé occupe une place de plus en plus importante dans l'économie des pays développés et en développement. Conjugué à la progression de la mondialisation et accentué par la suppression des obstacles réglementaires aux activités économiques, ce phénomène a pour effet de renforcer la croissance des échanges internationaux de biens et services médicaux, même si ceux-ci étaient au départ relativement faibles. L'amélioration des moyens de communication et de transport a aussi facilité la circulation des personnes, qu'il s'agisse des malades ou des prestataires de services indépendants.

13. Le souci de pouvoir suivre cette évolution suscite une demande grandissante de statistiques sur les échanges de biens et services médicaux. Dans l'Union européenne, les jugements rendus par la Cour européenne de justice¹ ont clairement montré qu'il n'était plus possible de considérer la fourniture des services médicaux comme une activité fonctionnant en vase clos à l'intérieur des frontières de chaque État membre de l'UE, et ils ont fait ainsi progresser la question des soins de santé transfrontaliers dans l'ordre des priorités des responsables politiques. On voit en effet de plus en plus souvent les malades se rendre dans un autre État membre pour se faire soigner, parfois par choix personnel, parfois parce qu'ils y sont amenés par des tiers acquéreurs.

14. Quant il s'agit de mesures de dépenses de santé comparables, Selon le *Système de comptes de la santé* (SCS), « la dépense totale de santé mesure la consommation finale de biens et de services médicaux fournis aux unités résidentes ... ». D'après cette définition, sont exclues de ces dépenses les exportations de biens et services médicaux (fournis par des prestataires résidents à des non-résidents sur le territoire ou à l'étranger), mais y sont en revanche comprises les importations de biens et services médicaux (représentées, par exemple, par les dépenses de santé effectuées par des résidents à l'étranger ou effectuées à l'étranger).

15. Cependant, les enseignements tirés des collectes de données relatives au SCS montrent que les exportations et les importations de biens et services médicaux sont peu prises en compte dans les estimations concernant les dépenses globales de santé, et que ce domaine n'a pas été très bien défini. Les modalités de fourniture et de paiement de ces biens et services étant en train de changer (ex. médecine en ligne, télédiagnostic, achat de produits pharmaceutiques sur internet), il est aussi devenu plus difficile de déceler et de suivre les diverses opérations qu'elles recouvrent ; les sources de données habituellement employées pour l'estimation des importations et des exportations (par exemple, pour les besoins de la balance des paiements) étant inadéquates, de nouvelles sources et méthodes doivent être identifiées.² Autre

¹. Arrêts Kohll et Decker [C-158/96 (1998) et C-120/95 (1998)] de la Cour européenne de justice. Une proposition de directive concernant les soins de santé transfrontaliers dans l'Union européenne a été publiée en juillet 2008 dans le cadre de l'« agenda social renouvelé », afin de mettre en place un nouveau cadre juridique, de codifier les décisions de la Cour européenne de justice concernant l'accès aux soins transfrontaliers, ainsi que de garantir que les services de santé en ligne ou de télémédecine pourront être fournis d'un pays à l'autre dans des conditions de sécurité et avec efficacité. La proposition amendée doit passer en deuxième lecture devant le Parlement européen en décembre 2010.

². Les principales sources de données utilisées pour établir les statistiques de la balance des paiements sont généralement le Système de communication des transactions internationales (SCTI) et les enquêtes auprès des entreprises. Sont aussi employées pour les estimations nationales les enquêtes sur le tourisme et les

facteur qui complique la collecte de données sur les échanges de services médicaux : la pratique largement répandue du paiement par des tiers, qu'il s'agisse d'organismes publics ou d'organismes privés d'assurance maladie, et qui doit être pris en compte dans l'estimation globale de la consommation totale des biens et services de santé à l'étranger.

16. Depuis 2007, le manuel du SCS est en cours de révision. La prochaine version de SCS 2011³ contient des lignes directrices sur les dépenses de santé qui concerneront l'évolution tant actuelle que future de la structure de ces dépenses. S'agissant des échanges de biens et services médicaux, il importe de tenir compte des besoins et des priorités des pays dans les exercices ultérieurs de notification.

Objectifs du projet

17. Ce projet a principalement pour but de répondre à l'intérêt croissant que portent les pouvoirs publics à ce sujet en fournissant des concepts, définitions et lignes directrices claires pour la production d'estimations fiables, à jour et comparables sur les importations et les exportations de biens et services médicaux.

18. En découle la nécessité de mettre en lumière l'éventail croissant des opérations et mouvements qui s'effectuent entre le secteur national de la santé (y compris les tiers payeurs) et les fournisseurs de biens et soins médicaux non-résidents, que ceux-ci résultent, par exemple, des accords visant à libéraliser l'accès aux soins médicaux à l'étranger ou de l'utilisation des nouvelles technologies pour l'achat et la fourniture de biens et services médicaux dans le cadre d'échanges transfrontaliers. En particulier, le projet a pour objectif de :

- définir un cadre pour la comptabilisation des exportations et des importations de biens et services médicaux à titre de contribution à la révision du Système de comptes de la santé ;
- définir des lignes directrices et des bonnes pratiques pour la mesure des exportations et des importations de biens et services médicaux aux fins des futures collectes de données, notamment évaluer la faisabilité de la collecte de données selon ces principes;
- déterminer s'il est possible de recueillir et de communiquer des données sur les échanges de services médicaux selon les diverses catégories de droits que peuvent avoir les non-résidents, par exemple, selon qu'il s'agit d'échanges intrarégionaux ou extrarégionaux, de séjours temporaires, etc.

Méthodologie et processus

Première phase

19. La première phase du projet a comporté un examen ayant pour but d'élaborer un cadre qui permette de traiter les exportations et les importations de biens et services médicaux selon le *Système de comptes de la santé*. Pour définir ce cadre, il a été nécessaire d'évaluer les divers concepts qui se rapportent aux échanges de biens et services médicaux et les divers modes de délimitation du champ

visiteurs, les enquêtes sur les dépenses des ménages et les sources administratives, comme celles qui concernent les services médicaux publics fournis aux non-résidents.

³ Le *Système de comptes de la santé 2011* est prévu d'être publié en coédition avec l'OCDE, la Commission Européenne et l'OMS en septembre 2011. La processus de révision a commencé en 2007 et a impliqué une consultation globale.

couvert par ces échanges, d'examiner les définitions actuelles des droits et du statut de résident⁴, ainsi que d'analyser l'application de la classification des modes de fourniture des services aux opérations portant sur les services médicaux. Cet examen a aussi conduit à se pencher sur les liens et les différences d'ordre conceptuel avec les systèmes de statistiques économiques actuellement utilisés pour mesurer les échanges commerciaux et le tourisme⁵. Dans le cadre de cette première phase, une note de réflexion a été élaborée à titre de première contribution à l'élaboration de la version révisée du manuel du SCS. Elle a été communiquée à la 11^{ème} réunion d'experts des comptes de la santé [DELSA/HEA/HA(2009)7] et une version révisée contenant les observations reçues a été publiée sur le site internet consacré à la révision du SCS.⁶

20. L'un des buts essentiels de cette première phase était de mieux cerner les droits des malades à l'étranger et de déterminer plus clairement les divers problèmes que peuvent poser les données concernant les échanges de biens et services médicaux selon différents points de vue nationaux. Par conséquent, plusieurs études de cas ont été effectuées afin de dégager une vue d'ensemble des pratiques en vigueur dans les pays, notamment de dresser un inventaire des sources de données et des méthodes disponibles et susceptibles d'être utilisées pour la comptabilisation et la notification des importations et des exportations de biens et services médicaux.

21. En résumé, ces études de cas avaient pour but de :

- apporter des informations sur les sources de données existantes concernant l'importance des échanges de services médicaux et leur évolution ;
- décrire les réglementations et pratiques en vigueur et proposées pour l'importation et l'exportation de biens et services médicaux ;
- recenser les principales mesures prises par les pouvoirs publics par suite de l'augmentation des échanges de services médicaux, et les principales difficultés que cette évolution leur pose ;
- proposer des recommandations et des priorités pour la notification future des échanges de biens et services médicaux.

22. Un appel à manifestation d'intérêt et un guide pour la réalisation des études de cas ont été adressés au réseau des correspondants chargés des données sur la santé et aux parties intéressées en juin 2009⁷. Des études de cas ont donc été effectuées pour l'Allemagne, la Corée du Sud, les États-Unis, la

⁴. Selon la méthodologie des statistiques de la balance des paiements, le statut de résident est généralement accordé après une année de séjour complet, sauf dans le cas des étudiants étrangers et des malades étrangers (venus dans le pays étranger principalement pour des raisons médicales) qui peuvent conserver le statut de non-résident même au bout d'un an. Il convient de réfléchir aussi à la question de savoir ce qu'il advient des dépenses de santé des individus qui peuvent être considérés comme résidents du point de vue des statistiques de la balance des paiements, mais qui n'ont pas droit aux prestations du système public d'assurance maladie. Il y a en effet lieu de se demander à quel niveau les dépenses qu'ils consacrent aux services médicaux sont prises en compte. Étant donné l'importance des déplacements temporaires de personnes entre les pays, tant légaux qu'illégaux, ces dépenses sont sans doute très élevées.

⁵. En particulier, il était important d'effectuer cette première phase en tenant compte des travaux réalisés au niveau international dans le cadre de l'Équipe spéciale sur les statistiques du commerce international des services, ainsi que de la version révisée du Manuel des statistiques du commerce international des services.

⁶. <http://www.oecd.org/health/sha/revision>

⁷. Ces deux documents ont été incorporés sous forme d'annexes dans le rapport intérimaire de décembre 2009.

Grèce, la Hongrie et la Slovaquie (tableau 1). De plus, le Secrétariat a examiné des aspects particuliers des réglementations et des sources de données relatives à la circulation des malades selon les points de vue français et européen, et il s'est aussi renseigné sur les sources disponibles concernant les échanges de services médicaux et sur l'évolution de ces échanges dans un certain nombre de pays non membres de l'OCDE, à savoir l'Afrique du Sud, le Maroc et la Tunisie.

Tableau 1. Études de cas nationales réalisées dans le cadre de la phase 1 du projet

Pays	Organisme responsable de l'étude	Date d'achèvement du rapport final
Grèce	Unité de recherche sur la santé et Unité de recherche sur le tourisme de l'Institut d'Athènes pour l'éducation et la recherche (ATINER)	Mars 2010
Allemagne	Statistisches Bundesamt	Février 2010
Hongrie	Office central de statistique de Hongrie (KSH)	Mai 2010
Corée	Yonsei Institute for Health and Welfare (YIHW)	Mai 2010
Slovaquie	Office statistique de la République de Slovaquie	Mai 2010
États-Unis	LBJ School of Public Affairs, Université du Texas à Austin	Mars 2010

23. Les études de cas ont apporté une importante contribution à la deuxième phase du projet en permettant de recenser les sources possibles de données et de définir des lignes directrices pour l'élaboration des données. L'ensemble des études de cas nationales est fourni en annexes en complément du rapport final de ce projet.

Deuxième phase

24. Le second volet du projet a consisté à réviser le cadre préliminaire et les définitions. De plus, un glossaire de sources de données possibles a été identifié pour les différents domaines des importations et exportations (i.e., par rapport au type de service, la nature de la transaction, le pays ou la région partenaire, le statut de résident...etc.) et une proposition pour la notification supplémentaire des importations et des exportations a été proposée pour discussion. Ces travaux ont largement tenu compte des commentaires formulés à propos des questions soulevées dans la note de réflexion au cours de la période de consultation, des activités méthodologiques en cours, ainsi que des rapports finaux et des recommandations issus des études de cas nationales.

25. Une part importante des travaux méthodologiques en cours a consisté à établir une distinction entre les biens et services importés qui sont destinés à la production intermédiaire et ceux qui sont destinés à la consommation finale. Pour illustrer la première catégorie, citons les services de télédiagnostic qui peuvent être achetés à l'étranger par un hôpital résident. Dans ce cas, les soins dispensés par cet établissement aux malades hospitalisés constituent le service consommé, et les services de télédiagnostic représenteraient une importation par le secteur hospitalier et non une importation directe de services médicaux par le malade. Les sources de données existantes telles que celle utilisées pour la balance des paiements et comptes nationaux ne font pas la distinction nécessaire.

26. Lors d'une réunion de l'Équipe internationale des comptes de la santé (IHAT)⁸ qui a eu lieu au Luxembourg en mars 2010, il a été convenu de faire des échanges de services médicaux l'objet d'un chapitre du manuel du SCS révisé. En ligne avec les objectifs globaux et les résultats de ce rapport, il a été convenu que ce chapitre traiterait notamment des questions de portée générale et des considérations de fond concernant les échanges de biens et services médicaux qui justifient la nécessité d'améliorer les méthodes de mesure. Les concepts et définitions y sont exposés en même temps qu'un examen de leurs liens avec les concepts définis dans le domaine des statistiques du commerce international et celui des négociations commerciales internationales. Enfin, des lignes directrices concrètes et des bonnes pratiques pour la production d'estimations sur les échanges de biens et services médicaux et leur amélioration, sont présentées avec des recommandations sur la communication des données. La version préliminaire de ce chapitre « Chapitre 12 : Échanges de biens et services médicaux » a été mise en ligne en même temps que le reste du projet de SCS, à l'adresse <http://www.oecd.org/dataoecd/13/29/46420102.pdf> en novembre 2010 avec une demande de commentaire pour le 17 décembre 2010.

Atelier

27. Un atelier technique destiné notamment à des experts nationaux invités s'est tenu le 2 novembre 2010 à Paris, avant la 12^{ème} réunion d'experts des comptes de la santé organisée à l'OCDE. Environ 12 pays de l'OCDE étaient représentés à l'atelier avec des experts d'Eurostat, de l'OMS et de nombreuses institutions universitaires. Cette réunion a permis aux experts de présenter et discuter les six études de cas nationales et aux délégués d'examiner le cadre et les lignes directrices proposés. Dans le rapport final du projet et la version finale du chapitre destiné au manuel du SCS sont incorporées les recommandations issues de l'atelier et de la réunion d'experts des comptes de la santé.

28. Dans l'ensemble, l'atelier a largement soutenu les lignes directrices énoncés dans le projet du chapitre sur l'échange du SCS 2011. Les principaux points examinés concernaient l'application des concepts et définitions relatifs au statut de résident et, en particulier, le traitement de certaines catégories comme les retraités et les réfugiés. En résumé, les participants étaient dans l'ensemble d'avis qu'il convenait certes de se conformer à ces définitions mais qu'une marge de manœuvre devait être prévue pour tenir compte de la spécificité des contextes nationaux. De même, en ce qui concerne les cas limites (comme la chirurgie esthétique ou le transport), leur traitement du point de vue des échanges devrait rester dans la logique de l'ensemble du manuel.

29. S'agissant des lignes directrices, les participants ont constaté que, comme pour beaucoup de domaines de la comptabilité de la santé, la situation n'était pas la même pour tous les pays ou toutes les catégories de services médicaux, et qu'il conviendrait donc de faire en sorte que les lignes directrices recouvrent tout un éventail de sources et de méthodes possibles. Enfin, il a été admis que, dans bien des cas, la notification des importations et des exportations serait nécessairement partielle, à commencer par certains domaines prioritaires tels que les exportations de services hospitaliers. La conception des tableaux supplémentaires sur les échanges et les recommandations qui s'y rapportent, devraient tenir compte de ces considérations.

Étape finale

30. La dernière étape du projet visait principalement à vérifier la faisabilité de la mise en œuvre du projet de lignes directrices dans des systèmes de santé aux caractéristiques différentes et d'évaluer la disponibilité des données dans divers pays de l'OCDE et de l'UE.

⁸. Composée de spécialistes des comptes de la santé de l'OCDE, d'Eurostat et de l'OMS, l'IHAT a été créée pour la conduite de la collecte de données conjointe destinée aux comptes de la santé. Son mandat a été prorogé afin qu'elle gère la révision du manuel du Système de comptes de la santé.

31. Un questionnaire sur les modalités courantes et futures de notification des importations et exportations de biens et de services de santé a donc été envoyé à tous les pays membres de l'OCDE et de l'UE le 30 novembre 2010, avec une date de retour fixée au 31 janvier 2011. Les pays pouvaient également fournir des données récentes sur les importations et exportations conformément au projet de tableaux supplémentaires afin de définir le niveau de détail probable des données disponibles actuellement. Le chapitre 6 examine les résultats de ce questionnaire, auquel 22 pays ont répondu. Les recommandations formulées à l'issue du projet et le dernier chapitre de la version de 2011 du manuel du SCS, qui est consacré aux échanges, tiennent compte des résultats du questionnaire, en particulier en ce qui concerne la conception des tableaux supplémentaires sur le commerce.

32. Les concepts et lignes directrices présentés dans les chapitres suivants du présent rapport sont pleinement cohérents avec la version 2011 définitive du manuel du SCS qui a été approuvée. Il faudra élaborer une stratégie étape par étape pour intégrer ces lignes directrices et pratiques exemplaires aux révisions qui pourront être apportées à moyen terme aux modalités de la collecte annuelle de données sur les comptes de la santé organisée conjointement par l'OCDE, Eurostat et l'OMS.

33. Ce projet a été réalisé grâce à une contribution de l'UE et un appel à manifestation d'intérêt et à participation a donc été lancé en direction des pays membres de l'OCDE et des États membres de l'UE ou des pays candidats à l'adhésion qui ne sont pas membres de l'OCDE.

Suite du rapport

34. La suite du rapport est organisée de la manière suivante. Le chapitre 2 présente certains aspects généraux de l'intensification des échanges internationaux de services de santé et examine les raisons qui justifient l'amélioration des estimations ainsi que certains des principaux enjeux. Le chapitre 3 présente en détail les concepts et définitions pour la mesure des importations et des exportations dans un cadre type de comptabilité de la santé. Le chapitre 4 porte sur la délimitation des biens et services de santé en cohérence avec la mesure globale des dépenses de santé dans l'optique particulière des importations et des exportations. Le chapitre 5 indique aux statisticiens certaines sources possibles d'information et leur fournit des orientations pratiques pour les estimations des importations et exportations de biens et services de santé. Le chapitre 6 examine l'établissement de rapports sur les importations à l'aide des tableaux types du SCS et de tableaux croisés supplémentaires plus détaillés ainsi que d'indicateurs sur les importations et les exportations. Enfin, le chapitre 7 donne un aperçu de la situation actuelle en matière de notification des dépenses liées aux importations et aux exportations d'après les réponses au questionnaire envoyé aux pays au cours de l'étape finale du projet.

2. ASPECTS GÉNÉRAUX ET PRINCIPAUX ENJEUX

35. Le chapitre consacré à la délimitation globale des soins de santé du *manuel du SCS 2011* à paraître porte essentiellement sur la consommation finale de biens et services de santé par la population *résidente*, indépendamment du lieu de consommation et du payeur. Les dépenses courantes de santé doivent donc inclure la totalité de la consommation finale des résidents sur le territoire économique et à l'étranger. Cela signifie que pour calculer correctement les dépenses totales de santé, il faut explicitement inclure les importations (biens et services fournis par des unités non résidentes, HP.9) et exclure les exportations (biens et services fournis à des non-résidents par des prestataires résidents, HP.1-8⁹).

36. L'expérience acquise en matière de collecte de données internationales pour les comptes de la santé¹⁰ a montré que les exportations et importations de biens et de services de santé étaient en général assez peu prises en compte dans l'estimation du total des dépenses de santé et que cet aspect n'était pas suffisamment traité dans la première version du manuel du SCS. D'autre part, l'évolution des mécanismes de fourniture et de paiement (e-santé, télédiagnostic et développement des pharmacies en ligne) a aussi accentué la difficulté de suivre des transactions très diverses, alors que les sources de données habituellement utilisées pour l'estimation des importations et exportations (dans la balance des paiements, par exemple) devenaient de moins en moins adaptées¹¹. L'autre facteur qui vient compliquer la collecte de données sur le commerce des services de santé est la multiplication des règlements par des tiers payeurs (organismes publics ou assurance-maladie privée).

37. Le présent chapitre évoque d'abord le fait que la mondialisation des soins de santé et les évolutions qui l'accompagnent exigent d'améliorer la mesure des échanges dans ce domaine. Compte tenu des nouvelles exigences de notification, le chapitre suivant présente les concepts et définitions applicables aux échanges extérieurs dans le domaine des dépenses de santé et, le cas échéant, leurs implications au-delà de cette délimitation. Lorsque cela est possible, les rapports avec des concepts existants élaborés pour les besoins des statistiques des échanges internationaux et des négociations commerciales sont exploités pour assurer une étroite synergie. Sont également examinées certaines idées préliminaires concernant les lignes directrices et les sources possibles de données qui peuvent être utilisées pour produire et améliorer les estimations des échanges de biens et services de santé. On trouvera ensuite un examen de la notification des importations et exportations dans les tableaux de base du SCS, y compris dans les tableaux supplémentaires sur le commerce, et des liens entre ces statistiques et d'autres statistiques économiques.

38. L'importance grandissante du secteur de la santé et la tendance à la mondialisation, que renforce la réduction de certains obstacles réglementaires aux activités économiques, ont favorisé la croissance régulière du commerce international de biens et de services de santé, dont les niveaux étaient toutefois faibles au départ. L'amélioration des communications et des transports a également accru la mobilité, tant des patients que des prestataires de services indépendants. La plupart des patients préfèrent se faire soigner

⁹. Le plus souvent, dans de nombreux pays, la gouvernance et l'administration du système de santé (HC.7.1) sont assurées au niveau national exclusivement et, par conséquent, ne sont pas soumises à des considérations liées aux échanges. Cependant, par souci d'exhaustivité et pour couvrir toutes les situations possibles, le champ des échanges englobe ici toutes les fonctions et tous les prestataires de soins de santé d'un pays donné.

¹⁰. Par exemple, la collecte annuelle de données sur les comptes de la santé organisée conjointement par l'OCDE, Eurostat et l'OMS - JHAQ (2006- 2010).

¹¹. Les principales sources de données utilisées pour établir les statistiques de la balance des paiements sont habituellement les systèmes de communication des transactions internationales (SCTI) et les enquêtes auprès des entreprises. Parmi les autres sources utilisées pour les estimations par pays figurent les enquêtes sur le tourisme et les visiteurs, les enquêtes sur les dépenses des ménages ainsi que les sources administratives (informations sur les services de santé publics fournis aux non-résidents, par exemple).

dans leur pays d'origine mais estiment parfois plus avantageux de se rendre à l'étranger, par exemple lorsque c'est là que se situe l'établissement de santé le plus proche, que le savoir-faire y est plus grand et qu'un traitement identique peut y être dispensé plus rapidement ou à moindre coût.

39. Le tourisme médical n'est pas un phénomène nouveau – il est depuis longtemps monnaie courante de voir des personnes malades effectuer de longs déplacements pour se faire soigner. Par le passé, on estimait que les biens et services de santé n'entraient pas dans le commerce international – pour des questions de souveraineté en matière de prestation de services de santé publics – ou que leur valeur ou leur volume étaient négligeables. Au cours des dernières années, il est apparu de plus en plus manifeste que dans de nombreux pays, un nombre croissant de patients se sont rendus à l'étranger dans le but précis de recevoir un traitement (ce phénomène est habituellement appelé « tourisme médical » ou « tourisme de santé ».) La Thaïlande, par exemple, a déclaré avoir traité plus d'un million de patients étrangers en 2006 (Conseil thaïlandais de l'investissement, 2008). Des études indépendantes ont établi des estimations de vaste portée du niveau mondial d'activité. Selon un rapport de la société Deloitte (2008), la valeur du marché mondial du tourisme médical s'établissait à environ 60 milliards USD en 2008 et devrait continuer d'enregistrer une croissance à deux chiffres dans les années suivantes. Dans ce cadre, de nombreux pays ont entrepris de promouvoir activement leur avantage comparatif en tant que destination du tourisme médical, dans l'espoir d'attirer des patients de pays voisins ou éloignés auxquels ils proposent des services de santé de grande qualité, de haute technologie et à des prix compétitifs. Des hôpitaux et des cliniques, ainsi que des groupes de prestataires de soins de santé, ont également demandé une accréditation internationale pour se positionner sur les réseaux d'assurance maladie internationale et d'acheteurs.

40. Il existe également, en particulier dans l'Union européenne, des contrats internationaux conclus entre des organismes acheteurs de soins de santé et des prestataires étrangers. En 2003, le NHS d'Angleterre a signé un accord avec divers hôpitaux belges dans le but de réduire partiellement les listes d'attentes qu'il y avait alors en Angleterre (Glinosa *et al.*, 2010). On a également recensé d'autres conventions régionales et initiatives de coopération internationale dans plusieurs régions frontalières (accords Pays-Bas-Belgique ; France-Espagne ; et entre pays nordiques).

41. La consommation de biens et de services de santé à l'étranger dépasse toutefois les prévisions. La majorité des activités économiques entre prestataires non résidents et résidents n'est pas forcément planifiée : une personne peut avoir recours au système de santé d'un pays donné alors qu'elle s'y trouve temporairement dans le cadre d'un voyage d'affaires ou d'agrément. Les déplacements de courte durée des travailleurs saisonniers ou frontaliers sont un autre élément qu'il importe de prendre en considération. Pour les petits pays ou les régions frontalières qui enregistrent des flux importants de personnes et de travailleurs, les importations et exportations de biens et services de santé peuvent être considérables. L'augmentation du niveau des voyages et du tourisme exerce parfois des contraintes sur le système de santé d'un pays ou d'une région. Par exemple, les accords signés dans le passé entre les autorités britanniques et espagnoles ont donné lieu à des paiements forfaitaires qui étaient liés au nombre de touristes britanniques voyageant en Espagne et visaient à couvrir l'utilisation par ces derniers des services de santé espagnols (Legido-Quigley et McKee, 2006).

42. La hausse des coûts des soins de santé dans leur pays et l'absence de couverture d'assurance maladie figurent parmi les principales raisons qui incitent à se faire traiter à l'étranger, parfois pour une fraction du coût des procédures et traitements dans le pays d'origine. D'autres facteurs sont toutefois cités pour expliquer la hausse du tourisme médical : les progrès technologiques ; l'ouverture des marchés ; et la difficulté d'accès au traitement médical dans le pays d'origine (délais d'attente, qualité des traitements et obstacles juridiques/éthiques). La coopération économique et politique régulière entre les pays fera sans doute augmenter les déplacements des patients et des professionnels de la santé. De fait, les ambiguïtés qui pesaient dans le passé sur le droit des citoyens de l'Union européenne de recevoir des soins médicaux dans d'autres États membres ont contribué à porter la question des soins de santé transfrontaliers au premier

rang des préoccupations de l'UE dans le domaine de la santé (encadré 1.1¹²). Bref, le flux de patients qui se déplace d'un pays à l'autre a augmenté à la suite de choix personnels ou dans le cadre d'accords conclus à l'étranger par les organismes acheteurs.

Encadré 1.1. Réglementations encadrant l'accès aux soins de santé dans l'Union européenne

Sur la base de l'article 42 du Traité instituant la Communauté européenne, sous le titre « La libre circulation des personnes, des services et des capitaux », un mécanisme communautaire a été instauré en 1958 afin de coordonner les droits de sécurité sociale des travailleurs migrants circulant dans l'Espace économique européen. Ce système de coordination des sécurités sociales consacré par les règlements 1408/71/CE et 574/72/CE détermine quelle est la législation qui s'applique en matière de sécurité sociale (généralement c'est celle où est exercée l'activité professionnelle), regroupe les périodes durant lesquelles un assuré a cotisé, travaillé et résidé dans d'autres États membres, interdit les discriminations fondées sur la nationalité ou le lieu de résidence et permet la validation des droits de sécurité sociale sur tout le territoire de l'Union.

Dans le domaine des soins de santé, le principal objectif de la coordination est de garantir aux travailleurs migrants et aux personnes à leur charge l'accès aux soins dans les États où ils résident. L'article 22 du règlement 1408/71 (ou articles 19 et 20 du nouveau règlement 883/2004/CE) prévoit également que le patient peut être couvert par son régime d'assurance en dehors de l'État où il réside ou dans lequel il cotise. Cet accès aux soins transfrontalier est soumis à certaines conditions :

– soins occasionnels : lorsqu'une personne se trouve temporairement dans un autre État membre, elle peut recevoir les soins que son état peut éventuellement requérir durant son séjour. Pour prouver qu'elle est couverte dans son État d'origine, elle doit fournir le formulaire E111 à l'État qui l'accueille ;

– soins programmés : les patients se rendant tout spécialement dans un autre État membre pour y recevoir des soins doivent au préalable en obtenir l'autorisation de l'institution qui est compétente dans leur pays. Cette autorisation, qui est attestée par la remise d'un formulaire E112, doit leur être accordée si le traitement est couvert par l'assurance du patient mais ne peut pas être dispensé dans l'État de résidence dans un délai acceptable sur le plan médical.

Dans le cadre de ces règles de coordination, le patient est traité dans l'État membre d'accueil comme s'il était couvert par le régime légal de cet État ; ce sont donc les modalités de remboursement et les tarifs de l'État où le traitement est reçu qui s'appliquent. Le règlement des traitements fait l'objet d'un échange entre les deux États membres concernés, soit sur la base des frais effectivement facturés soit une base forfaitaire pour tous les patients traités sur une année. Certains États membres s'accordent aussi entre eux pour renoncer à faire valoir leurs droits réciproques à remboursement.

Moderniser l'outil de coordination

En 1998, un travail de révision et de simplification de tout le système de coordination a été lancé au titre du règlement 1408/71, qui couvre toutes les branches de la sécurité sociale. L'un des piliers de cette modernisation est la carte européenne d'assurance maladie (CEAM), dont la création a été décidée lors du Conseil européen de Barcelone (mars 2002) en vue de promouvoir la mobilité professionnelle en liaison avec le Programme de Lisbonne et de faire la démonstration des avantages de l'Europe aux citoyens européens. Destinée à remplacer tous les formulaires papier dont les patients doivent actuellement se munir pour bénéficier de soins occasionnels quand ils se trouvent dans un autre État membre (E111, E110, E119, E128), la CEAM a été présentée comme un moyen de simplifier les démarches à la fois pour les patients, les prestataires et les administrations.

¹². Le 25 juin 2008, dans le cadre de son Agenda social, le Collège des Commissaires a examiné pour la première fois une proposition relative aux soins de santé transfrontaliers au sein de l'Union européenne et il faut espérer que le rapport établira un nouveau cadre juridique en la matière, de manière à respecter les arrêts de la Cour de justice européenne concernant l'accès aux soins transfrontaliers (arrêt Kohl C-120/95 [1998] et arrêt Decker C-158/96 [1998]) et à garantir la prestation sûre et efficace des services d'e-santé et de télémédecine.

Projet de directive européenne relative aux droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers

En juillet 2008, la Commission européenne a publié un projet de directive concernant l'application des droits des patients en matière de droits de santé transfrontaliers. La directive a principalement porté sur le triple objectif : garantir que tous les patients bénéficient de soins qui soient sûrs et de bonne qualité ; soutenir les patients dans l'exercice de leurs droits à des soins de santé transfrontaliers, et promouvoir la coopération entre les systèmes de santé. Le but du deuxième objectif était en particulier de codifier la jurisprudence de la Cour de justice européenne concernant les droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers et à en clarifier les modalités d'application.

La directive proposée fixe un cadre juridique pour les patients désireux de se faire soigner dans un autre État membre. L'axe principal du texte est que, lorsque des patients reçoivent des soins dans ce contexte, c'est à leur État membre d'origine qu'il incombe de décider des soins qu'il financera et de mettre sur pied un système de remboursement des frais. Le patient pourra dès lors prétendre au remboursement de ces frais, à concurrence du montant que son État membre d'origine aurait dû régler si le traitement avait été dispensé sur son territoire. Quand un patient est traité dans un autre État membre, ce sont les lois et les normes de ce pays qui s'appliquent, y compris les voies de recours en cas de problème. Le projet de directive ne modifie pas le droit des États membres à définir les prestations qu'ils veulent fournir.

Malgré de nombreuses modifications et des progrès substantiels, le Conseil de l'Union européenne n'a pas pu parvenir à un accord fin 2009. Un texte de compromis de la présidence espagnole a cherché à apporter un équilibre entre les droits des patients à se faire soigner et les responsabilités des États à organiser la prestation des services de santé. Ceci était centré sur deux domaines - le remboursement et l'autorisation préalable à l'égard de fournisseurs de soins non-contractuels et les responsabilités des États membres vis-à-vis des retraités vivant à l'étranger. Un texte final amendé a été adopté par le Parlement européen en Janvier 2011 et devrait entrer en opération au cours de 2013.

Outre les règles concernant le remboursement et les flux de patients, la directive fixe également des dispositions pour une coopération accrue entre États membres dans les domaines de l'e-santé et le développement de réseaux européens de référence et sur une base volontaire, des centres spécialisés dans différents États membres. En outre, elle énonce une meilleure reconnaissance des prescriptions à travers l'UE pour s'assurer que les prescriptions établies dans un État membre peuvent être dispensées dans un autre. Cependant les règles régissant la vente de produits médicaux sur Internet ne sont pas couvertes par cette directive.

Source : Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (2005), note d'orientation ; « Cross-border Health care in Europe », OMS. Ministère britannique de la santé (2009), « Cross Border Healthcare & Patient Mobility » : avis révisé sur le traitement à réserver aux demandes de patients voulant bénéficier de traitements dans l'Espace économique européen – ORIENTATIONS POUR LE NHS

Réglementation de l'UE pour les statistiques sur la mobilité des patients

Dans le cadre des obligations statistiques des États membres de l'UE, le règlement (CE) No 1338/2008¹³ du Parlement européen et du Conseil relatif aux statistiques communautaires sur la santé publique et sécurité au travail du 16 Décembre 2008 a établi un cadre commun pour la production systématique de statistiques dans le domaine de la santé publique et de la santé et la sécurité au travail. Sous la rubrique « Les soins de santé » l'un des cinq domaines statistiques couverts, le règlement fait spécifiquement référence à « La mobilité des patients, à savoir leur utilisation des installations de soins de santé dans un pays autre que leur pays de résidence, et des professionnels de santé, tels que ceux pratiquant leur profession en dehors du pays où ils ont obtenu leur première licence, doit être considérée dans les collections de données ».

Dans le cadre de la mise en œuvre de la directive du Conseil sur les droits des patients, les dispositions d'application prévoient l'exigence de rapports tous les trois ans qui « doivent en particulier inclure des informations sur les flux des patients, le financement des dimensions de la mobilité des patients.

43. La libéralisation de la réglementation des services de santé peut avoir des effets non négligeables sur le système de santé d'un pays du fait qu'elle offre de nouvelles possibilités mais aussi parce qu'elle comporte certains risques. Ainsi, le tourisme médical génère des recettes considérables pour le pays récepteur mais peut priver les patients de ce pays de ressources essentielles et aboutir à un système à deux

vitesse. Blouin *et al.* (2006) analysent en détail les incidences possibles du commerce des services de santé sur les systèmes de santé publics.

44. Dans les pays exportateurs, il y a un risque que les patients étrangers bénéficient de soins de santé de grande qualité et de ressources importantes, et les ressortissants de soins de qualité médiocre et de faibles ressources, ou encore que de rares financements publics, qu'il s'agisse d'allègements et d'avantages fiscaux ou de subventions accordées aux prestataires privés au détriment des besoins en soins de santé primaires. On peut également craindre une fuite des cerveaux si les professionnels de santé qualifiés quittent le système de santé public pour les prestataires privés ou désertent les zones rurales pour les zones urbaines.

45. Les problèmes qui affectent la santé publique dans le pays d'origine des patients ont également fait l'objet de nombreuses études. Le tourisme médical est peut-être le signe que le système de santé public n'est pas en mesure de répondre aux besoins de la population. Il soulève aussi des questions d'équité, parce que les patients qui en ont les moyens peuvent bénéficier de certains services à l'étranger ou contourner les listes d'attente et que la possibilité de se faire soigner à l'étranger se substitue peut-être à des réformes nécessaires ou à des investissements dans le système de santé d'un pays. On peut aussi s'interroger sur l'absence de contrôle ou de réglementation concernant certains traitements dispensés à l'étranger, de même que sur la qualité des traitements et sur les soins post-traitement advenant le cas où c'est le système de santé du pays d'origine qui doit prendre en charge les éventuelles complications ou les fautes professionnelles.

46. Le tourisme médical peut par ailleurs offrir des avantages de part et d'autre. Pour le pays hôte (exportateur), il est synonyme de recettes en devises, grâce à l'augmentation des flux de dépenses de santé et de touristes, de hausse de l'emploi et d'amélioration des infrastructures liée aux investissements des prestataires de santé. La diffusion des nouvelles technologies et des nouveaux traitements peut induire un effet d'infiltration, ce qui contribue à rehausser les normes de santé de la population locale. Certaines données concrètes évoquent également une inversion de la fuite des cerveaux qui se manifeste par le retour des professionnels de la santé dans leur pays d'origine. Le pays importateur peut réaliser d'importantes économies d'échelle et de coûts et on peut penser que le tourisme médical n'est pas un substitut à la réforme mais en est plutôt le catalyseur, et qu'il introduit une nécessaire concurrence extérieure par les prix dans le marché local.

47. Le commerce des services de santé peut prendre d'autres formes que le déplacement physique des patients entre les pays, par exemple, la prestation transfrontalière de biens et de services de santé, directement aux patients ou à d'autres prestataires de soins de santé. Les progrès technologiques, en particulier l'usage généralisé d'Internet, permettent aux consommateurs d'obtenir des informations médicales et d'acheter des biens et services médicaux à distance. Selon une étude sur l'utilisation d'Internet à des fins médicales en Norvège pendant la période 2000-2007, celle-ci a connu une augmentation spectaculaire puisque 67 % de la population se sert d'Internet pour obtenir des informations médicales d'une manière ou d'une autre, et ce pourcentage devait dépasser 80 % en 2010 (Wangberg *et al.*, 2009). L'activité en ligne vise en grande partie à obtenir des informations complémentaires sur des questions d'ordre médical mais on note également une tendance à acheter en ligne des médicaments ou des produits liés à la santé, puisque près du quart des personnes ayant utilisé Internet pour des raisons médicales a déclaré l'avoir fait en 2007. En outre, les services de diagnostic et les services administratifs de santé sont de plus en plus externalisés, notamment dans des organisations situées à l'étranger. L'augmentation du nombre de sites web médicaux et de pharmacies en ligne a souligné les lacunes de la législation en vigueur sur l'achat de médicaments sur ordonnance et l'absence de données pour exercer un suivi de cette activité commerciale.

48. Enfin, le commerce des services de santé peut également donner lieu au déplacement à l'étranger du personnel ou des prestataires eux-mêmes plutôt que des patients. Ce déplacement peut intervenir dans le cadre de l'aide étrangère directe en nature ou de l'assistance technique fournie par des États étrangers ou des organisations internationales comprenant la fourniture d'équipes médicales à des régions nécessiteuses, mais également lorsque des professionnels de la santé, sur une base individuelle ou en groupe, se rendent de manière indépendante à l'étranger pour dispenser des services de santé.

49. Les chiffres indiquent à ce jour qu'une grande partie des échanges de biens et de services de santé demeure marginale – le contact direct patient-prestataire à proximité du domicile étant toujours la norme pour la plupart des traitements – mais il existe des domaines, notamment les soins dentaires ou les traitements de fertilité, dans lesquels la consommation à l'étranger ou les prestations transfrontalières pourraient représenter une part croissante de la consommation totale. Certains pays sont de plus en plus sensibles au fait qu'une part croissante de la demande locale de services de santé est en partie comblée par des prestataires étrangers ou, vice versa, qu'une part appréciable de la prestation de soins de santé au niveau national est destinée à des non-résidents, et estiment que cette question doit faire l'objet d'un suivi et d'études approfondies.

50. Le commerce des services de santé présente un plus grand intérêt pratique du point de vue des négociations commerciales et de l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) négocié par l'Organisation mondiale du commerce.¹⁴ L'intérêt manifesté par de nombreux pays pour le développement des exportations de services de santé, sources potentielles de devises, a également créé la nécessité d'améliorer l'évaluation des niveaux et des tendances de ces activités. Les responsables de l'élaboration des politiques et les négociateurs commerciaux doivent disposer de données fiables pour mieux comprendre les facteurs en jeu dans la libéralisation des échanges et son impact sur la santé publique. Ces données permettraient d'évaluer les courants d'échanges ainsi que l'ouverture des différents pays au commerce des services de santé. Elles permettraient surtout d'évaluer les risques et les possibilités associés aux engagements de libéralisation du secteur de la santé publique et, en conséquence, de concevoir des politiques appropriées afin de s'orienter vers des objectifs cohérents en matière de santé et de commerce.

¹⁴. Voir annexe 1 : normes et classifications internationales du commerce et du tourisme.

3. CONCEPTS ET DÉFINITIONS

51. Le Système de comptes de la santé doit reposer sur une base conceptuelle pour la notification des importations et exportations de biens et de services de santé qui soit conforme à la délimitation du champ des dépenses de santé. Pour que les statistiques du SCS soient établies sur une base qui concorde le mieux possible avec les autres statistiques macroéconomiques, il est raisonnable de s'appuyer sur les définitions et concepts types déjà élaborés dans le Système de comptabilité nationale (SCN) et dans la sixième édition du Manuel de la balance des paiements et de la position extérieure globale (MBP6) publié par le Fonds monétaire international (FMI). La définition du commerce international varie selon le point de vue, c'est-à-dire selon le cadre de base du SCS d'une part et celui du commerce des produits de santé au sens économique large.

52. Le SCS se réfère aussi aux concepts et définitions des comptes satellites du tourisme et évalue les instruments et méthodes utilisés pour l'élaboration des estimations de la consommation de biens et de services de santé par les touristes.

53. Dans le cadre comptable central du SCS, les biens et les services de santé sont définis selon un ensemble de critères précis (encadré 3.1) et délimités selon la nomenclature fonctionnelle (encadré 3.1). Il convient donc d'appliquer des considérations identiques en matière de délimitation et de traitement des problèmes de délimitation lors de l'estimation de la valeur des importations et exportations de biens et de services de santé. De plus, par souci d'exhaustivité, l'univers des prestataires de soins de santé doit inclure tous les fournisseurs, indépendamment du fait que la prestation de soins de santé représente pour eux une activité principale ou secondaire. L'une des difficultés rencontrées, qui n'affecte pas seulement les statistiques du commerce extérieur, consiste à adapter les classifications existantes de produits et d'activités à la nomenclature fonctionnelle du SCS. Il y aurait peut-être également lieu d'envisager d'élargir le champ couvert de façon à analyser la part de la consommation des non-résidents dans des activités telles que l'enseignement et la formation dans le domaine de la santé.

Encadré 3.1. Quatre critères qui déterminent l'inclusion dans le champ des dépenses de santé du SCS

1) L'activité vise principalement à améliorer ou maintenir l'état de santé de personnes, groupes de la population ou de l'ensemble de la population, ou encore d'en empêcher la détérioration, et d'atténuer les conséquences d'une mauvaise santé ;

2) Cette fonction requiert des connaissances ou des compétences médicales ou dans le domaine des soins de santé ; elle peut être exécutée sous la supervision de personnes possédant ces connaissances ; ou elle relève de la gouvernance et de l'administration du système administratif de santé ainsi que de son financement ;

3) La consommation concourt aux emplois finaux des biens et services de santé des résidents ;

4) Enfin, il existe une transaction portant sur des services ou biens de santé.

54. Les concepts de territoire économique et de résidence sont essentiels pour pouvoir définir le niveau du commerce international de biens et de services de santé. Les définitions qui suivent concordent pour une large part avec celles qui figurent dans la sixième édition du Manuel de la balance des paiements (MBP6¹⁵), que l'on peut consulter pour plus de détails.

¹⁵. Ces concepts et définitions sont identiques à ceux du Système national de comptabilité.

Encadré 3.2 Classification des fonctions de soins de santé au premier niveau

HC.1 Soins curatifs
HC.2 Soins de réadaptation
HC.3 Soins de longue durée (Santé)
HC.4 Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)
HC.5 Biens médicaux (non-spécifié par fonction)
HC.6 Soins préventifs
HC.7 Gouvernance et administration du système de santé et du financement
HC.9 Autres services de santé non classifiés ailleurs

Memorandum items: Reporting items

HC.RI.1 Dépenses totales en pharmaceutiques
HC.RI.2 Médecines alternatives complémentaire traditionnelle
HC.RI.3 Services de prévention et santé publique (selon SCS 1.0)
Memorandum items: Health care related
HCR.1 Soins de longue durée (Social)
HCR.2 Promotion de la santé avec une approche multi-sectorielle

Territoire économique

55. Dans son acception la plus large, le terme de territoire économique peut renvoyer à toute zone géographique ou collectivité publique pour laquelle des statistiques sont demandées. Lorsque, par exemple, des services de santé sont organisés et financés au niveau régional et que l'on voudrait établir des comptes régionaux de la santé, il peut être souhaitable de pouvoir se référer à une région. *A contrario*, le territoire économique peut désigner plusieurs pays pris collectivement (Union économique belgo-luxembourgeoise, par exemple) ou encore des entités supraterritoriales comme l'Union européenne (UE). En ce qui concerne la consommation et la production de services de santé, la définition du territoire économique est importante pour la détermination des entités résidentes et non résidentes et, par conséquent, pour ce qu'il faut inclure ou exclure dans les estimations des dépenses de santé.

Résidence

56. La résidence dépend de la délimitation du territoire économique. Une unité est dite résidente dans un pays si son *centre d'intérêt économique* est situé sur le territoire économique de ce pays. Le MBP6 définit : « La résidence de chaque unité institutionnelle correspond au territoire économique où elle a le plus d'attaches, autrement dit, là où se trouve son principal centre d'intérêt économique. » En conséquence, chaque unité institutionnelle est résidente d'un et d'un seul territoire économique déterminé par son centre d'intérêt économique prédominant.

Ménages

57. Le centre d'intérêt économique d'un ménage se trouve « dans le pays où les membres du ménage occupent un ou plusieurs logements à titre de résidence principale ». Tous les individus appartenant à un même ménage doivent être résidents de la même économie. À ce stade, il est peut-être important d'établir une distinction entre le concept de résidence au sens économique du terme et le concept de résidence fondé sur des critères de nationalité ou autres critères juridiques : un individu considéré comme résident d'une économie n'est pas nécessairement citoyen du pays correspondant à cette économie. En ce qui concerne les soins de santé, il est particulièrement pertinent de faire aussi la différence entre population résidente et population couverte ou assurée. Le régime public d'assurance-maladie peut ne pas couvrir l'ensemble de la population ou couvrir au contraire plus que la population résidente ; par exemple, les frontaliers qui travaillent au Luxembourg mais n'y résident pas peuvent être couverts par le système de santé

luxembourgeois ; de même, certains retraités de l'UE, tout en restants couverts par leur régime national, peuvent être résidents d'un autre État membre (voir Résidents et population couverte).

58. Le critère de résidence est théoriquement basé sur une période d'une année. Bien qu'arbitraire, il peut être considéré comme un critère objectif pour déterminer le statut d'un individu. Par conséquent, même quand un membre d'un ménage résident quitte fréquemment (pour des périodes de moins d'un an) le territoire économique dans lequel il réside, il conserve son statut de résident. *A contrario*, si un individu séjourne ou *a l'intention* de séjourner dans une économie pour un an ou plus, il est considéré comme résident de cette économie. Si c'est pour une période moins longue, il est considéré comme non-résident. Toutes ces personnes sont considérées comme étant en voyage et ayant un centre d'intérêt économique en dehors de l'économie dans laquelle elles se sont rendues. Le cas le plus évident est celui des touristes étrangers qui visitent un pays pour une courte période (généralement quelques semaines) ; ils ne sont pas comptabilisés dans les résidents. De même, les travailleurs saisonniers qui se rendent dans un autre pays quelques mois par an pour y travailler n'ont pas le statut de résident de ce pays.

59. Certaines catégories de la population comme les représentants diplomatiques, les membres des forces armées, les étudiants et, catégorie tout particulièrement pertinente ici, les patients se rendant à l'étranger pour y recevoir des soins médicaux, ne changent pas de centre d'intérêt économique et restent donc résidents de leur économie d'origine. Les travailleurs frontaliers, qui font régulièrement et souvent la navette entre deux économies parce qu'ils travaillent dans une économie et habitent dans l'autre, sont considérés comme résidents de l'économie dans laquelle ils habitent et non de celle où ils sont employés. Les personnes vivant en Belgique mais se rendant quotidiennement en France pour y travailler sont à considérer comme résidents belges plutôt que français.

60. Les réfugiés sont considérés comme résidents s'ils séjournent ou sont *supposés avoir l'intention de séjourner* au moins un an dans leur pays d'accueil. Les personnes réfugiées à l'étranger pour une courte période demeurent résidentes de leur pays d'origine.

61. Comme indiqué, une exception à la règle de l'année de résidence est pratiquée pour les étudiants, car son application stricte pourrait poser des problèmes d'interprétation et de disponibilité des données. Les étudiants retournent généralement dans leur pays quand ils ont terminé leurs études. Par conséquent, leurs centres d'intérêt peuvent ne pas être étroitement liés à la durée de leur séjour à l'étranger. Quelle que soit la durée de leur séjour à l'étranger, les étudiants devraient donc être considérés comme résidents de leur pays d'origine s'ils maintiennent des liens économiques avec ce pays. Pour déterminer si ces liens sont ou non maintenus, il faut par exemple vérifier si les études sont financées depuis le pays d'origine, si l'étudiant est subventionné dans le pays d'accueil par un programme d'aide extérieure ou un programme équivalent et s'il envisage de retourner dans son pays d'origine à la fin de ses études. Ceci est important pour les dépenses relatives à l'éducation sanitaire et à la formation des professionnels médicaux à l'étranger.

62. Les mêmes règles concernant la résidence s'appliquent aux patients qui sont censés rentrer chez eux après la période de traitement. Autrement dit, ils sont considérés comme résidents de leur économie d'origine, indépendamment de la durée du séjour dans les économies où ils reçoivent un traitement. Bien que cela puisse être important que pour une très faible minorité de patients, il faut tenir compte de la situation résidentielle des patients en soins de longue durée dans les maisons de soins infirmiers à l'étranger, au regard des soins inclus dans la définition du SCS. C'est le cas pour les personnes d'un pays ayant pris leur retraite dans un autre pays, mais qui continuent à être couvertes par leur système de sécurité sociale «maison». Ceci est évoqué dans la section suivante.

Résidents et population couverte

63. Le fait de prendre la population résidente comme critère de délimitation du champ des dépenses de santé a de nombreuses conséquences directes sur l'inclusion ou l'exclusion de certains groupes de la population, en particulier en ce qui concerne les obligations de financement de la sécurité sociale et des dépenses publiques. Dans certains cas, les différences entre population résidente et population assurée peuvent être significatives.

64. Dans l'Union européenne, par exemple, les dépenses de santé d'une personne résidant à l'étranger qui reçoit une pension d'État ou d'autres prestations de longue durée peuvent rester à la charge de son « pays d'origine ». Il en va de même des dépenses de santé des résidents étrangers à charge d'une personne travaillant dans un autre pays membre. Dans ce cas, le système de sécurité sociale obligatoire du pays d'origine couvre une partie de la population non résidente, et inversement, une partie de la population résidente d'un pays donné peut être couverte par un pays étranger. Cela peut nécessiter des ajustements pour assurer la conformité aux définitions de la résidence mentionnées ci-dessus, ce qui n'est toutefois peut-être pas entièrement souhaitable pour mesurer les obligations de financement des dépenses de santé d'un pays¹⁶. Les éventuels écarts à cet égard doivent être indiqués de manière transparente dans la notification.

65. Les réfugiés et les personnes qui répondent à la définition de résident selon la balance des paiements mais qui n'ont pas le droit, en vertu de la législation, de bénéficier de l'assurance maladie publique soulèvent également un problème, celui de savoir dans quel pays sera comptabilisée leur consommation de services de santé. Étant donné que les déplacements temporaires (licites et illicites) de personnes physiques sont assez nombreux, il se peut que les dépenses soient de quelque importance. Compte tenu également du fait que dans ces cas, c'est le pays hôte qui assume l'obligation morale, le coût des services de santé et les dépenses pourraient sans doute, en réalité, être déduites des comptes de la santé du pays hôte au titre des exportations.

66. La sixième édition du Manuel de la balance des paiements (MBP6) précise le statut d'autres catégories de personnes – diplomates, personnel des organisations internationales et des forces armées – qui est le même dans le Système de comptes de la santé.

67. Un prestataire de soins de santé – organisme ou entreprise publics ou institution à but non lucratif – est en général considéré comme résident s'il a mené une activité sur le territoire pendant une certaine période, habituellement un an. Le fait de considérer un fournisseur comme résident ou non-résident se compare à celui de déterminer si les dépenses finales de biens et services des ménages résidents auprès de ces fournisseurs sont classées comme des importations.

68. Dans la majorité des cas, il est assez aisé de départager les prestataires résidents et non résidents, par exemple lorsque les résidents d'un pays reçoivent des soins dans des hôpitaux ou achètent des produits médicaux auprès de pharmacies alors qu'ils se trouvent à l'étranger. Cela l'est moins lorsque des services de courte durée sont dispensés à des résidents d'un pays donné, à l'étranger, par des professionnels de la santé ou dans le cadre de l'aide publique extérieure ou internationale. Le recours à des institutions sous contrôle étranger et à des agents commerciaux mérite également un examen attentif.

¹⁶. Lorsque les dépenses de santé de certains groupes de la population (par exemple les retraités ou les personnes qui résident à l'étranger) restent couvertes par leur pays d'origine, les transferts faits depuis ce pays vers le pays de résidence figureront dans le tableau HFxFS.7.1. Les recettes de l'organisme de financement seront présentées dans la rubrique FS.2 ou FS.7.1 (voir la classification des recettes des organismes de financement (SCS 2011). Du point de vue du pays qui effectue le remboursement, un compte sectoriel faisant état du « total des recettes et des dépenses publiques de santé » peut fournir des détails sur les paiements effectués à des pays étrangers au titre des non-résidents.

Entreprises

69. Une entreprise a un centre d'intérêt économique et constitue donc une entité résidente (du pays ou du territoire économique) quand elle y produit une grande quantité de biens et/ou de services. Ceci implique qu'elle ait au moins un établissement sur place et prévoie de l'exploiter indéfiniment ou pendant une période définie mais prolongée (au moins un an). D'autres facteurs sont également à prendre en compte pour déterminer la domiciliation (existence d'une série complète et distincte de comptes locaux, acquittement éventuel d'impôts dans le pays d'accueil, gestion locale des fonds nécessaires à l'exploitation dans le pays d'accueil, etc.) Néanmoins, dans la pratique, ces conditions supplémentaires sont généralement remplies par les entreprises engagées dans une activité à long terme.

70. Le terme « entreprises » englobe (1) les sociétés, qui sont des entités ayant une activité de production à but lucratif et reconnues comme des entités juridiques distinctes de celles de leurs propriétaires et (2) les quasi-sociétés, entités qui ne sont pas constituées en société et sont détenues par des unités institutionnelles résidentes ou non résidentes et gérées comme des entités à part entière (médecins ou dentistes exerçant à titre libéral, par exemple).

Agences commerciales

71. Les agences réalisant des opérations pour le compte d'entités non résidentes devraient être traitées comme des producteurs résidents dans les économies où elles sont implantées. Ce cas de figure est illustré par de nouvelles activités actuellement en plein essor, comme la facilitation du tourisme médical ou encore l'ouverture à l'étranger de bureaux commerciaux représentant des établissements médicaux. La plupart des agents facturent aux fournisseurs des frais pour chaque client envoyé à l'étranger, commission fixée en pourcentage du prix du forfait ou tarif fixé par patient. D'autres modèles sont également possibles comme les frais de service facturé directement au client (patient) ou le paiement par un tiers payeur d'une partie des coûts économisés, c'est-à-dire la différence entre le coût de la procédure à la maison et le coût à l'étranger (Stephano et Cook, 2010). Si l'agent est un résident de la même économie que le patient, la marge ou commission est une transaction de résident à résident. Le montant net à payer aux fournisseurs de services résident dans d'autres économies (après que la marge ou commission reçue par l'agent soit déduite) devrait être enregistré comme une opération de résident à non-résident. Cependant, dans d'autres cas, le montant brut est payable au fournisseur non résident, qui paie ensuite la commission de l'agent résident.

Institutions sans but lucratif

72. À l'instar des entreprises, les entités sans but lucratif sont des entités résidentes des territoires économiques dans lesquelles elles sont installées ou exercent leurs activités. Généralement, ces entités proposent des services éducatifs, sanitaires, culturels et autres services à vocation sociale et d'intérêt collectif qui sont fournis à titre gracieux ou à des prix ne couvrant pas la totalité des coûts de production. Il s'agit par exemple d'hôpitaux, d'églises, d'associations culturelles, de fondations, d'universités, de facultés ou de la Croix-Rouge.

73. Dans les faits, le lieu de résidence de l'immense majorité des institutions sans but lucratif peut être déterminé sans aucune ambiguïté. Néanmoins, quand une institution de ce type a des activités caritatives ou humanitaires dans différents pays du monde, il est nécessaire de préciser la résidence de toutes les antennes qu'elle peut avoir dans ces pays. En pareil cas, il faut se référer au critère de la durée. Si une institution sans but lucratif conserve une antenne ou toute unité similaire durant au moins une année dans un pays, cette entité doit être considérée comme résidente du pays d'accueil, même si elle est largement – voire entièrement – financée par des transferts de l'étranger. En revanche, les actions

médicales d'urgence conduites sur de brèves périodes ou les campagnes sanitaires spécifiques peuvent être considérées comme fournies par des unités non résidentes.

Secteur de l'État

74. Les organismes publics d'une économie englobent l'ensemble des services de l'État central ou fédéral, des États et des collectivités locales et des établissements et entités publics situés sur le territoire économique, ainsi que toutes les ambassades, tous les consulats, toutes les entités et toutes les bases militaires situées ailleurs. S'agissant des importations et des exportations de services de santé, les traitements médicaux dispensés à des résidents à l'étranger dans des établissements de santé publics et les services assurés sur le territoire par des établissements de santé publics à des non-résidents sont les deux exemples les plus évidents.

75. Quand des organismes publics participent à des programmes d'aide extérieure, ce type de dépenses comprend les biens et services fournis par d'autres États à des unités résidentes et vice-versa. Il convient de rappeler que c'est la fourniture de biens et de services et non le financement par l'État tiers qui constitue le facteur permettant de déterminer s'il s'agit d'importation ou d'exportation. Par exemple, quand un État verse de l'argent à d'autres pays ou à des organisations internationales, l'opération constitue un simple transfert de fonds. En revanche, si un État fournit des biens et des services de santé directement à un autre État pour une consommation finale, il s'agira d'exportations pour le premier État et d'importations pour le second (et les montants devraient être répertoriés comme tels dans les comptes de la santé de ce pays). Ce type de dépense est essentiellement représenté par les programmes d'aides publiques destinés à améliorer la situation sanitaire dans des pays étrangers. Il convient de noter que si la fourniture des soins est assurée par l'Armée, par exemple, seules les dépenses de santé proprement dites sont à prendre en compte.

Organisations internationales

76. Les organisations et enclaves internationales créées exclusivement par des États (par exemple les ambassades) sont résidentes d'un territoire économique qui leur est propre et non du pays dans lequel elles sont physiquement situées. Ce traitement s'applique aux organisations internationales situées sur un seul territoire comme à celles qui se trouvent sur deux territoires ou plus. Par conséquent, les transactions avec une organisation ou une enclave internationale doivent être considérées comme une activité de commerce international.

Reste du monde et commerce de soins de santé

77. Une fois déterminé le statut de toutes les unités en matière de résidence, le reste du monde se compose donc de toutes les unités non résidentes réalisant des transactions avec le pays considéré. Par conséquent, le reste du monde englobe toutes les unités non résidentes qui fournissent des services et des biens aux unités résidentes (les transactions correspondantes étant des importations) et les unités non résidentes qui consomment des services et des biens de santé fournis par des unités résidentes (ces achats étant des exportations).

Évaluation

78. Pour les transactions entre résidents et non-résidents, le montant des exportations et importations libellées en devises devrait être converti en monnaie nationale aux taux du marché des changes. En principe, le taux de change le plus approprié pour effectuer la conversion de la valeur de la transaction entre la devise de la transaction et celle qui sera utilisée pour le calcul statistique est celui qui était en vigueur sur le marché au moment de la transaction. L'utilisation d'un taux de change moyen quotidien pour déterminer la valeur des transactions quotidiennes permet d'obtenir une très bonne approximation.

S'il n'est pas possible d'appliquer les taux quotidiens, il faut utiliser les taux moyens pour la période la plus courte.

79. La valeur des services non marchands fournis aux non-résidents par l'administration publique ou des institutions à but non lucratif¹⁷ devrait être calculée de manière uniforme selon la méthode préconisée dans le manuel SCS c'est-à-dire sur la base du coût total de production de ces services et non de leur prix subventionné.

80. Le SCS enregistre les dépenses de biens et de services en fonction de leur prix d'acquisition. Il convient de noter que dans les comptes nationaux, le total des chiffres des importations et des exportations est exprimé en prix f.a.b. (franco à bord) et que les chiffres détaillés du commerce extérieur sont exprimés c.a.f. (coût, assurance, fret) pour les importations et f.a.b. pour les exportations (voir encadré 3.3.). La différence entre ces deux évaluations est très variable mais peut aller jusqu'à 10 % (Eurostat, 2004). On pourrait donc penser que la valeur des importations dépasse celle des exportations mais même cela n'est pas certain. Cela s'explique entre autres par les différences entre les points d'application dans le temps, qui font qu'un panier de biens enregistré dans les exportations d'un pays au cours d'une année particulière ne doit pas nécessairement être enregistré dans les importations du pays destinataire au cours de la même année.

81. Les transactions portant sur les services de santé, par exemple celles qui interviennent entre des États, doivent être enregistrées en valeur brute, c'est-à-dire que le total des demandes de règlement et des remboursements doit être calculé séparément plutôt qu'enregistré sur une base nette. On peut se demander comment traiter l'évaluation des biens et des services fournis par une source extérieure lorsqu'il existe une différence importante entre l'évaluation du pays destinataire (importateur) et celle du pays donneur (exportateur), par exemple lorsqu'un pays à revenu élevé fournit des services de consultation dans le cadre de son système de santé à un pays à revenu faible. Dans ce cas, il faut s'écarter de la sixième édition du Manuel de la balance des paiements (par. 3.75) et évaluer la transaction en fonction des prix du marché du pays destinataire. Il est toutefois recommandé d'ajouter une note explicative précisant l'évaluation au prix du marché du pays donneur.

Encadré 3.3 Correction des prix c.a.f./f.a.b. dans les statistiques du commerce

Les biens importés enregistrés dans les statistiques du commerce sont évalués en prix c.a.f. (coût, assurance, fret) qui comprennent trois éléments distincts :

Biens importés f.a.b. ;

Services de transport fournis par des transporteurs résidents et non résidents ;

Services d'assurance fournis par des assureurs résidents et non résidents.

Les deux dernières catégories de services ci-dessus peuvent être fournies par des unités résidentes ou non résidentes. Lorsqu'elles sont fournies par des résidents, elles relèvent de la production intérieure et ne doivent pas être considérées comme des importations. Si aucune correction n'est calculée, la valeur des importations dans le total des services de transport et d'assurance fournis par les résidents et les non-résidents sera - il va sans dire - plus grande qu'elle ne le devrait. La valeur des services de transport et d'assurance fournis par les résidents dans les importations doit faire l'objet d'un traitement attentif. Lorsque ces services sont acquis et payés par des exportateurs non résidents auprès de transporteurs et d'assureurs résidents, leur valeur entre dans le calcul des exportations de services dans la balance des paiements et doit en conséquence être exclue des exportations de services.

¹⁷. Le non-remboursement de ces coûts/dépenses peut créer des lacunes dans les données du pays fournisseur étant donné que la consommation de ressources ne correspond pas à la capacité et aux ressources consommées. Certaines données seront incomplètes ou simplement manquantes.

Moment d'application

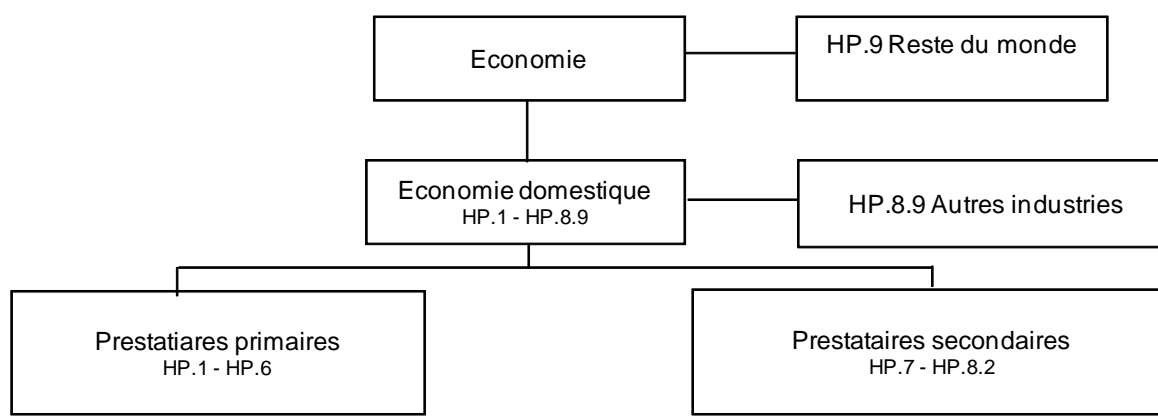
82. Conformément aux règles de la comptabilité nationale, les exportations et les importations doivent être enregistrées sur la base de la comptabilité d'exercice, c'est-à-dire au moment où un service est fourni ou, dans le cas de biens médicaux, lorsqu'intervient le transfert de propriété. La collecte de données peut soulever des difficultés pratiques car pour l'essentiel, le déplacement des marchandises donne une mesure indirecte raisonnable du transfert de propriété. Cependant, lorsque des patients se rendent à l'étranger pour recevoir un traitement, les honoraires peuvent être réglés en tout ou partie avant ou peu après la consommation du service. De plus, les conventions bilatérales supposent souvent un délai – pouvant aller jusqu'à deux ans – entre le moment du traitement et le règlement ou la présentation de la demande de remboursement.

4. DÉLIMITATION DES ÉCHANGES DANS LE CADRE DU SCS

83. Le SCS 2011 définit un cadre conceptuel pour l'établissement de règles de notification statistique qui est compatible avec d'autres statistiques sociales et économiques et utilise la Classification internationale des comptes de la santé (ICHA), qui s'articule autour de trois axes : les fonctions de soins de santé, les prestataires et les sources de financement. Le système des comptes de la santé (SCS) obéit donc à une logique différente que celle proposée dans les statistiques du commerce international (établies selon le type de service et le mode de fourniture) (voir annexe 1.)

84. Dans le Système de comptes de la santé, il existe une catégorie liée aux unités non résidentes dans la nomenclature des prestataires et dans celle des sources de financement des soins. L'une et l'autre correspondent au « reste du monde ». Néanmoins, s'agissant des importations et exportations de biens et de services de santé, il faut préciser que c'est la prestation plus que le financement par des unités non résidentes qui importe. Par exemple, lorsqu'un pays étranger ou une ONG paie des services pour le compte de résidents, ces services sont considérés comme financés par le reste du monde, même s'ils sont fournis par un prestataire résident et n'entrent donc pas dans les importations. En revanche, un service fourni par un pays étranger à un résident (quelle que soit la source de financement) est comptabilisé comme une importation.

Graphique 4.1 Aperçu de la classification des prestataires de soins de santé ICHA-HP



85. Dans le Système des comptes de la santé, les principales classifications utilisées pour les importations et les exportations sont la fonction (objet de la consommation) et le prestataire. La nomenclature des fonctions distingue les services de soins¹⁸ (curatifs, de réadaptation et de longue durée), les biens médicaux fournis aux patients externes et les services fournis collectivement à la population (campagnes de santé publique, administration du système de santé, etc.). À un niveau agrégé, les principales concordances entre cette classification définitionnelle et le Système de comptabilité nationale se font par l'intermédiaire de trois nomenclatures fonctionnelles : la Nomenclature des fonctions de la consommation individuelle (COICOP) ; la Classification des fonctions des administrations publiques (COFOG) ; et la Nomenclature des fonctions des institutions sans but lucratif au service des ménages (COPNI). La nomenclature des prestataires se fonde sur la Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique (CITI, rév. 4). Cela est important du point de vue des données sources car la CITI est à la base des statistiques des entreprises, de l'emploi et du recensement. Les

¹⁸. Les fonctions de base des soins de santé peuvent également être classées par mode de production (soins hospitaliers ; hospitalisation de jour ; soins ambulatoires ; soins à domicile).

statistiques du commerce international s'alignent davantage sur l'analyse de la production et les nomenclatures correspondantes se fondent sur la Classification centrale de produits (CPC).

Exemples d'échanges de biens et de services de santé dans le SCS

86. Les importations et exportations couvrent une vaste gamme de biens et de services de santé de consommation finale ; la couverture va au-delà de la prestation type de traitement médical à l'étranger dans le cadre de la nomenclature fonctionnelle. Il peut être intéressant d'examiner les exemples qui suivent, dans l'optique des différents modes de fourniture appliqués aux biens et aux services.

Services de soins de santé individuels

87. S'agissant de la prestation de services de soins de santé individuels, on peut penser à la consultation médicale à distance (connue sous des appellations diverses : télémédecine, e-santé, e-médecine, etc.) donnée directement par téléphone ou sur Internet par un médecin à un patient qui se trouve dans un autre pays. Cette consultation peut entrer dans le cadre du suivi médical à distance d'un patient retourné dans son pays d'origine après une intervention chirurgicale à l'étranger. Notons toutefois que les échanges de biens et de services de santé entre prestataires de pays différents (envois de tests diagnostiques ou de produits sanguins par un laboratoire situé à l'étranger à un hôpital situé dans le pays du patient) sont assimilés à la consommation intermédiaire et aux intrants au titre des échanges de services entre résidents et ne sont donc pas comptabilisés comme des importations dans le SCS.

88. Cependant, les transactions pertinentes liées au commerce international des soins de santé dans le SCS concernent pour la plupart les services consommés par des patients à l'étranger, pour un traitement prévu (traitement dentaire, chirurgie du genou, réadaptation, etc.) ou non. Prenons le cas d'un patient du pays A qui reçoit un traitement médical prévu dans un hôpital situé dans le pays B. Ce traitement serait enregistré dans les dépenses totales de santé du pays A – et assimilé à une exportation pour le pays B et à une importation pour le pays A. De même, les frais assumés par un touriste qui achète des médicaments alors qu'il se trouve à l'étranger ou qui doit y consulter un médecin parce qu'il est malade doivent également être inclus dans les dépenses de santé de son pays d'origine.

89. Le déplacement temporaire de professionnels de la santé entre deux pays entre aussi dans les échanges internationaux de services de santé. Il peut s'agir d'un professionnel de la santé ou d'une équipe de médecins ou de spécialistes travaillant pour un prestataire non résident dans le cadre d'un contrat de prestation de services de courte durée à l'étranger. Ce type d'échange concerne également les programmes d'aide extérieure comportant la fourniture directe de biens et de services aux résidents par des États étrangers ou des ONG. Dans ce cas aussi, c'est la prestation et non le financement qui importe.

90. Pour des raisons tenant au statut du prestataire en matière d'emploi ou de résidence, il est parfois difficile de déterminer si la présence temporaire de professionnels de la santé doit être incluse dans les échanges. Cela est vrai dans le cas des soins individuels, lorsque des soignants non résidents dispensent des services de soins de longue durée.

Biens médicaux

91. S'agissant des biens médicaux, l'échange peut simplement porter sur la fourniture, par un fournisseur non résident, de biens de santé (produits pharmaceutiques, autres biens médicaux non durables et durables) directement au patient/consommateur, par téléphone, par correspondance, ou, ce qui est de plus en plus courant, par Internet. Dans l'Union Européenne, par exemple, le développement des pharmacies en ligne et la reconnaissance accrue des ordonnances et des remboursements transfrontaliers (Ruth *et al.*, 2003) devraient contribuer à élargir l'éventail de mécanismes de livraison de biens médicaux au-delà de la pharmacie de proximité classique.

92. Pour le reste, la consommation de biens médicaux à l'étranger est le principal vecteur du commerce. Elle concerne en grande partie les achats effectués par les touristes et visiteurs lorsqu'ils se trouvent à l'étranger (achats enregistrés, dans les statistiques du commerce international, sous la rubrique « voyages »). Les écarts de prix importants et la libéralisation de la réglementation relative aux ordonnances entre les pays peuvent aussi provoquer des déplacements transfrontaliers non négligeables dans le but d'acheter des produits pharmaceutiques dans les pays voisins (Byrd et Law, 2009¹⁹).

Services de santé collectifs

93. Les assurances médicales fournies à des résidents par des compagnies non résidentes, et vice-versa, doivent également être considérées comme relevant du commerce extérieur. Toutefois sont seulement inclus les frais de services d'assurance compris dans les primes acquittées par les ménages, comme le prévoit le traitement général de l'administration de la santé et de l'assurance-maladie dans le SCS. Tout paiement relatif à des soins de santé effectué par un assureur non résident à des résidents ou pour leur compte devrait être considéré comme relevant du commerce extérieur si les soins en question ont été dispensés par un prestataire non résident. Par exemple, si un résident des États-Unis souscrit une couverture auprès d'un assureur mexicain et se fait soigner chez un dentiste installé au Mexique, ce sont à la fois la rémunération des services d'assurance et les soins dentaires qui sont considérés comme des importations.

94. Dans le domaine de la santé publique et pour certains aspects de la gouvernance et de l'administration du système de santé, certaines activités sont parfois externalisées ou assurées par des entités non résidentes. Par exemple, la planification et la réforme du système de santé peuvent être réalisées dans le cadre de services de consultation ou de l'intervention directe d'organisations internationales spécialisées dans la santé publique et les mesures de prévention. De même, l'assistance technique en nature fournie par une entité étrangère serait en partie considérée comme une activité d'importation du pays destinataire.

Problèmes de délimitation du champ couvert par le commerce des biens et des services de santé

95. Certains problèmes de délimitation se posent avec plus d'acuité dans le commerce des services de santé. Il se peut qu'une part croissante des traitements reçus à l'étranger ou dispensés par des prestataires étrangers soit attribuable à des contraintes juridiques imposées dans le pays d'origine, à l'indisponibilité de certains traitements spécialisés ou à l'opprobre qui frappe ces traitements.

96. De plus en plus d'opérations de **chirurgie esthétique** sont peut-être réalisées à l'étranger en partie pour préserver l'anonymat des patients. Ces opérations effectuées dans des cliniques particulières relèvent de la reconstruction ou de motivations purement esthétiques. Les traitements de chirurgie esthétique sont réalisés par des professionnels de la santé qui utilisent la technologie médicale mais n'entrent pas dans le champ délimité des comptes de la santé (SCS 2011, chapitre 4). Cependant, lorsqu'il est impossible de faire une distinction entre les types de chirurgie esthétique ou en cas de doute quant à l'objectif poursuivi, le SCS recommande d'inclure l'ensemble de ces services dans les dépenses de santé et ainsi, de les prendre en compte dans les estimations du total des importations et exportations.

97. Un autre domaine de traitement qui a tendance à attirer les consommateurs étrangers est celui des **techniques de reproduction assistée**. Ces techniques sont habituellement proposées par des institutions et des professionnels sérieux, et le SCS recommande donc de les inclure dans les dépenses de santé.

¹⁹. L'étude de Byrd et Law évoque le cas des résidents des États-Unis qui traversent la frontière mexicaine pour acheter des antibiotiques, lesquels sont disponibles sans ordonnance au Mexique.

98. L'un des principaux moteurs du « tourisme médical » est le domaine, difficile à délimiter, du **bien-être** et de la santé. De nombreux touristes se rendent dans un pays pour profiter des établissements de bien-être : centres spa/fitness, spas d'hôtels/de centres de villégiature ; spas classiques associés aux ressources naturelles d'un pays ; et institutions plus médicalisées employant des professionnels des soins de santé (SRI International, 2008). Les enquêtes auprès des touristes omettent souvent de faire la distinction entre santé et bien-être, mais de manière générale il faudrait n'inclure que les traitements à caractère clairement curatif, de réadaptation ou préventif identifiables au moyen d'un remboursement d'assurance, d'une ordonnance et/ou d'une prestation fournie par un professionnel de la santé.

99. De même, de nombreux visiteurs se rendent dans un pays pour bénéficier de thérapies alternatives et de soins de **médecine traditionnelle** auxquels ils n'ont pas accès dans leur pays d'origine. La partie du présent document consacrée à la médecine traditionnelle et alternative du chapitre 5 du SCS 2011 aborde la question de savoir s'il faut les inclure ou les exclure dans les estimations des dépenses de santé au titre de leur lien avec la santé.

100. En ce qui concerne la consommation de biens médicaux, la délimitation doit être la même que celle du SCS 2011 pour le commerce de biens médicaux, que les achats soient effectués directement lors d'un séjour à l'étranger ou livrés depuis l'étranger. Sont visées les recommandations de produits nutritionnels et d'autres produits « santé », qui ne peuvent être inclus que sur une base très restreinte (c'est-à-dire sur l'avis de professionnels de la santé) ainsi que les vitamines et minéraux prescrits et distribués par des prestataires de soins de santé. L'exclusion des crèmes de protection solaire, par exemple, est un cas particulier compte tenu du lien spécial avec le tourisme de vacances.

101. Les voyages effectués à l'étranger dans le but précis de recevoir un traitement sous-tendent d'autres frais qui peuvent ou non être liés aux soins de santé. Il s'agit des **frais de transport**, qui sont particulièrement élevés lorsque le transport aérien est inclus. Le voyage qui fait partie intégrante du « forfait » médical (par exemple, certains résidents britanniques sont dirigés à l'étranger par le National Health Service pour y subir des opérations) et qui est couvert par une assurance privée ou sociale doit être comptabilisé dans le total des dépenses de santé. Toutefois, le transport d'un patient résident, qui peut être comptabilisé séparément, ne doit pas être considéré comme une importation si le service est fourni par un transporteur résident. Dans le cas des voyages à titre privé ou qui ne sont pas entrepris dans le but spécifique de recevoir un traitement médical, il est proposé d'exclure les frais de transport des dépenses de santé. D'autres frais peuvent également être associés au tourisme médical organisé par un agent ou un facilitateur en tourisme médical, comme cela se voit souvent aux États-Unis. Comme l'agent est habituellement résident du pays d'origine du patient, les honoraires ou commissions payés pour l'organisation du forfait de tourisme médical s'apparentent à une transaction entre résidents et n'entrent pas dans le champ du commerce international.

102. Dans certains cas, les patients (en particulier les enfants) qui se rendent à l'étranger sont accompagnés d'une ou plusieurs personnes. Les frais associés à ces voyages sont souvent couverts également par les budgets publics ou une assurance maladie. Sauf lorsque les **accompagnateurs** jouent un rôle médical particulier, il est proposé de ne pas inclure ces frais dans les soins de santé et de les classer plutôt dans les prestations liées à la santé, par exemple, les services hors santé liés au tourisme.

103. Le tourisme médical de caractère **illégal ou contraire à l'éthique** (par exemple le tourisme de transplantation) a connu une forte progression. Même s'il est indésirable ou illégal, ce commerce, à condition de satisfaire les critères de délimitation des soins de santé, doit en principe figurer dans les comptes de la santé au même titre que les actes médicaux légaux. Par exemple, l'avortement est illégal dans certains pays mais il est néanmoins pratiqué. Lorsque le service est payé, comme cela se doit sans doute, le paiement doit être enregistré dans le SCS. D'autres activités peuvent être volontairement

dissimulées aux autorités publiques même si elles entrent clairement dans le champ délimité par le SCS et sont ainsi légales.

Emplois intermédiaires et emplois finaux des biens et des services de santé

104. L'approche axée sur la **consommation finale** adoptée dans le cadre du SCS fait ressortir une différence marquée entre le champ du commerce extérieur, qui présente un intérêt primordial pour les comptes de la santé, et la mesure élargie des échanges dans la balance des paiements et la comptabilité nationale. Les statistiques du commerce international ne font pas de distinction pour les biens et services de santé importés au titre des emplois intermédiaires (par exemple les biens et services fournis par un prestataire étranger en tant qu'intrants d'un service fourni à un patient par un prestataire du pays considéré) mais ils doivent néanmoins être exclus des comptes de la santé.

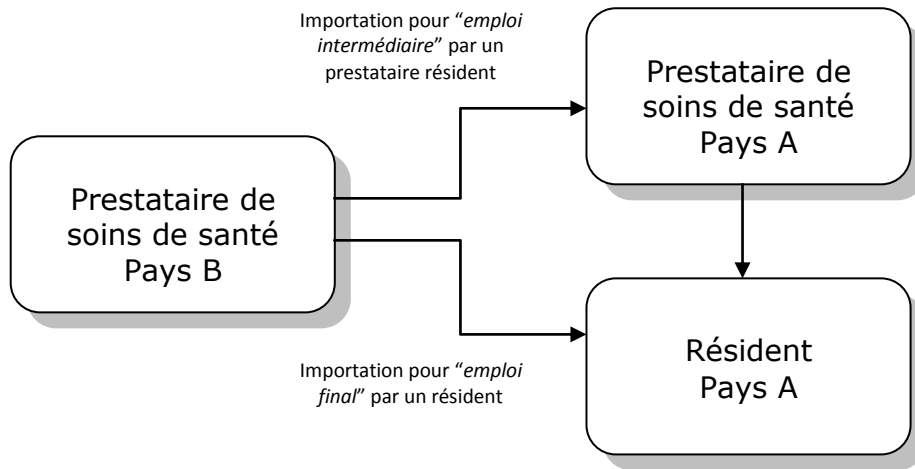
105. La distinction entre emplois finaux et intermédiaires s'applique aux seuls biens et services dispensés à l'étranger, qui ne forment qu'une partie infime, bien qu'en augmentation, des échanges du secteur de la santé (à la faveur du développement de l'e-santé et des pharmacies en ligne). Pour la consommation directe des résidents à l'étranger (assimilée à l'importation de services de santé), les services sont - à toutes fins pratiques - dispensés directement aux patients (par exemple lors d'une visite prévue d'un non-résident à un spécialiste ou dans un hôpital) et sont donc enregistrés dans la consommation finale.

106. La situation est autre dans le cas des services de santé fournis depuis l'étranger. Le développement récent du commerce transfrontalier de services de santé concerne en partie les échanges entre prestataires, par exemple de services de diagnostic fournis par des laboratoires étrangers aux hôpitaux du pays considéré plutôt qu'au patient directement. Les importations de services médicaux d'un pays peuvent être principalement destinées aux emplois intermédiaires ; dans un autre pays, sans doute plus petit, les importations de services de santé pour emplois finaux peuvent être importantes. Les approches respectives du SCS et de la comptabilité nationale illustrent deux concepts différents applicables aux importations des services de santé :

107. Premièrement, dans le SCS, la médecine du travail est comprise dans le total des dépenses de santé d'un pays. Dans le SCN, elle est enregistrée dans les services auxiliaires et en tant que partie de la production intermédiaire des entreprises. Par conséquent, le recours à des services médicaux dispensés par des non-résidents par des entreprises résidentes pour leurs salariés (ou le recours à des services médicaux à l'étranger par des salariés en voyage d'affaires) serait considéré comme relevant de la consommation intermédiaire dans la comptabilité nationale, alors qu'il doit être enregistré dans la consommation finale et en tant qu'importation dans le SCS.

108. Deuxièmement, l'approche de la consommation dans le SCS requiert une approche différente de celle de la production dans la comptabilité nationale. La comptabilité nationale ne fait pas de distinction entre les biens médicaux importés par des grossistes et des pharmacies et destinés à la vente et les biens médicaux importés directement par les ménages pour leur propre compte. Par comparaison, dans le SCS, seuls les achats de biens médicaux des ménages auprès de détaillants à l'étranger, pour consommation personnelle, correspondent à des importations – les importations des grossistes et des pharmacies sont considérées comme des intrants dans la fonction de fourniture de biens et de services médicaux par les pharmacies et les autres détaillants de biens médicaux (graphique 4.2).

Graphique 4.2 Traitement des importations d'après SCS



109. Ces différences doivent être prises en compte dans les comparaisons entre les chiffres des importations et exportations de la balance des paiements et de la comptabilité nationale. Il serait toutefois intéressant d'examiner dans une autre étude le total des importations et exportations dans le système de santé et d'harmoniser les chiffres obtenus avec ceux du commerce international.

5. SOURCES DE DONNÉES ET LIGNES DIRECTRICES

110. Malgré les différences conceptuelles mineures évoquées ci-dessus, la plupart des données utilisées pour les statistiques du commerce international et de la balance des paiements sont la principale source d'information dont disposent les comptables de la santé pour établir des statistiques sur les flux d'échanges internationaux de biens et de services de santé. De fait, les composantes « tourisme lié à la santé » et « services de santé » de la classification élargie des services de la balance des paiements (EBOPS, voir annexe 1) constituent en principe un bon point de départ pour l'estimation d'une grande partie des échanges dans le cadre du SCS. En outre, les recommandations futures en matière de notification de l'EBOPS 2010 regrouperont les « services de santé » et les isolera des autres rubriques couvrant la consommation liée aux voyages, ce qui contribuera à harmoniser davantage les définitions de cette classification et celles du SCS.

111. Cela dit, les données courantes sur les flux d'échanges dans les services de santé sont encore rares, la couverture par pays est insuffisante et la notification est sans doute incomplète. La qualité des données existantes est très variable d'un pays à l'autre et selon le mode de prestation. L'un des principaux objectifs de la présente partie est par conséquent de proposer des lignes directrices sur la manière de collecter et d'améliorer les données sur le commerce des services de santé en examinant les sources types existantes et en recensant les nouvelles sources possibles. L'amélioration des statistiques du commerce dans le domaine de la santé doit être considérée sous l'angle des avantages qu'en retireront les comptables de la santé mais aussi comme une initiative de coopération visant à améliorer la mesure du commerce international de manière générale, afin d'aider le travail des statisticiens sur de la balance des paiements et des comptes de la santé. Cela dit, dans la plupart des pays et pour la plupart des catégories de soins de santé, la valeur des importations et exportations de services de santé est encore en grande partie marginale, et il faut donc étudier attentivement l'idée d'affecter des ressources à l'identification ou au développement de nouveaux outils et instruments de collecte de données. Cette étude doit être menée à la lumière des obligations de notification et des tendances perçues à l'échelle internationale.

112. Les méthodes de compilation et les sources de données utilisées pour les catégories concernant la santé de la classification EBOPS et les importations et exportations dans le SCS ont beaucoup de points communs, mais comme on l'a vu, les concepts et délimitations utilisés présentent certaines différences. L'établissement des comptes de la santé exige des informations et des détails supplémentaires par rapport à celui de la balance des paiements mais le principe directeur doit faire ressortir les liens et correspondances manifestes entre les différents systèmes, dans une perspective d'amélioration mutuelle.

113. Comme dans de nombreux domaines de la compilation des comptes de la santé, la mesure du commerce international dans les services de santé comporte de nombreuses difficultés. Le choix des meilleures sources de données est fortement lié à l'organisation du système de santé. Il n'existe pas de source de données unique pouvant combler tous les besoins. En outre, l'estimation des importations et exportations exige différentes approches. S'agissant des exportations, il est généralement impossible d'obtenir des informations auprès des prestataires étrangers. Habituellement, les estimations des importations et des exportations sont des statistiques composites basées sur des sources différentes et, souvent, sur des suppositions et des hypothèses.

114. Dans un premier temps, la compilation des estimations des importations et exportations de biens et de services de soins de santé consiste à dresser l'inventaire des sources de données existantes et accessibles et à déterminer si ces sources sont adaptées et suffisantes. Dans l'idéal, ces sources devraient correspondre au champ définitoire, géographique et/ou temporel (c'est-à-dire à la durée de résidence) décrit dans le présent chapitre et dans d'autres parties du manuel. En réalité, toutefois, il y a peu de chance que les données existantes correspondent entièrement aux besoins des statisticiens. Par exemple, les enquêtes sur les touristes ne font pas toujours la distinction voulue entre les « touristes » et les autres

catégories de non-résidents, comme les travailleurs saisonniers, et peuvent réunir dans une seule activité les soins médicaux et les soins de bien-être. Il faut au moins fournir des explications détaillées sur ces différences. À défaut de quoi, il peut s'avérer nécessaire de corriger ou de calibrer les données en utilisant d'autres informations et sources, notamment non financières. La prudence est toutefois de rigueur si l'on envisage de fragmenter les données en catégories détaillées, eu égard à la validité et à la qualité des estimations ainsi obtenues.

115. Dans le premier cas, aucune séparation en fonction du mode de fourniture n'est faite, bien qu'il s'agisse là d'un élément d'information supplémentaire souhaitable au niveau national. Le SCS est structuré de telle sorte que les importations sont d'abord ventilées par fonction (HC) et source de financement (HF) et, si possible, par mode de fourniture. Pour les exportations, la principale dimension peut être la fonction et le prestataire, le mode de fourniture étant secondaire dans ce cas également.

116. La compilation peut s'effectuer suivant différentes approches en fonction des nombreuses sources de données, de manière à désagréger complètement fonctions et prestataires. On peut dans certains cas adopter une approche descendante pour conférer un certain degré de fiabilité à l'estimation globale, mais en ventilant des données tirées d'une autre source ou valables pour une autre année afin d'assurer une répartition sur l'ensemble des autres catégories. Lorsque l'on dispose de nombreuses sources de données valides sur les composantes, on peut également calculer le total des dépenses en utilisant une approche descendante. Enfin, l'approche la plus envisageable est une approche mixte, certaines pièces du puzzle pouvant provenir de données administratives détaillées, et d'autres faire défaut.

Enquêtes auprès des entreprises

117. Les enquêtes auprès des entreprises peuvent se révéler utiles pour recueillir des informations sur les services fournis à des non-résidents par des prestataires de soins de santé d'un pays. Il peut s'agir de petites enquêtes irrégulières ou de collectes annuelles de données administratives plus détaillées auprès de prestataires ayant obligation de répondre²⁰. On pourrait mener une courte étude approfondie sur un échantillon représentatif de prestataires afin de connaître le nombre de patients étrangers traités, le coût du traitement et les modalités de paiement. À partir de l'échantillon, on pourrait réaliser une estimation au niveau national. Si la prestation des biens et services de santé est concentrée entre les mains de quelques prestataires, les résultats obtenus correspondraient aux estimations nationales. Parfois, on ne dispose que de données non monétaires concernant par exemple le nombre de patients non résidents admis. Dans certains cas, on peut supposer que le coût par traitement est le même pour les résidents et les non-résidents, ce qui permet d'estimer le total des dépenses.

118. La plupart du temps, concevoir un nouveau questionnaire ou une nouvelle étude n'est pas une solution viable, et il faut se contenter des enquêtes et des données existantes. Les données sur les gros prestataires comme les hôpitaux et les cliniques sont sans doute facilement accessibles, alors que les données concernant les petits prestataires ou les prestataires individuels comme les dentistes privés²¹ et les spécialistes le sont peut-être moins – les personnes qui voyagent pour des raisons de santé se procurent souvent des biens et des services auprès de cliniques de santé privées spécialisées. Certaines données

²⁰. En Corée, par exemple, l'article 27-2 de la Loi sur la santé dispose qu'un établissement médical qui souhaite traiter des patients étrangers doit s'enregistrer auprès du ministère de la Santé et du Bien-être et présenter chaque année, pour la fin du mois de mars, les résultats de l'exercice précédent, lesquels doivent contenir des informations détaillées sur chaque traitement et préciser notamment la nationalité, l'âge et le sexe du patient, la nature du traitement, sa durée et son coût.

²¹. Dans le cadre du calcul de la balance des paiements de l'Autriche, une enquête sur les dentistes exerçant près de la frontière austro-hongroise a servi à modéliser les flux transfrontaliers. Source : notes par pays sur la balance des paiements http://www.esds.ac.uk/international/support/user_guides/imf/bops.asp).

peuvent être obtenues ponctuellement par le biais d'organisations de coordination, d'associations professionnelles ou de groupes caritatifs. Ce peut être le cas des données sur les services d'assurance maladie et d'assurance voyage fournis à des non-résidents, qui servent à l'estimation des services administratifs fournis à des non-résidents.

119. D'autres enquêtes particulières peuvent être menées pour obtenir des données, habituellement non financières, auprès d'ONG et d'organismes caritatifs engagés dans la prestation de services de santé aux personnes en situation irrégulière comme les réfugiés et les immigrants (Médecins du monde, Royaume-Uni, 2007).

Commerce de détail et commerce électronique (voir OCDE, 2009)

120. On trouve des données sur le total des revenus des pharmaciens et des détaillants de verres optiques, d'appareils auditifs et d'autres matériels médicaux dans les statistiques fiscales. Cependant, ces sources ne permettent pas de se faire une idée de la part des revenus imputable aux achats des non-résidents. Si l'on utilise les données sur les ventes des pharmaciens, il faudrait tenir compte du phénomène grandissant des importations et exportations parallèles de biens médicaux.

121. Dans les pays de libre-échange, notamment dans l'UE, les importants écarts de prix des produits pharmaceutiques ont provoqué l'augmentation rapide des importations et exportations dites « parallèles ». Les intermédiaires - grossistes, pharmacies et autres commerçants - peuvent tirer parti de ces écarts pour acheter des médicaments délivrés sur ordonnance auprès de pharmacies implantées dans des pays où ces médicaments sont moins chers, pour les revendre en deçà du prix officiel dans le pays d'importation. Selon les estimations, ce phénomène représente le dixième du commerce de médicaments dans l'UE (FT.com, 7 juin 2010).

122. Les informations sur les achats de marchandises à l'étranger, qui proviennent en grande partie des enquêtes sur les visiteurs et les touristes, pourraient peut-être être utilisées pour le calcul du total des revenus des détaillants.

123. Le commerce électronique offre aux membres des ménages une autre méthode d'achat (et, de plus en plus, de vente) de biens et de services pour usage privé. S'agissant des calculs concernant le secteur des ménages, l'utilisation d'Internet, surtout pour les achats, présente un intérêt statistique et pratique. Les enquêtes auprès des ménages sur l'utilisation des TIC consistent habituellement à recueillir des informations sur les activités individuelles d'achat en ligne ainsi que des détails portant souvent sur la nature des biens et services achetés, la valeur des achats, la valeur des paiements effectués en ligne et/ou les obstacles à l'achat sur Internet²².

124. La fiabilité des déclarations concernant la valeur des ventes en ligne a longtemps préoccupé les statisticiens. La ventilation des transactions en ligne selon le lieu où se trouve l'acheteur (à l'étranger ou dans son pays) pose également problème. L'expérience a montré que les entreprises parviennent difficilement à réaliser ce type de ventilation. Premièrement, elles ne connaissent pas forcément la

²². Les activités de collecte des pays de l'OCDE dans ce domaine sont diverses. En particulier, en raison des modifications apportées à l'enquête modèle auprès des ménages d'Eurostat, le nombre de pays européens qui recueillent des données sur la valeur des achats effectués sur Internet a diminué. L'enquête modèle 2005 de l'OCDE comporte une question secondaire sur la valeur nominale des achats qui montre le peu d'importance accordé à cet aspect et la difficulté que les déclarants éprouvent à se rappeler la valeur de leurs achats. Il est également demandé aux déclarants s'ils ont effectué des ventes sur Internet, par exemple sur des sites de ventes aux enchères. D'autres questions portent sur les types de produits achetés en ligne et sur les obstacles à l'achat sur Internet.

destination des ventes. Deuxièmement même si elles la connaissent, elles ne la communiqueraient pas pour autant d'une manière qui permettrait d'effectuer sa saisie rapide.

125. Étant donné que la majorité des informations provenant des prestataires étrangers de biens et services de santé n'est pas disponible, la principale source d'information est liée au financement de la consommation à l'étranger – en particulier aux remboursements des assurances publique et privée.

Sources administratives publiques (services de liaison)

126. Les sources publiques administrent des données et des dossiers sur les services dispensés à des non-résidents par des prestataires de soins de santé résidents et à des résidents (ou à des assurés) par des prestataires non résidents. Dans les pays où des accords bilatéraux ou régionaux sont en place, les données peuvent provenir des statistiques sur le nombre de résidents à l'étranger et de non-résidents dans un pays donné et sur leurs dépenses. Les transferts forfaitaires qui interviennent entre des pays en application de conventions de renonciation doivent être pris en compte en fonction des paiements bruts, et non du transfert net. Lorsqu'il existe des accords bilatéraux ou régionaux (concernant par exemple les droits aux prestations en nature des citoyens européens au cours d'un séjour dans un autre État membre de l'UE), des données administratives sont parfois recueillies par les différents ministères (ministère des finances, ministère de la santé ou tout autre ministère concerné qui effectuent un suivi des importations et exportations de biens et de services de santé, en application de la réglementation). Dans certains pays, les données peuvent provenir des caisses d'assurance maladie (publiques et privées) dans lesquelles les remboursements des soins de santé dispensés à l'étranger ont été effectués.

Services de liaison internationale des organismes de sécurité sociale

127. Les dossiers des services de liaison de la sécurité sociale peuvent être une source d'information intéressante sur les biens et services de santé consommés par la population *assurée*. De plus en plus de détails sont fournis sur les pays et les traitements dispensés à l'étranger à des personnes assurées ou, dans le pays considéré, à des non-résidents²³. Cependant, les organismes de sécurité sociale ne traitent que les demandes de remboursement présentées en application d'un certain nombre de textes juridiques internationaux et d'accords bilatéraux. Les demandes de remboursement présentées par les patients aux caisses d'assurance-maladie fondées sur la législation interne ne sont pas enregistrées par les services de liaison et il faut obtenir les informations complémentaires auprès des caisses d'assurance-maladie elles-mêmes. Cependant, une grande réserve est de rigueur s'agissant des deux types de dossiers compte tenu du fait que la fonction première de ceux-ci est de rendre compte de la population assurée et non de la population résidente. La population assurée ne correspond pas forcément à la définition de la population résidente donnée dans le SCS²⁴. En l'absence de contrôle sur les dépenses imputables aux non-résidents, l'utilisation d'états financiers entraîne une surestimation de la consommation de biens et services de santé à l'étranger.

²³. Par exemple, les centres de liaison avec l'UE – par exemple, CLEISS en France et DVKA en Allemagne - communiquent des informations sur les demandes de remboursement des caisses d'assurance maladie au titre des traitements dispensés aux non-résidents pour le compte du pays où ceux-ci sont assurés (exportation de services). DVKA communique des informations sur les demandes de remboursement présentées par les centres de liaison internationale au titre des traitements dispensés à l'étranger à des personnes assurées en Allemagne pour le compte des caisses d'assurance maladie allemandes (importation de services).

²⁴. Près de 300 000 assurés du régime allemand sont à l'origine des dépenses de non-résidents (les retraités allemands qui vivent en Espagne, par exemple). Il est malheureusement impossible de dissocier les dépenses imputables aux non-résidents et aux résidents.

128. Il faut également tenir compte du fait que les informations concernent le remboursement des traitements dispensés à l'étranger plutôt que du coût total de ces traitements. Dans l'idéal, des informations supplémentaires sur le coût total des services sont disponibles, ce qui permet de formuler des hypothèses concernant le partage des coûts ou les versements directs. Cependant, dans la plupart des cas, il est possible d'utiliser les enquêtes sur les voyages et les enquêtes auprès des ménages pour obtenir davantage d'informations sur les remboursements d'assurance privée et les versements directs des ménages.

Autres sources administratives

129. Dans certains pays, les organismes acheteurs de services de soins de santé publics et le ministère de la santé ont passé des contrats avec des prestataires de soins de santé non résidents afin de pouvoir envoyer des patients à l'étranger pour certains traitements. Il faut consulter les rapports annuels de chaque organisme ou pays pour connaître le nombre de patients et les coûts assumés.

130. Dans les pays dotés d'un système d'assurance maladie universel où le paiement ne s'effectue pas au moment de la prestation, divers ministères possèdent parfois des informations administratives complémentaires sur les traitements dispensés « gratuitement » à certains groupes de la population, notamment aux réfugiés et autres non-résidents. Les données sur les dépenses faites à l'étranger pour le personnel militaire et le personnel des ambassades²⁵ sont recueillies séparément. On peut enfin se procurer des données sur l'aide extérieure auprès des organismes et ministères spécialisés dans le développement.

Assurance maladie privée

131. Les états financiers des sociétés d'assurance maladie privées qui proposent des régimes d'assurance principale ou complémentaire (y compris de l'assurance voyage) peuvent être une source d'information sur le nombre de demandes de remboursement présentées par des assurés à l'étranger. L'obtention de ces informations est largement tributaire de l'obligation légale de communiquer des données, et le degré de détail des données sur la ventilation par type de traitement et par pays varie en conséquence. L'association nationale des assureurs privés est parfois chargée de recueillir des données auprès de ses membres et de les publier²⁶.

Enquêtes auprès des ménages et des touristes

132. Les principales sources de données sur les versements directs des ménages privés sont habituellement les enquêtes auprès des ménages. Il peut s'agir d'enquêtes systématiques sur le budget des ménages ou d'enquêtes spécifiques auprès des ménages qui reposent sur des informations fournies par les intéressés eux-mêmes, habituellement sur une base volontaire.

133. Il faut examiner avec circonspection les données sur les dépenses communiquées par les ménages et vérifier si les montants sont exprimés en chiffres bruts ou nets. Les personnes couvertes par l'assurance maladie privée principale doivent habituellement assumer elles-mêmes le coût du traitement médical et se faire rembourser en tout ou partie par leur assureur. Le fait de ne pas déduire le remboursement par d'autres organismes risque d'entraîner un double comptage et une surestimation des versements directs

²⁵. Le guide d'élaboration de la balance des paiements contient un formulaire modèle de collecte de données destiné à rassembler des informations sur les dépenses consacrées à différents services auprès des ambassades et des institutions internationales.

²⁶. En Allemagne, par exemple, la PKV est une association de compagnies d'assurance maladie privées qui regroupe 46 membres. Elle fournit des résultats financiers combinés des branches principale et complémentaire d'assurance maladie de ses membres et peut fournir des données sur les demandes de remboursements présentées à l'étranger pour des soins hospitaliers, ambulatoires et dentaires.

privés. L'établissement des comptes est d'autant plus difficile qu'il s'écoule en général un certain délai entre le paiement des factures et leur remboursement, en d'autres termes, que les deux versements peuvent intervenir pendant deux périodes comptables. De plus, les enquêtes ne comportent pas systématiquement de questions sur les dépenses de santé à l'étranger, ou ne produisent que des échantillons limités et non représentatifs. Il serait plus économique et plus simple d'ajouter des questions aux enquêtes existantes (enquêtes sur les dépenses des ménages, enquêtes sur le budget des ménages) que de concevoir un questionnaire entièrement nouveau. On pourrait envisager d'ajouter ces questions de temps à autre seulement, ce qui réduirait encore davantage les frais supplémentaires.

134. De nombreux pays administrent diverses enquêtes sur les voyages ou sur les touristes afin de mesurer les activités des voyageurs. Le graphique 5.1 présente un exemple de l'enquête irlandaise sur les voyages réalisée auprès des ménages. Certaines enquêtes sont conçues seulement pour satisfaire les exigences inhérentes à la partie de la balance des paiements consacrée aux voyages et, le cas échéant, à d'autres formes de dépenses et de revenus. Le plus souvent, les informations ne correspondent pas exactement aux besoins du SCS et doivent être ajustées ou faire l'objet d'une note. L'enquête est soumise aux voyageurs à l'arrivée ou au départ d'un lieu donné, ou après leur retour dans leur pays d'origine, ce qui permet d'obtenir des données sur les importations et exportations. Les enquêtes au point d'arrivée mesurent les dépenses réelles effectuées à l'étranger par les résidents rentrant au pays et les dépenses prévues des visiteurs non résidents. Inversement, les enquêtes effectuées au point de départ mesurent les dépenses réelles des visiteurs non résidents en partance et les dépenses prévues des résidents en partance. Certaines enquêtes recueillent des données auprès des résidents après leur retour de voyage. Les enquêtes contiennent souvent une question sur les raisons du voyage, parmi lesquelles figurent notamment les raisons de santé, et sur la durée du traitement. Les dépenses doivent dans ce cas aussi être examinées avec circonspection afin d'éviter le double comptage des remboursements effectués ultérieurement.

135. D'autres informations proviennent des enquêtes auprès des patients réalisées par les groupes d'assurance maladie. Mentionnons à titre d'exemple l'enquête annuelle conduite auprès des patients par TK (Techniker Krankenkasse), l'un des principaux assureurs d'Allemagne, qui comptait plus de 7 millions d'assurés en 2009. Cette enquête réunit des informations détaillées sur les soins transfrontaliers (Techniker Krankenkasse, 2009).

Graphique 5.1. Enquête sur les voyages auprès des ménages en Irlande, 2009

20 930

Details of Overnight Stays Away from Home in the period 1 July 2009 - 30 September 2009 (Quarter 3 2009)

Section 1: Household Composition

Please state how many people are usually resident in the household:

Nation Code	First Name (initial)	Age (years)	Gender (Please X)
A			Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>
B			Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>
C			Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>
D			Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>
E			Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>
F			Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>
G			Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>
H			Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>
I			Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>

Please list usually resident household members (those persons who normally spend at least 4 nights a week at this address)

Section 2: Overnight trips taken

Did you or any other member of the household take any trips involving overnight stays away from home, in Ireland or abroad, during the 3-month period 1 July - 30 September 2009? (Please X)

Yes No

EXCLUDE: Air fare involving overnight stops under 200 miles; Round-trip or a **WEEKLY OR MONTHLY** regular bus or train service; regular motorist stops; those on a regular route by commercial operators; those on a regular route by commercial operators; those on a regular route by commercial operators.

If YES, please enter details in Section 3 below.

Section 3: Details of trips

Where to: Destination Specify Country or County (if in Republic of Ireland)

Who went? Specify the individuals who travelled by coding the relevant Person Code from Section 1. eg. If person A and C listed in Section 1, above went on a trip, then circle A and C below

Why? Main Purpose of Journey See below code 7-9

Accommodation? Main type of accommodation used See below code 1-6

Booking? How was the trip booked? See below code 4-6

Transport? Main type of transport used See below code 1-9

Cost of Trip (Ir Euro)? Total amount paid for accommodation, transport, meals, etc. (Please include any non-cash related expenditures, e.g. capital purchases such as property, car, or cash gifts given to immediate relatives.)

Mode of Transport? See below code 1-9

Port of Departure? See below code 1-11

How many (if any) of the respondents from households in the Republic of Ireland spent in the period of your journey? See below code 1-11

Section 4: Completion Time

How long did it take you to complete this form?

minutes

Trip Number	Destination	Who went?	Why?	Accommodation?	Booking?	Transport?	Cost of Trip (Ir Euro)	Mode of Transport?	Port of Departure?	How many (if any) of the respondents from households in the Republic of Ireland spent in the period of your journey?
Sample Entry	Cork	A B C D E F G H I	3	1	6	5	180	5	1	0
Trip 1		A B C D E F G H I								
Trip 2		A B C D E F G H I								
Trip 3		A B C D E F G H I								
Trip 4		A B C D E F G H I								
Trip 5		A B C D E F G H I								
Trip 6		A B C D E F G H I								
Trip 7		A B C D E F G H I								
Trip 8		A B C D E F G H I								
Trip 9		A B C D E F G H I								

20 930

Autres sources de données

136. Dans certains cas, les données publiées par d'autres pays (statistiques miroirs) peuvent être utilisées le cas échéant pour harmoniser ou valider d'autres données, ou en tant que source d'information sur les exportations. Il peut s'agir d'une partie des données sur les demandes de remboursement et les remboursements effectués établies en application d'accords internationaux et bilatéraux.

137. Les services de santé sont dispensés à l'étranger par des professionnels catégorisés soit comme non-migrants (personnes qui se rendent à l'étranger pour une durée inférieure à un an), soit comme migrants de courte durée (admis dans un autre pays pour une période d'au moins trois mois et d'au plus 12 mois). Pour entrer dans le champ des importations ou des exportations, ces services doivent être fournis sans que le professionnel cherche à entrer sur le marché de l'emploi du pays hôte. Les données doivent porter sur le nombre de prestataires de services de santé, le type de service fourni et la durée du séjour. Les registres d'associations professionnelles, des hôpitaux et des organismes publics qui délivrent des permis de travail ainsi que les enquêtes sectorielles peuvent être des sources de données utiles.

138. Les tableaux des ressources et des emplois des comptes nationaux décrivent en détail les relations de vente et d'achat finaux et intermédiaires des producteurs et des consommateurs, par secteur ou par produit. Un tableau supplémentaire des emplois pour les importations dans lequel les emplois des biens et des services importés sont présentés séparément de ceux des biens et services provenant du pays considéré serait semble-t-il utile. Ce tableau n'est pas forcément un élément central du cadre d'entrées-sorties et ne serait sans doute disponible que pour un nombre restreint de pays²⁷. L'évaluation des données présentées dans les tableaux des ressources et des emplois et dans les tableaux d'entrées-sorties doit prendre en compte de nombreux points importants :

- Les comptes nationaux et les comptes de la santé n'utilisent pas les mêmes concepts et définitions pour délimiter les importations. On a vu dans la partie qui précède que le SCS utilise une définition plus étroite des importations de biens : celles-ci se limitent aux biens médicaux importés directement par les ménages pour leur propre compte. La valeur des informations sur le total des importations de produits pharmaceutiques et la séparation entre emplois intermédiaires et emplois finals s'en trouve donc restreinte. Par ailleurs, les comptes nationaux considèrent généralement les importations de services de médecine du travail comme des consommations intermédiaires, tandis que les comptes de la santé les font entrer dans la consommation finale.
- Les achats directs de biens et de services à l'étranger par des résidents lors de voyages à titre personnel sont traités séparément. En pratique, la plupart des pays ne sont pas en mesure de ventiler ces dépenses par types de produits sans recourir à des hypothèses stylisées qui évitent l'obtention de soldes des entrées-sorties dont la valeur d'analyse serait douteuse – de sortes qu'elles figurent souvent sur une ligne d'ajustement isolée du tableau des ressources pour obtenir le total des importations et sont ajoutées à la consommation finale des ménages dans le tableau des emplois²⁸. Les dépenses encourues par les personnes qui voyagent à titre professionnel au titre des services de santé entrent dans la consommation intermédiaire et sont en principe

²⁷. La base de données entrées-sorties de l'OCDE présente des tableaux d'entrées-sorties pour un nombre de plus en plus grand de pays membres et non membres de l'OCDE sur une base harmonisée, c'est-à-dire industrie par industrie, en prix de base et selon une classification industrielle. Voir OCDE (2006a) : DSTI/DOC(2006)8.

²⁸. Le Système européen de comptes économiques intégrés (SEC) de 1995 recommande que les achats directs à l'étranger soient ventilés par produit.

attribuées à la branche d'activité en tant que consommation intermédiaire *importée* plutôt que comme consommation finale.

- De même, les achats faits sur le territoire national par des non-résidents sont traités comme des exportations et déduits des dépenses de consommation finale des ménages. Le total correspondant est donc entré dans la colonne des exportations avec une valeur positive et est déduit dans la colonne des dépenses de consommation finale des ménages. Il existe diverses méthodes de ventilation par produit des dépenses totales des non-résidents. Au Royaume-Uni, par exemple, une enquête spécifique a été consacrée aux dépenses des visiteurs étrangers. L'enquête a seulement permis de classer les dépenses dans des rubriques générales, mais il a néanmoins été possible de subdiviser les dépenses à l'aide des schémas de dépenses des résidents britanniques se rapportant à des groupes de produits similaires. Les résultats obtenus reposaient toutefois sur une base plus ou moins solide (UK Input-Output Balances : Methodological Guide, 1997).
- Il est rare que les informations servant à la compilation des tableaux des emplois des importations soient recueillies directement. Le plus souvent, il faut donc formuler des hypothèses et utiliser différentes techniques de modélisation. Des valeurs infimes peuvent être estimées dans certaines cellules mais sans qu'il soit possible de vérifier leur exactitude statistique. Les pays ont souvent recours à l'hypothèse de la proportionnalité des importations pour construire les tableaux des importations. Selon cette hypothèse, la part du total des dépenses relatives à un produit donné qui relève des importations est la même pour tous les consommateurs, qu'il s'agisse de la demande finale ou intermédiaire – cette part étant déterminée en fonction de la part des importations dans le total des ressources représentées par ce produit dans l'économie. Par exemple, si 10 % de l'ensemble des services de santé vendus dans un pays sont importés, on suppose que la part des dépenses relatives aux services de santé qui relève des importations est de 10 % pour n'importe quel consommateur.
- Il arrive enfin, mais cela est rare, que les tableaux des ressources et des emplois ne soient disponibles qu'en prix de base, alors que dans le SCS, les tableaux doivent être établis en fonction des prix d'acquisition.

Autres sources de données pour la balance des paiements

139. Les statisticiens de la balance des paiements utilisent bon nombre des sources de données et des méthodes décrites ci-dessus, dont certaines peuvent se révéler particulièrement utiles aux comptes de la santé. Cependant les informations provenant habituellement des statistiques du commerce international et des systèmes de communication des transactions internationales sont sans doute trop peu détaillées pour les besoins des comptes de la santé.

Statistiques du commerce international

140. Les relevés douaniers sont la source d'information habituellement utilisée pour l'établissement des statistiques du commerce international concernant les échanges de biens entre les pays. S'agissant de l'Union européenne, des procédures ont été élaborées pour permettre aux entreprises de faire des déclarations directes concernant les échanges entre pays membres. Les statistiques du commerce international ne fournissent pas beaucoup d'informations pouvant être utilisées directement dans le SCS étant donné qu'elles couvrent en principe le total des échanges de biens d'un pays et qu'elles sont établies en fonction de la définition du commerce au sens large. En principe, ces statistiques couvrent les envois postaux. Toutefois, la plupart des envois individuels, par exemple de produits pharmaceutiques, sont généralement considérés comme négligeables. Ils ne sont pas soumis à déclaration et, partant, ne sont ni enregistrés ni identifiables séparément.

141. Il est également demandé aux voyageurs qui arrivent dans un pays de remplir une déclaration douanière dans la perspective de collecter des statistiques sur le commerce international. Les achats personnels de produits pharmaceutiques ou médicaux ne sont sans doute pas pris en compte par ces statistiques et si tel était le cas, ils seraient classés dans la rubrique des services liés aux voyages de la balance des paiements.

142. Même si elles sont très détaillées, les statistiques du commerce présentent d'importantes lacunes qui compromettent leur utilisation pour l'estimation des exportations et importations de biens de santé dans le cadre du SCS :

- Les importations sont évaluées au prix c. a. f., qui exclut les taxes. Le SCS exige que les biens et services soient évalués au prix d'acquisition, lequel comprend les taxes sur la valeur ajoutée.
- S'agissant des échanges entre pays de l'UE, les ménages privés ne sont pas tenus de fournir des informations sur les exportations et importations à des fins d'établissement de statistiques du commerce. Cette exonération s'applique aussi aux entreprises dont les exportations et importations ne dépassent pas une valeur annuelle de 400 000 EUR.
- Les statistiques du commerce ne permettent pas de décomposer les biens échangés selon les emplois dans la consommation finale et la consommation intermédiaire.

Systèmes de communication des transactions internationales

143. Un système de communication des transactions internationales rend compte des différentes transactions en numéraire entre banques résidentes et non résidentes. Les données sont recueillies au moyen de formulaires remis aux banques et de formulaires présentés directement par les entreprises. Ces documents contiennent normalement des informations sur la valeur et l'objet de la transaction et sur le pays concerné. Ces statistiques soulèvent toutefois de nombreux problèmes. Premièrement, la classification utilisée est compatible avec la classification de la balance des paiements et ne répond donc pas aux besoins du SCS. Les données couvrent les transactions portant sur les biens et services intermédiaires et des seuils s'appliquent dans ce cas aussi, de sorte que de nombreuses transactions privées ne sont pas considérées séparément et sont plutôt regroupées dans une enquête par sondage. De plus, le moment du paiement ne coïncide pas forcément avec celui de la prestation du service.

6. NOTIFICATION DANS LE CADRE DU SCS

144. Dans le tableau croisé des fonctions de soins de santé par prestataires (HCxHP), la nomenclature des prestataires de soins de santé contient la rubrique HP.9, Reste du monde, pour les « unités non résidentes qui assurent des soins de santé destinés à la consommation finale des unités résidentes²⁹ ». Les biens et les services de santé fournis par des prestataires non résidents sont donc expressément enregistrés et peuvent être classés en regard des différentes fonctions – étant donné que la ligne de partage des soins de santé est la même pour les biens et les services consommés par des résidents à l'étranger (graphique 6.1). De même, la classification croisée par prestataire et source de financement fournit une ventilation permettant de savoir qui effectue le paiement d'une fonction (administration publique, assurance privée, ménages).

145. Les exportations ne sont toutefois pas comprises, étant donné que les dépenses de santé d'un pays sont limitées à la consommation de ses seuls résidents. En pratique, en ce qui concerne la prestation, l'achat direct de biens et de services de santé par des non-résidents doit être expressément exclu des revenus du prestataire du pays considéré. Par souci de transparence et pour permettre au statisticien et à l'utilisateur de notifier la consommation des non-résidents, ces exportations doivent également être enregistrées. Les biens et services consommés par les non-résidents pourraient en conséquence figurer dans un tableau supplémentaire.

Graphique 6.1 Biens et services médicaux fournis par des prestataires non résidents sous forme de tableau HCxHP

HCxHP		Prestataires de soins de santé (ICHA-HP)			
		Prestataires résidents			Prestataires non résidents
		HP.1	...	HP.8	HP.9
Fonctions de soins de santé (ICHA-HC)	HC.1				Les biens et les services de santé (HC.1 to HC.9) fournis par des prestataires non résidents (importations)
	..				
	HC.9				

Tableaux et notifications supplémentaires

146. Les tableaux supplémentaires sur les échanges présentent des informations plus détaillées sur les biens et services de santé consommés par des résidents à l'étranger et la prestation de biens et de services de santé dispensés à des non-résidents (tableaux 6.1 et 6.2). Pour les importations, il existe une classification croisée des biens et services de santé importés par source de financement. Pour les exportations, étant donné que la principale source d'information est constituée par les prestataires de soins de santé résidents, on recommande un tableau croisé des fonctions par prestataire.

²⁹ Il convient également de faire une distinction entre cette rubrique et la rubrique « Reste du monde » de la nomenclature des sources de financement. Par exemple, lorsqu'un pays étranger ou une ONG paie des services de santé consommés par des résidents, les services sont financés par ces unités non résidentes mais peuvent néanmoins être fournis par une entité résidente et, partant, n'entrent pas dans les importations.

147. Pour tenir compte des domaines présentant un grand intérêt pratique ainsi que des possibles limites des données, les rubriques HC concernent seulement les principales catégories de soins de santé individuels, les biens médicaux (HC.5), les services de prévention (HC.6) et l'administration de la santé et assurance maladie (HC.7), et certaines catégories concernent les soins hospitaliers, les soins ambulatoires et les soins dentaires définis au chapitre 5 du SCS 2011.

148. En raison de l'importance de certains postes de dépenses liées à la santé dans les importations et exportations, il peut être intéressant de notifier les dépenses de médecine traditionnelle et alternative en inscrivant des postes supplémentaires du type « spa et bien-être » et « services hors santé liés au tourisme ».

149. Les spas englobent une foule de services et de prestataires différents, ce qui rend les comparaisons difficiles, se définissent en général comme des établissements qui favorisent le bien-être en dispensant des services thérapeutiques et professionnels visant à régénérer le corps et l'esprit (SRI International, 2008). Toutefois, lorsque la visée curative, de réadaptation ou préventive manifeste est identifiable par le biais d'une ordonnance et/ou de la prestation d'un service par un professionnel de la santé, les soins doivent figurer dans les dépenses de santé. Par exemple, certains établissements spas à vocation médicale mènent leurs activités sous la supervision sur place et à temps plein d'un professionnel de soins de santé agréé.

150. Les « services hors santé liés au tourisme » renvoient aux dépenses assumées lors d'un voyage à l'étranger pour obtenir des soins mais qui ne sont pas liées directement à la santé du patient. Il peut s'agir des frais de déplacement et d'hébergement supplémentaires à la charge du patient ainsi que des dépenses engagées par les personnes qui l'accompagnent, par exemple des membres de sa famille.

151. Au niveau national, il peut également être souhaitable d'élaborer des tableaux par mode de fourniture et partenaires commerciaux ou régions spécifiques (s'agissant des pays de l'UE, en séparant les échanges avec d'autres pays membres de l'Union et les pays non membres) et régions infranationales.

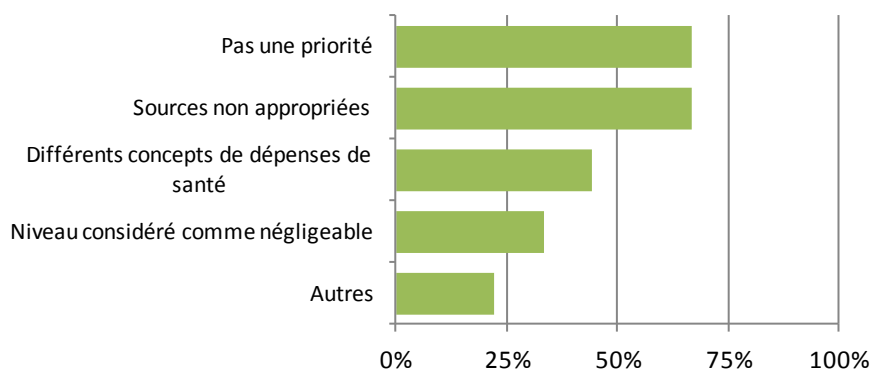
7. LE POINT SUR LA NOTIFICATION DES IMPORTATIONS ET EXPORTATIONS

152. Dans le cadre de la phase finale du projet, un questionnaire a été envoyé à tous les pays de l'OCDE et de l'UE participants dans le but de définir les niveaux de notification actuels et futurs et d'évaluer la réaction à la proposition concernant l'introduction de tableaux supplémentaires sur les importations et exportations.

153. Un peu plus de la moitié (12) des 22 pays qui ont répondu présentent déjà des estimations de la valeur des biens et des services dispensés par des prestataires étrangers (importations). Le degré de détail et de couverture des importations varie selon les pays. Les pays qui ne notifient pas les importations ne sont pas du tout certains d'être en mesure de le faire à court terme, c'est-à-dire d'ici un à deux ans. Sur les dix pays concernés, trois estiment qu'ils pourront pas le faire dans ce délai.

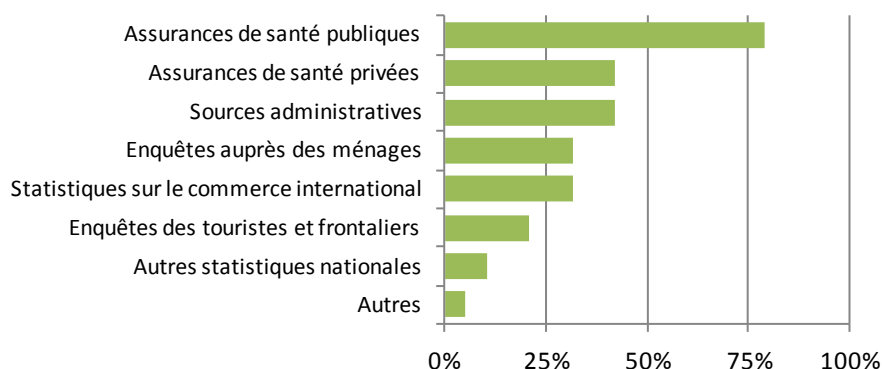
154. Les deux tiers des déclarants ont mentionné le manque de sources de données appropriées et/ou la faible priorité accordée à cet aspect par leur pays comme étant les principaux obstacles à la présentation de statistiques (graphique 7). La deuxième raison est l'utilisation d'un concept différent en matière de notification – c'est-à-dire que les pays excluent les importations (et incluent les exportations) dans leurs estimations du total des dépenses de santé. Enfin, environ le tiers des pays qui n'établissent pas de statistiques ont indiqué que les niveaux en cause étaient actuellement jugés trop faibles pour justifier l'affectation des ressources nécessaires à une estimation précise.

Graphique 7.1 Raisons de non-déclaration des dépenses d'importation de biens et services médicaux



155. Les principales sources d'information utilisées actuellement favorisent les pays ayant des systèmes d'assurance maladie publics, où les dossiers administratifs des organismes d'assurance publics fournissent une foule de données sur le remboursement des biens ou services consommés à l'étranger – cette source d'information a été citée par près de 80 % des déclarants (graphique 7.2). Les autres sources de données les plus citées sont l'administration publique (par exemple dans le cas des services de liaison internationale liés à la réglementation relative à la sécurité sociale dans l'UE) et les sociétés d'assurance privées. Pour ce qui est de la tâche difficile que représente le suivi ou le calcul des dépenses des ménages privés, seulement 30 et 20 % des déclarants ont respectivement mentionné les enquêtes auprès des ménages et les enquêtes aux frontières parmi leurs sources de données. Notons que seulement un tiers environ des pays a utilisé des statistiques du commerce notifiées (par exemple, les statistiques de la balance des paiements) comme source d'information.

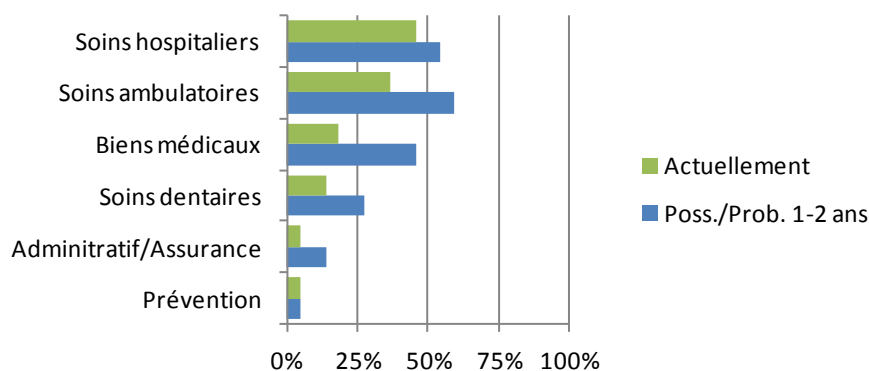
Graphique 7.2 Sources principales d'information utilisée pour la déclaration des importations



156. L'un des problèmes conceptuels soulignés dans l'étude concerne le respect de la définition de résidence, s'agissant de la notification des personnes qui demeurent couvertes par l'assurance-maladie de leur pays d'origine même si elles résident à l'étranger et qui, de fait, sont hors du champ délimité des dépenses de santé de leur pays. Les deux tiers des pays qui notifient actuellement les importations respectent la définition de « résidence » du Système des comptes de la santé et un autre pays le fait partiellement pour certains services ou prestataires. Autrement dit, 25 % des pays utilisent un concept de résidence différent de celui du SCS.

157. Si l'on prend en compte le degré de détail des informations sur les importations en termes de types de biens et de services, il n'est pas étonnant de constater que ce sont d'abord les soins dispensés aux patients hospitalisés, suivis des soins dispensés à des patients ambulatoires, qui sont le plus souvent notifiés (par 35 à 45 % des pays). Le nombre de pays pourrait passer de 6 à 10 au cours des deux années à venir (graphique 7). Notons le peu d'informations disponibles sur les soins dentaires, domaine souvent mentionné parmi les plus porteurs en matière de voyages à l'étranger pour des raisons médicales et pour lequel des notifications séparées sont préparées par trois pays seulement – chiffre qui se bornera peut-être à doubler à court terme. L'achat de produits pharmaceutiques (livrés par des prestataires étrangers ou achetés à l'étranger) est comme on l'a vu un autre domaine sur lequel les informations sont rares – seulement quatre pays sont actuellement en mesure de fournir des informations à ce sujet. La notification des statistiques sur d'éventuels domaines supplémentaires liés au tourisme médical, notamment aux services de spa et de bien-être et à la chirurgie plastique (sans motif thérapeutique), paraît peu probable à court terme.

Graphique 7.3 Déclaration actuelle et future des importations de biens et services médicaux

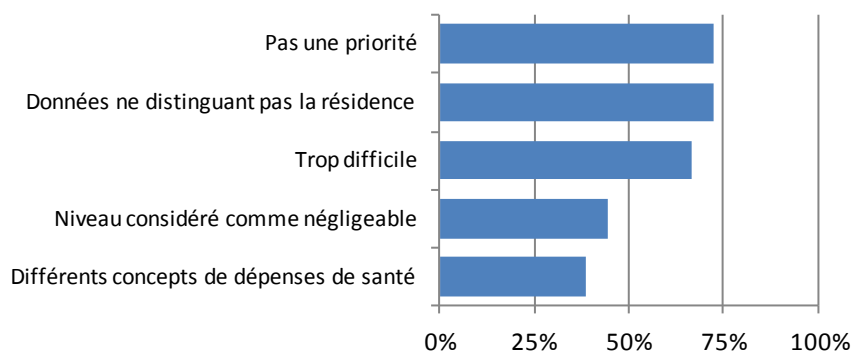


158. Enfin, un peu moins du tiers des interrogés a répondu par l’affirmative à la question de savoir s’il serait possible d’obtenir des informations permettant d’établir des statistiques sur le commerce par région ou partenaire (par exemple au sein de l’UE).

159. Selon le SCS, les dépenses de santé devraient être limitées aux dépenses consacrées aux biens et services de santé par la population résidente c’est-à-dire qu’elles devraient exclure les dépenses consacrées par des non-résidents aux services de santé fournis par des prestataires de soins de santé dans le pays considéré (exportations). Dans la deuxième partie du questionnaire, les pays sont invités à apporter des précisions sur leurs pratiques en matière d’exportations.

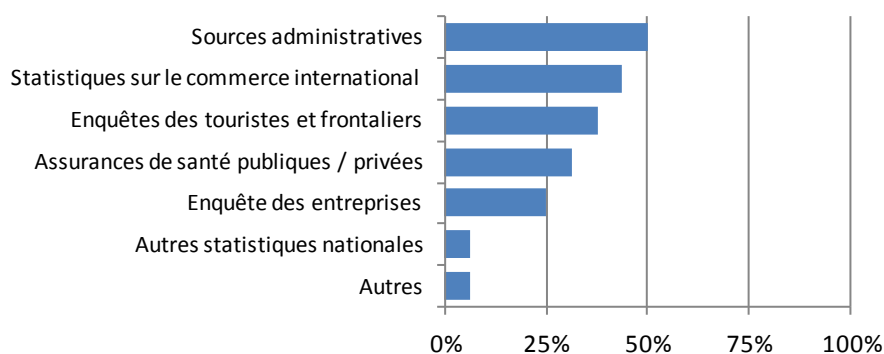
160. Seulement six des 22 pays qui ont répondu au questionnaire ont été en mesure d’exclure tout ou partie des exportations de leurs estimations des dépenses de santé. Toutefois, la moitié des déclarants envisage, à court terme, d’exclure les exportations des comptes de la santé et moins du tiers n’envisage pas de le faire au cours des deux prochaines années. Les deux tiers des pays environ ont expliqué qu’ils n’excluaient pas les exportations parce que cela serait trop difficile ; et/ou parce que les données ne permettaient pas d’effectuer une distinction fondée sur la résidence ; et/ou parce que cela ne leur paraissait pas constituer une priorité. Enfin, sept pays notifient les dépenses de santé en se fondant sur la comptabilité des recettes d’un prestataire de soins de santé (graphique 7.4).

Graphique 7.4 Raisons de non-déclaration des dépenses d’exportation de biens et services médicaux



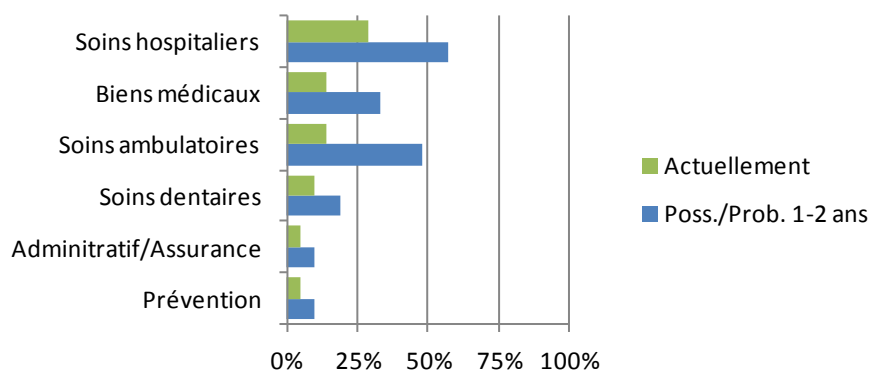
161. Les sources d’information sont multiples : sources administratives publiques, statistiques publiées du commerce international et enquêtes sur les touristes ou enquêtes aux frontières (graphique 7.5).

Graphique 7.5 Sources principales d’information utilisée pour la déclaration des exportations



162. Comme dans le cas des importations, une grande partie des informations concerne les patients hospitalisés ou les services hospitaliers, et très peu les domaines comme les soins dentaires ou les produits pharmaceutiques, même si le tiers des pays ont déclaré qu'ils seraient probablement en mesure de rapporter des statistiques sur les produits pharmaceutiques d'ici un à deux ans (graphique 7.6).

Graphique 7.6 Déclaration actuelle et future des exportations de biens et services médicaux



163. D'après les rares indications fournies dans les réponses au questionnaire et dans les derniers comptes de la santé, le niveau des importations considérées en tant que part du total des dépenses de santé demeure très faible dans la plupart des pays de l'OCDE et de l'UE qui établissent des statistiques sur cet aspect. Les importations de biens et services de santé ne représentent environ qu'entre 0.1 et 0.5 % du total des dépenses de santé de la plupart des pays et approche 1 % dans certains pays comme l'Allemagne, les Pays-Bas et le Portugal. Certains petits pays européens comme Chypre et l'Islande ont davantage besoin d'avoir accès à des services à l'étranger et la part des dépenses au titre de ces services y dépasse habituellement 1 % du total des dépenses de santé. Le Luxembourg est un cas à part qui a adopté une approche conceptuelle différente pour ses comptes de santé et une grande partie de sa population couverte est une population non résidente qui bénéficie de services de santé à l'étranger. Les importations de ce pays représentent habituellement quelque 5 % de ses dépenses de santé. Comme on l'a vu, les pays ont répondu que la plupart des données statistiques se rapportent seulement aux soins des patients hospitalisés et des patients ambulatoires et aux prestations remboursées par l'assurance maladie (publique et privée). Il n'est donc pas interdit de penser que les niveaux d'importations sont sous-estimés, même s'ils sont sans doute marginaux dans la plupart des pays.

164. L'annexe 3 présente des données sur les importations et les exportations tirées des sources publiées disponibles et des comptes de la santé pour illustrer la situation et la croissance du commerce international dans les pays européens. De manière générale, l'Allemagne est de loin le plus gros importateur de biens et de services de santé même si, comme on l'a vu, cette catégorie de dépenses représente une part relativement faible du total des dépenses dans ce secteur. Le total des importations s'élève à 3 milliards EUR, dépensés en grande partie aux Pays-Bas, en France, au Luxembourg et en Belgique, en particulier dans les régions frontalières. Au cours des cinq dernières années, les importations ont connu une augmentation moyenne de plus de 15 % d'une année sur l'autre, les taux de croissance les plus élevés ayant été enregistrés dans certains pays ayant adhéré il y a peu à l'UE.

165. En 2008, les chiffres des exportations des pays européens, qui proviennent principalement des statistiques du commerce international, se sont établis à quelque 2.5 milliards EUR bien que ces résultats soient sans doute eux aussi sous-estimés. Les niveaux d'exportations notifiés en 2008 par la France, la Pologne et la République tchèque sont élevés. Comme on l'a vu dans l'introduction, certains pays d'Europe centrale et orientale sont devenus des destinations prisées par les consommateurs de services comme la chirurgie dentaire. On trouvera en annexe une analyse plus détaillée des chiffres concernant ces services.

BIBLIOGRAPHIE

Blouin, C., N. Drager and R. Smith (2006), "International Trade in Health Services and the GATS - Current Issues and Debates", The World Bank, Washington D.C.

Byrd, T. L. and J. G. Law (2009), "Cross-border utilisation of health care services by United States residents living near the Mexican border", *Rev Panam Salud Publica*, Vol. 26, No. 2: 95-100.

Deloitte Center for Health Solutions (2008), "Medical Tourism - Consumers in Search of Value". Available at www.deloitte.com/centerforhealthsolutions

EC, IMF, OECD, UN and World Bank (2009), "System of National Accounts 2008". European Commission, International Monetary Fund, Organisation for Economic Co-operation and Development, United Nations and World Bank, New York, Dec. 2009.

Eurostat (2004), "Differences between Balance of Payments and Foreign Trade Statistics", Office for Official publications of the EU Communities, Luxembourg.

Eurostat (2008), "Eurostat Manual of Supply, Use and Input-Output Tables", Office for Official publications of the EU Communities, Luxembourg.

FT.com (2010), "European drug groups fear parallel trade", *Financial Times*, published 7 June 2010.

Glinosa, I.A., R. Baetenb and H. Maarsea (2010), "Purchasing health services abroad: Practices of cross-border contracting and patient mobility in six European countries", *Health Policy*, Vol. 95, No. 2: 103-112.

IMF (2009), "Balance of Payments and International Investment Position Manual, 6th Edition (BPM6)", IMF, Washington, D.C.

IMF, OECD, UN and WB (2008), "System of National Accounts 2008", European Commission, New York, 2009.

Ireland Central Statistics Office (2009), "Household Travel Survey for Ireland". Available at

www.cso.ie/surveysandmethodologies/surveyforms/documents/transport_tourism/pdf_docs/household_travel_q3_2009.pdf

Kristoffersen, A. E., V. Fønnebø and A. J. Norheim (2008), "Use of Complementary and Alternative Medicine Among Patients: Classification Criteria Determine Level of Use", *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, Vol. 14, No. 8: 911-919.

Legido-Quigley, H. and M. McKee (2006), "Patient Mobility in the European Union – Drivers of Patient and Professional Mobility", Europe for Patients.

- Mattoo, A., R. M. Stern and G. Zanini (2007), "A Handbook of International Trade in Services," Oxford University Press.
- Médecins du Monde (2007), "Report and recommendations, Improving Access to Healthcare for the Community's Most Vulnerable", Project London, UK.
- NIH (National Institutes of Health) (2009), "The Use of Complementary and Alternative Medicine in the United States: Cost Data", US DHSS. Available at www.nccam.nih.gov
- Nordic Innovation Centre (2009), "Nordic Collaboration in Health Services: A feasibility study on the potentials and barriers towards an open market for health services in the Nordic countries", Copenhagen.
- Available at
- [www.nordicinnovation.net/ img/nordic_collaboration_in_health_services_summary_report_web.pdf](http://www.nordicinnovation.net/img/nordic_collaboration_in_health_services_summary_report_web.pdf)
- OECD (2000), *A System of Health Accounts*, OECD, Paris.
- OECD (2006), "The OECD input-output database", *STI Working Paper 2006/8*, OECD, Paris.
- OECD (2009), "Guide to Measuring the Information Society", OECD, Paris.
- Rannan-Eliya, R. P. and L. Lorenzoni (2010), "Guidelines for Improving the Comparability and Availability of Private Health Expenditures Under the System of Health Accounts Framework", *OECD Health Working Papers*, No. 52, OECD, Paris.
- Ruth, A. Schmidt, Elke A. Pioch, (2003), "Pills by post? German retail pharmacies and the Internet", *British Food Journal*, Vol. 105, No. 9: 618 – 633.
- SRI International (2008), "Global Spa Economy 2007", Global Spa Summit, May 2008.
- Stephano, R-M. and Cook W. (2010), "The Medical Tourism Facilitator", Global Health Insurance Publications.
- Swiss Federal Statistical Office (2008), "Tourism Satellite Account for Switzerland, 2001 and 2005", FSO, Neuchatel.
- Techniker Krankenkasse (2009), "TK Europe Survey 2009: German patients en route to Europe", Corporate Development Department (UE) and the Scientific Institute for Benefit and Efficiency in Healthcare (WINEG).
- Thai Board of Investment (2008), "A Medical Trade Valued at US\$40 billion with a 20% Annual Growth". Available at www.boi.go.th/english/why/Medical.pdf
- UK ONS (United Kingdom Office of National Statistics) (1997), "UK Input-Output Balances: Methodological Guide".
- UN (2010), *Manual on Statistics of International Trade in Services 2010* (MSITS 2010), United Nations Statistical Division. Available at <http://unstats.un.org/unsd/statcom/doc10/BG-MSITS2010.pdf>

UN, OECD, EUROSTAT and UNWTO (2008), “Tourism Satellite Account: Recommended Methodological Framework”.

Wangberg, S., H. Andreassen, P. Kummervold, R. Wynn and T. Sørensen (2009), “Use of the internet for health purposes: Trends in Norway 2000–2010”, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Vol. 23: 691–696.

ANNEXE 1. NORMES ET CLASSIFICATIONS INTERNATIONALES DU COMMERCE ET DU TOURISME INTERNATIONAL

Commerce international des services selon le mode de fourniture

166. Les statistiques du commerce sont utiles à l'analyse des atouts et des fragilités des pays, l'évaluation des impacts de différentes politiques et le recensement des débouchés offerts par les marchés partenaires. L'Organisation mondiale du commerce, reconnaissant le rôle croissant du secteur des services, a conclu en 1995 l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) et ce secteur est depuis mieux pris en compte dans les réflexions sur le commerce international. Dans le cadre de l'AGCS, les pays doivent respecter les obligations générales applicables dans tous les secteurs des services de l'ensemble des membres de l'OMC, et choisir le secteur de service et le mode de fourniture qu'ils souhaitent ouvrir aux échanges. L'AGCS a été un moteur important du développement de statistiques sur la fourniture internationale de services³⁰ et a influencé la mise en place d'une typologie des quatre modes d'échange des services. La fourniture de services de santé peut s'inscrire dans chacun des quatre modes d'échange de l'AGCS bien que ceux-ci ne se prêtent pas tous à la mesure des échanges dans le cadre du système des comptes de la santé.

167. À ce jour, les membres de l'OMC ont pris des engagements assez limités en matière de services de santé (Mattoo, A. *et al.*, 2007). Les services représentent toutefois une part importante des négociations multilatérales en cours et on peut s'attendre à une libéralisation plus poussée à l'avenir.

168. On trouvera ci-après une description des quatre modes de fourniture de l'AGCS sous l'angle particulier des services de santé. L'AGCS établit également une liste de secteurs et de sous-secteurs qui est toutefois davantage adaptée aux besoins des négociations commerciales qu'à ceux des études statistiques. Cette classification, désignée GNS/W/120, comprend 12 rubriques principales, dont l'une s'intitule « services de santé et services sociaux ».

Mode 1 : fourniture transfrontières

169. Le mode 1, à savoir la fourniture transfrontières, s'entend des flux de services « en provenance du territoire d'un Membre et à destination du territoire d'un autre Membre ». Ce mode de fourniture se compare aux échanges de biens dans le cadre desquels le produit est livré à l'étranger sans que le consommateur et le fournisseur ne quittent leur territoire respectif.

170. Dans le domaine des services de santé, le mode 1 peut prendre différentes formes : les services de télésanté³¹, mode de fourniture le plus courant, couvrent la communication d'un diagnostic médical par un médecin à un patient par courriel, par Internet ou par téléphone. Mentionnons également le télédiagnostic, la télépathologie, la téléradiologie la télépsychiatrie ainsi que les soins préventifs et curatifs. Le service peut être dispensé en temps réel (par exemple, par vidéoconférence) ou en mode asynchrone, ce qui

³⁰. La fourniture de services de santé par des organismes publics comme les services de santé nationaux est comprise dans l'optique du SCS et du SCN en matière de commerce des services de santé mais n'est pas couverte par l'AGCS.

³¹. De nombreux autres termes sont utilisés, par exemple télémédecine, e-médecine et e-santé.

signifie que l'analyse est effectuée en différé. Aux États-Unis, les hôpitaux envoient des images radiologiques par voie électronique en Inde, où elles sont analysées par des radiologues (Pollack, 2003). Les comptes de la santé couvrent également la prestation d'assurance-maladie par des entités non résidentes.

171. En plus de la fourniture de services de santé par voie électronique, le mode 1 englobe l'envoi par les services postaux classiques d'échantillons de laboratoire et de documents diagnostics et de consultations cliniques.

Mode 2 : consommation à l'étranger

172. Dans le mode 2, le service concerne « les situations dans lesquelles un consommateur de services ou ses biens passent sur le territoire d'un autre Membre pour obtenir un service ».

173. En principe, tous les services de santé pourraient être achetés à l'étranger ; il existe toutefois des contraintes pratiques liées à la non-portabilité de l'assurance-maladie ou à la capacité du pays prestataire. À ce jour, la partie la plus importante et la plus facilement identifiable du commerce de services de santé correspond à la situation où les patients se rendent à l'étranger pour y recevoir un traitement médical. Ce phénomène est souvent désigné « tourisme médical ou de santé », ce qui évoque à la fois l'idée de santé, de bien-être et d'activités de loisirs. Il arrive que ce soit précisément l'objectif recherché, les arguments de marketing des services en question faisant valoir la possibilité de conjuguer la visite et la découverte d'un pays avec l'obtention de soins de qualité. Le plus souvent, cette catégorie de tourisme s'entend toutefois du fait de voyager spécifiquement, et souvent exclusivement, pour des raisons de santé et on peut dans ce cas parler à plus juste titre de « voyage pour raisons de santé ou médicales » ou encore de « mobilité des patients ». Il se peut aussi que des touristes ou des personnes qui voyagent à titre professionnel tombent malades ou aient un accident et doivent alors obtenir des soins médicaux dans le pays hôte.

174. Les traitements médicaux dispensés à des non-résidents à l'étranger se répartissent en général comme suit :

- i. Les traitements spécialisés ou de pointe non disponibles dans le pays d'origine sont habituellement dispensés à des patients aisés de pays en développement qui se rendent dans des hôpitaux de pays industrialisés ou de pays en développement voisins ayant des normes de santé plus élevées ;
- ii. Les traitements qui comportent un avantage de prix ou de qualité par rapport au pays d'origine sont en général dispensés à des patients de pays industrialisés qui se rendent dans des pays moins développés pour bénéficier de traitements de qualité élevée ou de médicaments ou traitements alternatifs dans des pays moins développés.

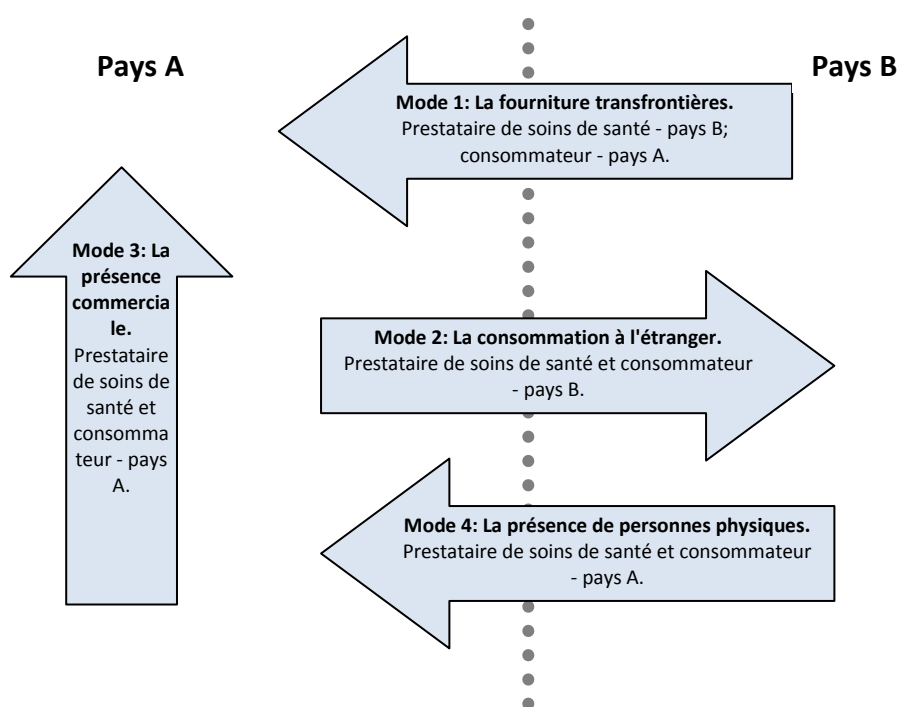
Mode 3 : présence commerciale

175. Le mode 3, la présence commerciale, « suppose qu'un fournisseur de services d'un Membre établisse sa présence commerciale sur le territoire d'un autre Membre ». L'AGCS reconnaît qu'il est souvent nécessaire que les fournisseurs de services établissent une présence commerciale à l'étranger pour assurer un contact plus étroit avec le consommateur aux diverses étapes de la production, de la distribution du marketing, de la vente et de la livraison ainsi que pour les besoins du service après-vente. La présence commerciale sur un marché à l'étranger couvre non seulement les personnes morales au strict sens juridique du terme, mais aussi les entités juridiques qui possèdent certaines caractéristiques de ces dernières, comme les succursales et bureaux de représentation. On pourrait penser, s'agissant des services de santé, aux services médicaux fournis par un hôpital sous contrôle étranger.

176. La présence commerciale d'un prestataire de soins de santé étranger, par le biais par exemple d'un investissement, de succursales ou de sociétés affiliées, relève du mode 3. Elle correspond principalement aux activités commerciales des sociétés affiliées sous contrôle étranger. Dans les pays industrialisés et dans certains pays en développement, les sociétés prestataires de soins de santé participent de plus en plus à des coentreprises et à des alliances, ce qui aboutit à la création de plusieurs réseaux et chaînes de soins de santé régionaux.

177. Notons que dans le cadre du SCS (et des statistiques de la balance des paiements), la présence commerciale n'est *pas* assimilée au commerce³². Un pays peut toutefois avoir un intérêt pratique à contrôler séparément l'ampleur des services fournis par des prestataires de soins de santé étrangers sur son territoire.

Graphique A1.1. Les quatre modes de fourniture de soins de santé – AGCS



Mode 4 : présence temporaire de personnes physiques

178. Le mode 4 de fourniture, qui renvoie à la présence de personnes physiques, intervient lorsqu'une personne est présente temporairement sur le territoire d'un pays autre que le sien pour fournir un service commercial. Selon l'AGCS, « la présence de personnes physiques concerne les personnes d'un Membre qui entrent sur le territoire d'un autre Membre pour y fournir un service ». Le mode 4 est habituellement réputé couvrir :

- Les prestataires de services contractuels, par les salariés d'un fournisseur de services étranger ou par un travailleur indépendant ;

³². Le SCS n'applique pas de critère fondé sur la participation étrangère pour définir le statut de résidence des prestataires de soins de santé. Les prestataires de soins de santé résidents sous contrôle étranger sont donc classés dans la catégorie appropriée de prestataire d'origine nationale et les biens et les services de santé consommés sont traités en conséquence.

- Le personnel détaché d'une société et les salariés étrangers recrutés directement par des sociétés implantées à l'étranger ;
- Les vendeurs de services qui se rendent dans le pays hôte pour établir des relations contractuelles au titre d'un contrat de service ou les personnes chargées d'instaurer une présence commerciale.

179. Il est parfois difficile de faire la distinction entre les prestataires de services qui satisfont aux critères attachés au mode 4 de fourniture et ceux qui n'y satisfont pas. Soulignons toutefois que du point de vue de la santé publique, il est très important de rassembler des informations sur les déplacements des professionnels de la santé dans le cadre du mode 4 et hors de ce dernier.

180. Dans le domaine de la santé, mentionnons par exemple les déplacements effectués entre deux pays par des infirmières, des médecins, du personnel paramédical, des sages-femmes et d'autres professionnels pour fournir des services de santé. Les flux à court terme ont été motivés principalement par des stratégies délibérées visant à favoriser les exportations de services de santé afin d'attirer des devises et d'encourager la coopération entre les pouvoirs publics.

Balance des paiements et comptes nationaux

181. La balance des paiements est un document statistique qui dresse un rapport sur les transactions économiques d'un pays avec le reste du monde. De manière générale, les transactions portant sur les biens, les services et les revenus sont classées dans le compte de transactions courantes et les flux financiers, dans le compte de capital et financier. Les services se subdivisent en 12 grandes catégories. Le Système des comptes nationaux de 2008 et la sixième édition du Manuel de la balance des paiements (MBP6) ont un cadre conceptuel commun.

Manuel des statistiques du commerce international des services (MSCIS)

182. Le *Manuel des statistiques du commerce international des services* (Nations Unies, 2010) est structuré d'après les exigences de l'AGCS et les concepts fondamentaux du Système de comptabilité nationale (SCN 2008) et du Manuel de la balance des paiements (MBP6). Le MSCIS formule des recommandations relatives à la mesure du commerce international des services et établit donc un lien clair avec la mesure du commerce des services dans le cadre du système des comptes de la santé. Le MSCIS définit une classification élargie des services de la balance des paiements (EBOPS 2010) qui est plus détaillée que la classification des services de la sixième édition du Manuel de la balance des paiements et présente des tables de correspondance avec les classifications types par produits et industries³³. La couverture du MSCIS dépasse la couverture requise par le Système des comptes de la santé puisqu'elle permet d'identifier séparément les services fournis par des entreprises implantées dans un pays donné mais sous contrôle étranger. Ces transactions sont couvertes par les statistiques sur les activités des filiales étrangères (FATS). Ces informations pourraient être utiles aux autorités et aux décideurs, mais les tableaux supplémentaires sur le commerce du SCS ne font pas une telle distinction entre les prestataires de services de santé.

³³. Le MSCIS contient des tables de correspondance entre la classification EBOPS, la CCP, version 2 et la liste GNS/W/120 (classification sectorielle des services établie par le Secrétariat du GATT et sert de base aux négociations commerciales plutôt qu'à la classification statistique).

183. La classification élargie des services de la balance des paiements (EBOPS 2010) (tableau A7.1), distingue deux catégories de services de santé assimilables aux soins de santé personnels³⁴, en fonction du mode de fourniture :

- 4.2.1. Voyages liés à la santé (correspondent au mode 2 de l'AGCS) ;
- 11.2.1. Services de santé (correspondent au mode 1 ou à une partie du mode 4).

Voyages liés à la santé

184. Pour la plupart des pays, la plus importante des deux catégories est celle des « voyages liés à la santé » ; par définition, la majorité des soins de santé nécessitent la présence dans un même lieu du patient et du prestataire de soins de santé, et, partant, le déplacement de l'une ou l'autre de ces personnes. C'est alors le déplacement du patient à l'étranger qui est couvert par la rubrique Voyages (EBOPS 4). Les services dispensés dans le cadre du déplacement temporaire d'un non-résident à l'étranger figureraient dans la rubrique « services de santé » .

185. Dans le MSCIS et la sixième édition du Manuel de la balance des paiements (MBP6), le concept de voyages diffère de la plupart des autres rubriques relatives aux services parce qu'il ne renvoie à aucun produit spécifique. Les voyages se définissent comme les « biens et services acquis dans un pays pour leur propre compte ou pour les céder à d'autres personnes, par des non-résidents au cours de leur séjour dans ce pays ». Les voyages couvrent les séjours de toute durée, pour autant qu'il n'y ait pas « changement de résidence » (la durée maximale du séjour étant fixée à un an). Toutefois, contrairement aux statistiques du tourisme (voir la partie suivante), ce concept couvre aussi les séjours de moins d'un an effectués par des étudiants et des patients ainsi que la consommation des travailleurs saisonniers, frontaliers et de courte durée. Il importe également de constater que dans l'optique des comptes de la santé, les paiements effectués par des tiers payeurs sont inclus (il peut s'agir par exemple du règlement ou du remboursement des frais de santé par les administrations publiques ou les assureurs et, en principe, de l'imputation des transferts sociaux en nature comme les dépenses de consommation publiques ou les services de santé non marchands.

186. Les voyages se subdivisent en *voyages à titre professionnel* et en *voyages à titre personnel*. Les *voyages à titre professionnel* couvrent tous les biens et services acquis par des personnes ayant voyagé principalement pour affaires. Sont concernés les salariés et travailleurs indépendants qui voyagent à titre professionnel mais aussi les travailleurs frontaliers, saisonniers et de courte durée. Par conséquent, tous les postes de dépenses, y compris en biens et services de santé de toute nature, seraient englobés. Par ailleurs, les *voyages à titre personnel* couvrent les biens et les services acquis par des personnes qui se rendent à l'étranger pour des raisons autres que professionnelle. Le MSCIS 2010 recommande d'ajouter aux voyages à titre personnel trois nouvelles subdivisions, dont l'une s'intitule *Voyages liés à la santé*. Cette rubrique permet en effet de mesurer la consommation de la totalité des biens et services (c'est-à-dire la nourriture, le transport, l'hébergement, etc.) – et non seulement des services de santé – des personnes ayant voyagé principalement pour des raisons de santé ou médicales.

187. Une autre ventilation des *Voyages* par produit est toutefois également recommandée pour assurer une correspondance plus étroite avec les exigences des comptes de la santé. Elle consiste à distinguer entre les transports, l'hébergement sur place et les autres services liés aux voyages, lesquels comprendraient les services de santé. Cette ventilation engloberait la consommation des services de santé acquis par les

³⁴. Les biens médicaux consommés à l'étranger sont considérés comme faisant partie des services et notifiés dans la rubrique *Voyages* du MSCIS.

résidents à l'étranger, indépendamment du but principal du voyage. Notons toutefois que l'achat de biens médicaux par des voyageurs ne serait pas compris dans cette catégorie.

Services de santé

188. Les *services de santé* entrent dans la catégorie de premier niveau « autres services personnels, culturels et relatifs aux loisirs » de la classification EBOPS et correspondent au groupe 931 (classe 9321, services de santé résidentiels autres qu'hospitaliers) de la CCP, version 2 qui couvre les services de santé fournis à des personnes par des hôpitaux, des médecins, des infirmières et du personnel paramédical et assimilé, ainsi que les services de laboratoire et services assimilés, qu'ils soient fournis à distance (par le biais de la télémédecine ou du télédiagnostic) ou sur place. Ils englobent les services de diagnostic et d'imagerie, les services pharmaceutiques, radiologiques et de réadaptation. Ces services relèvent de la prestation transfrontières de services de santé (mode 1) mais impliquent également la présence sur le territoire d'un prestataire de soins de santé non résident (mode 4). Notons que contrairement aux services de santé de la catégorie voyages, les services de santé peuvent comprendre, en plus des services fournis directement à un patient, les services entre prestataires (services de diagnostic fournis par un laboratoire situé dans un pays donné à un laboratoire ou à un hôpital situé dans un autre pays). Cette distinction importante est examinée plus en détail dans la partie consacré aux emplois intermédiaires et finals.

189. Les services de santé fournis ou reçus par les administrations publiques doivent aussi figurer dans les services de santé. Dans la pratique, il n'est parfois pas possible d'identifier séparément certains services, qui sont alors classés dans les biens et services fournis ou reçus par les administrations publiques n. c. a. Tel peut être le cas des services de santé fournis au personnel d'ambassade et aux membres des forces armées en poste à l'étranger.

190. Le MSCIS 2010 fait également des propositions concernant le regroupement de renseignements complémentaires dans la classification EBOPS 2010, notamment dans la rubrique C.8 Total – services de santé. Cette rubrique réunit deux composantes :

- *Services de santé* (ventilation par produit des voyages, autres services) ; et
- *Services de santé* (rubrique autres services personnels, culturels et relatifs aux loisirs).

191. La notification de ces informations complémentaires représente un substitut proche des données demandées sur le commerce des services de santé dans le cadre du SCS. Des postes et des corrections supplémentaires liés à la délimitation des comptes de la santé seraient en principe toujours nécessaires.

Tableau A1.1. Services de soins de santé - classification EBOPS 2010

4	Travel	4.1	Business		
			Acquisition of goods and services by border and seasonal workers		
			Other		
		4.2	Personal	4.2.1	Health-related
				4.2.2	Education-related
				4.2.3	Other
11	Personal, cultural and recreational services	11.1	Audiovisual and related services		
		11.2	Other personal, cultural and recreational services	11.2.1	Health services
				11.2.2	Education services
				11.2.3	Other

Alternative EBOPS groupings

8 Health services = health services in travel + health services in personal, cultural and recreational services

Autres catégories pertinentes de la classification élargie de la balance des paiements (EBOPS)

192. Pour couvrir la totalité des soins de santé conformément à la délimitation des comptes de la santé, il faut également se reporter à d'autres catégories de la classification EBOPS, comme les services aux entreprises, les autres services personnels et les services d'assurance. La classification (et les sources de données) EBOPS n'est bien sûr pas suffisamment détaillée pour fournir des informations détaillées sur les dépenses de santé.

193. Dans le cas de l'assurance, l'assurance accident et l'assurance maladie fournies et reçues par les non-résidents ne peuvent pas être identifiées séparément d'une grande sous-catégorie *Autres assurances directes*. En principe, la rémunération des services par les titulaires de police résidents auprès des assureurs non résidents (et vice versa) devrait être prise en compte en estimant les dépenses de santé (en tant que composante de la rubrique HC.7 Gouvernance et administration du système de santé et du financement).

194. De même, le recours de plus en plus répandu à l'externalisation à l'étranger dans des domaines comme la gestion, la planification et l'administration du système de santé (ou la recherche-développement) ne justifie pas un classement explicite dans la catégorie *Services aux entreprises*.

195. Enfin, la délimitation des dépenses de santé dans le cadre du SCS signifie que certains domaines de soins individuels liés à certaines parties des services de soins aux personnes âgées et aux handicapés se situent hors du champ délimité des services de santé dans le cadre de la classification EBOPS et relèvent plutôt des *Autres services personnels, culturels et relatifs aux loisirs n. c. a.*

Statistiques du tourisme et Compte satellite du tourisme (CST³⁵)

196. Les définitions du SCS se rapportant au commerce de biens et de services de santé et les concepts adoptés pour l'établissement du compte satellite du tourisme présentent de nombreuses similitudes qui peuvent se révéler utiles pour déterminer certaines sources de données pertinentes. Premièrement, le tourisme est principalement un phénomène situé du côté de la demande qui renvoie aux activités des visiteurs et à leur rôle dans l'acquisition de biens et de services, y compris de biens et de services de santé, dans une foule de secteurs. À la différence de la perception que l'on en a habituellement, le tourisme, selon sa définition à des fins statistiques, englobe (sous réserve de certaines conditions expliquées ci-dessous) les voyages à des fins de vacances, de loisirs et de récréation, mais aussi les voyages pour des raisons professionnelles, éducatives et de santé. Cependant, si l'objet d'un voyage est l'emploi ou la perception d'un revenu, il n'est pas considéré comme touristique et la personne n'est pas considérée comme un visiteur. Les dépenses de santé des travailleurs saisonniers et frontaliers seraient donc exclues du compte satellite du tourisme.

³⁵. Afin de fournir des données comparables au plan international sur les différents aspects du tourisme, l'Organisation mondiale du tourisme (OMT) a mis au point un ensemble de concepts, de définitions et de classifications de base. Les Recommandations internationales pour les statistiques du tourisme (RIST, 2008) établissent une harmonisation avec d'autres statistiques économiques. L'élaboration du compte satellite du tourisme suppose une analyse détaillée de tous les aspects de la demande de biens et de services associés au tourisme. Le Compte satellite du tourisme : recommandations concernant le cadre conceptuel 2008 (TSA: RMF 2008) présente une correspondance entre les statistiques du tourisme et les tableaux types du SCN 2008.

197. Les concepts de territoire économique et de résidence sont définis comme dans la Balance des paiements. Les statistiques du tourisme font en outre une distinction supplémentaire entre « pays de résidence » et citoyenneté ou nationalité. La nationalité ou la citoyenneté relèvent du pays qui délivre le passeport ou la carte d'identité ; une personne peut être résidente d'un pays mais être citoyenne d'un autre pays – ou, de fait, détenir la double nationalité dans certains cas. Cette distinction peut se révéler utile dans le calcul des services de santé fournis ou reçus à l'étranger étant donné qu'une grande partie du trafic transfrontières est le fait de personnes qui retournent dans leur pays d'origine, dont ils détiennent toujours la nationalité, pour y bénéficier d'un traitement. En outre, les statistiques sur les voyageurs recueillies aux frontières ne renseignent parfois que sur la nationalité (celle qui figure sur le passeport) et non sur le pays de résidence. Pour les besoins des statistiques du tourisme et des comptes de la santé, le classement des personnes est fondé sur le pays de résidence.

198. Les Recommandations internationales pour les statistiques du tourisme (2008) distinguent clairement entre le voyage et les voyageurs au sens de la balance des paiements et entre le « tourisme » et les « visiteurs » – ces derniers termes étant des sous-catégories des premiers. Cette distinction s'appuie sur un concept fondamental des statistiques du tourisme, l'« environnement habituel ». Ce concept est introduit afin d'exclure des visiteurs les voyageurs qui se déplacent régulièrement entre leur lieu de résidence habituel et leur lieu de travail ou d'étude ou qui visitent souvent certains lieux dans le cadre de leur vie courante, par exemple à des fins médicales.

199. En ce qui concerne le pays de référence, on distingue les trois formes fondamentales du tourisme :

- Le tourisme interne³⁶ comprend les activités des résidents d'un pays de référence dans le cadre d'un voyage de tourisme interne ou d'un voyage de tourisme émetteur ;
- Le tourisme récepteur s'entend des activités d'un visiteur non résident dans le pays de référence dans le cadre d'un voyage touristique dans ce pays ;
- Le tourisme émetteur englobe les activités des résidents hors d'un pays de référence, que ce soit dans le cadre d'un voyage de tourisme émetteur ou d'un voyage de tourisme récepteur.

200. Bien que les visiteurs soient ensuite répartis en résidents et non-résidents pour les besoins des statistiques du tourisme interne et du tourisme récepteur, les visiteurs non résidents sont une catégorie distincte des non-résidents à l'étranger. Par exemple les travailleurs frontaliers qui vivent en Belgique et se rendent régulièrement en France seraient exclus des visiteurs et toutes leurs dépenses en biens et services de santé faites en France seraient exclues des chiffres de la consommation touristique réceptrice en France. Il existe d'autres différences relatives au champ couvert par les visiteurs dans les statistiques du tourisme et par les non-résidents dans les comptes de la santé. Par exemple les réfugiés, les étudiants et les patients de longue durée (qui séjournent plus d'un an dans le pays) sont également exclus de la catégorie des visiteurs.

201. La principale priorité du CST est de fournir des informations sur le tourisme intérieur, c'est-à-dire de mesurer la consommation des touristes résidents et non résidents. Les statisticiens du CST accordent moins d'importance à la consommation des résidents à l'étranger étant donné qu'elle n'a pas d'incidence directe sur l'économie de référence. Par conséquent, du point de vue des comptes de la santé, les informations du CST concernant le tourisme récepteur peuvent se révéler très utiles pour identifier la

³⁶ . Notons les différentes utilisations du terme « interne » : dans les statistiques du tourisme, ce terme renvoie aux activités des résidents *dans leur pays de résidence*, tandis que dans les comptes nationaux et les comptes de la santé, il renvoie aux activités des résidents, *indépendamment* du lieu. Dans les statistiques du tourisme, « interne » correspond au tourisme national.

consommation (les exportations) de services de santé par des non-résidents. Les flux de visiteurs – en termes non monétaires – peuvent être ventilés entre les visiteurs et les autres voyageurs qui se rendent dans le pays pour des raisons autres que touristiques. La classification type du voyage de tourisme en fonction de l'objet principal comprend les soins médicaux.

202. En plus de la mesure classique des caractéristiques et activités des visiteurs à l'aide de données non monétaires, les Recommandations internationales pour les statistiques du tourisme (2008) font également état de la mesure des dépenses touristiques définies comme le « montant payé pour l'acquisition de biens et services de consommation, ainsi que d'objets de valeur, à usage privé ou pour offrir, pour et durant les voyages touristiques. Elles incluent les dépenses effectuées par les visiteurs eux-mêmes ainsi que les dépenses acquittées ou remboursées par d'autres ». La mesure élargie de la consommation du tourisme est un concept du CST qui inclut davantage d'éléments puisqu'il comprend les « services associés à l'hébergement de vacances pour compte propre, les transferts sociaux du tourisme en nature et les autres dépenses de consommation imputées ». Cette distinction peut se révéler utile pour l'établissement des statistiques de la santé, étant donné qu'elle inclut en principe les dépenses de consommation des pouvoirs publics dans chacun des services et produits non marchands comprenant des services sociaux et de santé dont on peut penser qu'ils bénéficient aux visiteurs (transferts sociaux en nature).

203. Le Compte satellite du tourisme a une structure par produits (il utilise la nomenclature internationalement approuvée des produits CCP, version 2) – c'est-à-dire en fonction des biens et services consommés par les visiteurs. Cependant, comme cette ventilation est fondée principalement sur les informations fournies par les visiteurs, les données recueillies sur ces dépenses sont habituellement classées en fonction de l'objet de la visite – à l'aide de la classification des fonctions de consommation des ménages (COICOP). Il faut donc adapter les données fondées sur la COICOP – classification fonctionnelle – à la classification CCP – une classification par produits – pour lesquelles on peut établir une concordance avec les produits (CCP) et les activités (CITI). Les produits touristiques sont d'abord classés par grandes catégories : produits de consommation/produits ne relevant pas de la consommation. Les produits de consommation sont ensuite subdivisés en produits caractéristiques du tourisme (caractérisés par le fait que les dépenses touristiques affectées à ces produits représentent une part importante du total des dépenses touristiques et/ou une part importante de l'offre de ces produits dans l'économie) et en autres produits de consommation. Les produits caractéristiques du tourisme sont ensuite subdivisés en produits caractéristiques pouvant faire l'objet de comparaisons internationales, qui se présentent sous la forme d'une liste type de produits définis selon la classification CCP version 2, par exemple les services d'hébergement, les produits alimentaires et les boissons, et le transport. L'autre sous-catégorie renvoie aux produits caractéristiques du tourisme d'un pays donné, ce qui permet à certains pays d'inclure des produits qui peuvent avoir une signification particulière pour eux mais limitée ailleurs. C'est le cas des pays qui estiment que la promotion du tourisme lié à la santé ou du tourisme médical est un domaine important. C'est pourquoi les questions spécifiques concernant la santé dans les enquêtes menées auprès des touristes ou les enquêtes particulières auprès des prestataires de soins de santé peuvent constituer des sources importantes d'information³⁷.

204. Notons que la catégorie particulière « soins de santé » est très étroitement liée à l'objet principal du voyage et que l'acquisition non prévue de produits de santé et de services de santé occasionnels peut dans un premier temps être classée dans les produits de consommation non liés au tourisme.

205. D'autres tableaux du CST présentent des données sur la façon dont la demande touristique liée à la santé est satisfaite par l'offre intérieure et les importations et sur le lien qui peut être fait avec les informations non monétaires sur le tourisme.

³⁷. Par exemple, le Compte satellite du tourisme de la Suisse inclut explicitement la santé en tant que domaine connexe au tourisme (Office fédéral de la statistique, 2008).

ANNEX 2. QUESTIONNAIRE SUR LES MODALITÉS COURANTES ET FUTURES DE NOTIFICATION DES IMPORTATIONS ET EXPORTATIONS DE BIENS ET DE SERVICES DE SANTÉ (EN ANGLAIS)

OECD Questionnaire on Trade in Health Goods and Services under SHA

Health expenditure according to the System of Health Accounts should include all final consumption by residents both in the economic territory and abroad. This means the explicit inclusion of imports (health care goods and services provided by non-resident units) and the exclusion of exports (those goods and services provided to non-residents by resident providers) in order to correctly determine total health spending.

Past experience from international health accounts data collections has shown that the consideration of exports and imports of health goods and services in the estimation of overall health spending has been generally weak and is an area which was not covered sufficiently in the first SHA manual.

This questionnaire aims to collect information on the level of international trade in health care goods and services that is currently available in your country within the context of the ongoing OECD project "Improving estimates of exports and imports of health services and goods under the SHA Framework".

This file **contains five worksheets**: 1 Information; 2 Imports Questionnaire; 3 Imports Data; 4 Exports Questionnaire; 5 Exports Data

IMPORTS QUESTIONNAIRE contains a short questionnaire designed to collect information on current and prospective treatment of health care goods and services provided to residents by non-resident providers. In the worksheet - **IMPORTS DATA** - countries are invited to report any currently available data according to the proposed cross-classification of healthcare functions, financing schemes and mode of supply.

EXPORTS QUESTIONNAIRE contains a short questionnaire designed to collect information on current and prospective treatment of health care goods and services provided to non-residents by resident providers - noting that under current reporting requirements such exports are not explicitly recorded. In the worksheet - **EXPORTS DATA** - countries are invited to report any currently available data according to the proposed cross-classification of healthcare functions, providers and mode of supply.

Please also refer to Chapter 12: Trade in Health Goods and Services in the latest SHA 2.0 Draft for guidance on definitions, boundaries and sources of information when completing the questionnaire.

[Link to latest SHA 2.0 Draft](#)

Imports of health goods and services questionnaire

Country: _____

1. In your latest submission of health expenditure data to the OECD, did you include any estimation for health goods and services provided by 'Rest of the world' (ROW) providers (i.e HP.9)?

2. If NO, what were the reasons why no estimates were included?

- No appropriate data sources have been identified
- The measurement of imports is not a priority
- The level of imports is seen as negligible
- Different concept of health spending (i.e. excludes imports)
- Other reason (please specify)

3. Do you have the intention to include the measurement of imports in the near future (1-2 years)?

4. If YES, what are the main sources that are used?

- Reported trade statistics (e.g. Balance of payments statistics)
- Public health insurance records
- Government administrative sources (e.g. liaison offices)
- Private health insurance sources
- Household surveys
- Tourist or border surveys
- Other country statistics (mirror statistics)
- Other (please specify)

5. Do the current estimates of imports for your country conform with the SHA concepts of:

- If **not** please give further details
- Residency
 - Boundaries
 - Other (please specify)

6. Imports of which functions of health care are currently reported (even partially) and what do you consider the likelihood of reporting in the coming 1-2 years?

	Now	Next 1-2 years
In-patient care	<input type="button" value="Yes/No"/>	<input type="button" value="Yes/No"/>
Out-patient care	<input type="button" value="Yes/No"/>	<input type="button" value="Yes/No"/>
Dental care	<input type="button" value="Yes/No"/>	<input type="button" value="Yes/No"/>
Medical goods (incl. pharmaceuticals)	<input type="button" value="Yes/No"/>	<input type="button" value="Yes/No"/>
Preventive care	<input type="button" value="Yes/No"/>	<input type="button" value="Yes/No"/>
Admin and insurance	<input type="button" value="Yes/No"/>	<input type="button" value="Yes/No"/>
Other (please specify)	<input type="button" value="Yes/No"/>	<input type="button" value="Yes/No"/>

7. What information on imports is currently available (even partially) by financing scheme (HF), and what do you consider the likelihood of reporting in the coming 1-2 years?

	Now	Next 1-2 years
General government	<input type="button" value="Yes/No"/>	<input type="button" value="Yes/No"/>
Social security funds	<input type="button" value="Yes/No"/>	<input type="button" value="Yes/No"/>
Private insurance	<input type="button" value="Yes/No"/>	<input type="button" value="Yes/No"/>
Households' out of pocket	<input type="button" value="Yes/No"/>	<input type="button" value="Yes/No"/>
ROW	<input type="button" value="Yes/No"/>	<input type="button" value="Yes/No"/>
Other (please specify)	<input type="button" value="Yes/No"/>	<input type="button" value="Yes/No"/>

8. The supplementary imports table in the revised SHA manual proposes a cross-classification of the main functions (HC) by financing schemes (HF). Please provide an indication regarding the feasibility of completing the following:

	Feasibility	Comments
In-patient care by HF	<input type="button" value="Yes/No"/>	_____
Out-patient care by HF	<input type="button" value="Yes/No"/>	_____
Dental care by HF	<input type="button" value="Yes/No"/>	_____
Medical goods by HF	<input type="button" value="Yes/No"/>	_____
Preventive care by HF	<input type="button" value="Yes/No"/>	_____
Governance, management etc by HF	<input type="button" value="Yes/No"/>	_____
Other by HF (please specify)	<input type="button" value="Yes/No"/>	_____

* Where the option "limited" would suggest reporting according to a single financing scheme at the second digit level (e.g. HF.1.2), while "comprehensive" would suggest at least two financing schemes.

9. The supplementary imports table also allows for cross-classifying imported health care goods and services by mode of supply (MoS) (see SHA 2.0 draft paras. 902-917). Please provide an indication regarding the feasibility of completing the following:

	Feasibility	Comments
In-patient care by MoS	<input type="button" value="Yes/No"/>	_____
Out-patient care by MoS	<input type="button" value="Yes/No"/>	_____
Dental care by MoS	<input type="button" value="Yes/No"/>	_____
Medical goods by MoS	<input type="button" value="Yes/No"/>	_____
Preventive care by MoS	<input type="button" value="Yes/No"/>	_____
Governance, management etc by MoS	<input type="button" value="Yes/No"/>	_____
Other by MoS (please specify)	<input type="button" value="Yes/No"/>	_____

10. The tables also include a number of memorandum items. Please provide an indication regarding the feasibility of completing the following:

	Feasibility	Comments
Traditional, Complementary and Alternative medicines (TCAM)	<input type="button" value="Yes/No"/>	_____
Spa and well-being services (non-health) (see SHA 2.0 draft Para. 1009)	<input type="button" value="Yes/No"/>	_____
Cosmetic surgery (non-health)	<input type="button" value="Yes/No"/>	_____
Non-health travel-related services (see SHA 2.0 draft Para. 1010)	<input type="button" value="Yes/No"/>	_____

11. Do you think it might be possible to produce tables according to trading partners or regions (e.g. in the case of EU countries, separating intra-EU and extra-EU trade)?

12. You are requested to use the **IMPORTS DATA** worksheet to provide us with the most recent data on imports that you currently have available. Please complete the cells for which you have information. For example if you currently only have information on imported in-patient services financed through governmental cells for work schemes, please complete just this cell.

13. Do you have any suggestions to improve the imports data table?

If YES, please provide details: _____

Exports of health goods and services questionnaire

Country: _____

1. In your latest submission of health expenditure data to the OECD, were you able to exclude estimates of exports for health goods and services (those goods and services provided to non-residents by resident providers)?

2. If NO, what are the reasons why estimates were not excluded?

	Yes/No	Comments
Too difficult to exclude exports	<input type="button" value="Yes/No"/>	_____
Data sources do not distinguish between residency status	<input type="button" value="Yes/No"/>	_____
The level of exports is seen as negligible	<input type="button" value="Yes/No"/>	_____
The measurement of exports is not a priority	<input type="button" value="Yes/No"/>	_____
Different concept of health spending (i.e. provider based)	<input type="button" value="Yes/No"/>	_____
Other reason (please specify)	<input type="button" value="Yes/No"/>	_____

3. Do you have the intention to exclude the measurement of exports in the near future (1-2 years)?

4. If YES, what are the main sources that you use ?

Reported trade statistics (e.g. Balance of payments statistics)	<input type="button" value="Yes/No"/>
Enterprise/business surveys	<input type="button" value="Yes/No"/>
Government administrative sources (e.g. liaison offices)	<input type="button" value="Yes/No"/>
Tourist or border surveys	<input type="button" value="Yes/No"/>
Public/Private insurance records	<input type="button" value="Yes/No"/>
Other country statistics (mirror statistics)	<input type="button" value="Yes/No"/>
Other (please specify)	<input type="button" value="Yes/No"/>

5. Which functions of healthcare do you currently have data available (even partially) and what do you consider the likelihood of reporting in the coming 1-2 years?

	Now	Next 1-2 years
In-patient care	<input type="button" value="Yes/No"/>	<input type="button" value="Yes/No"/>
Out-patient care	<input type="button" value="Yes/No"/>	<input type="button" value="Yes/No"/>
Dental care	<input type="button" value="Yes/No"/>	<input type="button" value="Yes/No"/>
Medical goods (incl. pharmaceuticals)	<input type="button" value="Yes/No"/>	<input type="button" value="Yes/No"/>
Preventive care	<input type="button" value="Yes/No"/>	<input type="button" value="Yes/No"/>
Admin and insurance	<input type="button" value="Yes/No"/>	<input type="button" value="Yes/No"/>
Other (please specify)	<input type="button" value="Yes/No"/>	<input type="button" value="Yes/No"/>

6. What information on exports is currently available (even partially) by HP, and what do you consider the likelihood of reporting in the coming 1-2 years?

	Now	Next 1-2 years
Hospitals	<input type="button" value="Yes/No"/>	<input type="button" value="Yes/No"/>
Nursing health care facilities	<input type="button" value="Yes/No"/>	<input type="button" value="Yes/No"/>
Providers of ambulatory health care	<input type="button" value="Yes/No"/>	<input type="button" value="Yes/No"/>
Other (please specify)	<input type="button" value="Yes/No"/>	<input type="button" value="Yes/No"/>

7. The supplementary exports table in the revised SHA manual proposes a cross-classification of main functions (HC) by providers (HP). Please provide an indication regarding the feasibility of completing the following:

	Feasibility	Comments
In-patient care by HP	<input type="button" value="Yes/No"/>	_____
Out-patient care by HP	<input type="button" value="Yes/No"/>	_____
Dental care by HP	<input type="button" value="Yes/No"/>	_____
Medical goods by HP	<input type="button" value="Yes/No"/>	_____
Preventive care by HP	<input type="button" value="Yes/No"/>	_____
Governance, management etc by HP	<input type="button" value="Yes/No"/>	_____
Other by HP (please specify)	<input type="button" value="Yes/No"/>	_____

8. The supplementary exports table also allows for cross-classifying exported health care goods and services by mode of supply (MoS) (see SHA 2.0 draft paras. 902-917)

Please provide an indication regarding the feasibility of completing the following:

	Feasibility	Comments
In-patient care by MoS	<input type="button" value="Yes/No"/>	_____
Out-patient care by MoS	<input type="button" value="Yes/No"/>	_____
Dental care by MoS	<input type="button" value="Yes/No"/>	_____
Medical goods by MoS	<input type="button" value="Yes/No"/>	_____
Preventive care by MoS	<input type="button" value="Yes/No"/>	_____
Governance, management etc by MoS	<input type="button" value="Yes/No"/>	_____
Other by MoS (please specify)	<input type="button" value="Yes/No"/>	_____

9. The tables also include a number of memorandum items.

Please provide an indication regarding the feasibility of completing the following:

	Feasibility	Comments
Traditional, Complementary and Alternative medicines (TCAM)	<input type="button" value="Yes/No"/>	_____
Spa and well-being services (non-health) (see SHA 2.0 draft Para 1009)	<input type="button" value="Yes/No"/>	_____
Cosmetic surgery (non-health)	<input type="button" value="Yes/No"/>	_____
Non-health travel-related services (see SHA 2.0 draft para 1010)	<input type="button" value="Yes/No"/>	_____

10. Do you think it might be possible to produce tables according to trading partners or regions (e.g. in the case of EU countries, separating intra-EU and extra-EU trade)?

11. You are requested to use the **EXPORTS DATA** worksheet to provide us with the most recent data on imports that you currently have available. Please complete the cells for which you have information. For example if you currently only have information on exported in-patient services provided by hospitals, please complete just this cell.

12. Do you have any suggestions to improve the exports data table?

If YES, please provide details: _____

ANNEX 3. PANORAMA DE LA SANTÉ : EUROPE 2010 (EN ANGLAIS)

206. Le texte et les graphiques suivants ont été extraits de la publication de l'OCDE « Panorama de la santé : Europe 2010 », résultat de la collaboration entre l'OCDE et la Commission Européenne. Cette publication présentait une brève analyse descriptive des dernières données disponibles sur les importations et les exportations des pays de l'Union européenne.

Trade in health services

207. The trend towards globalisation, reinforced by the relaxation of regulatory obstacles in Europe, has fuelled a steady growth in international trade in health services in recent years, albeit from relatively low levels. However, despite much attention from health analysts, the medical professions and health policy makers, discussions on the opportunities and challenges related to such trade have so far been conducted with relatively little data to inform them.

208. The major part of international trade in health services involves the physical movement of patients across borders to receive treatment – otherwise called patient mobility. While for the most part individuals prefer to receive health care in their home country, under certain circumstances it may be more beneficial to receive health care abroad; for example, where the nearest health facility may be across a border, when visiting a country as a tourist or on business, or if the required care can be provided faster, cheaper or of a higher quality. To get a full measure of imports and exports, there is also a need to consider goods and services delivered remotely such as pharmaceuticals ordered from another country or diagnostic services provided from a doctor in one country to a patient in another. The magnitude of such trade remains small, but advances in technology mean that this area also has the potential to grow rapidly.

209. Data on imports of health services and goods are available for the majority of European countries. They show that total reported imports amounted to more than EUR 3 billion in 2008 (Figure A3.1). The vast majority of this trade is between European countries. Germany is by far the greatest importer of health goods and services, partly reflecting a large growth in pharmaceuticals acquired from foreign-based on-line pharmacies in recent years. Other countries with relatively high imports are the Netherlands, France, Luxembourg and Belgium where much patient movement takes place in the border regions. However, in comparison to the size of the health sector as a whole, trade in health goods and services remains marginal for most countries. Even in the case of Germany, reported imports represent only around 0.5% of Germany's current health expenditure. Growth in the value of imports over the last five years has averaged more than 15% year on year, with much higher growth rates among some of the newer members of the European Union (Figure A3.2).

210. A reduced number of countries currently report exports of health services via international trade statistics totalling around EUR 2.5 billion (Figure A3.3). For both imports and exports, the figures are likely to be significant underestimates. The Czech Republic, France and Poland all reported exports in excess of EUR 400 million in 2008. Some central and eastern European countries have become popular destinations for patients from other European countries, particularly for services such as dental surgery. Annual growth has been over 30% in both the Czech Republic and Poland over the past five years (Figure A3.4).

211. Patient mobility in Europe could receive a further boost as the European Commission has sought to clarify patients' rights for treatment coverage in other member states. Many of the proposed changes in European regulations seek to strike a balance between the rights of patients to seek health care and the responsibilities of states to organise the delivery of health services. A Directive has been proposed, seeking to meet three objectives: to guarantee that all patients have care that is safe and of good quality; to support patients in the exercise of their rights to cross border health care; and to promote co-operation between health systems (Council of the European Union, 2010).

Definition and deviations

The *System of Health Accounts* includes imports within current health expenditure, defined as imports of medical goods and services for final consumption. Of these the purchase of medical services and goods, by resident patients while abroad, is currently the most important in value terms.

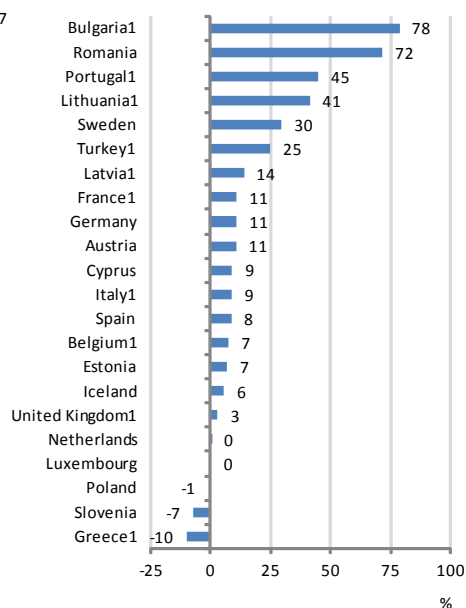
In the balance of payments, trade refers to goods and services transactions between residents and non-residents of an economy. According to the *Manual on Statistics of International Trade in Services*, "Health-related travel" is defined as "goods and services acquired by travellers going abroad for medical reasons". This category has some limitations in that it covers only those persons travelling for the specific purpose of receiving medical care, and does not include those who happen to require medical services when abroad. The additional item "Health services" covers those services delivered across borders but can include medical services delivered between providers as well as to patients.

A3.1 Imports of health services and goods, 2003 and 2008



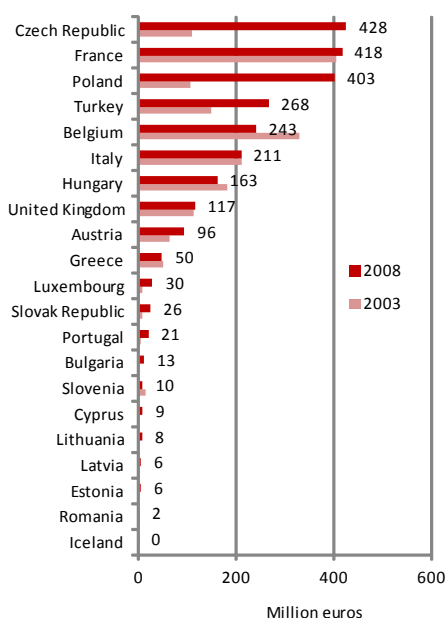
1. Balance of payments concept of imports.
 Note: Imports of health services and goods occur when residents receive medical services from foreign providers or when they purchase medical goods abroad.
 Source: OECD-Eurostat Trade in services, OECD System of Health Accounts.

A3.2 Annual average growth rate in imports of health services and goods, 2003-08



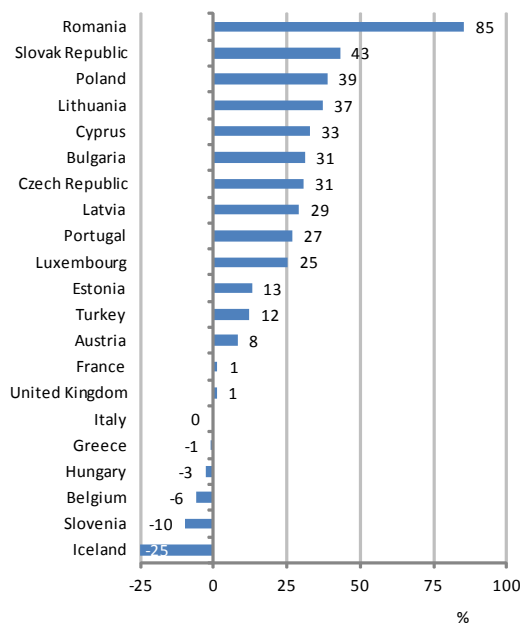
1. Balance of payments concept of imports.
 Note: Imports of health services and goods occur when residents receive medical services from foreign providers or when they purchase medical goods abroad.
 Source: OECD-Eurostat Trade in services, OECD System of Health Accounts.

A3.3 Exports of health services and goods, 2003 and 2008



Note: Exports of health services and goods occur when domestic providers supply medical services to non-residents or when they sell medical goods to non-residents.
 Source: OECD-Eurostat Trade in services, OECD System of Health Accounts.

A3.4 Annual average growth rate in exports of health services and goods, 2003-08



Note: Exports of health services and goods occur when domestic providers supply medical services to non-residents or when they sell medical goods to non-residents.
 Source: OECD-Eurostat Trade in services, OECD System of Health Accounts.