



Le Comité de la protection sociale

REF:SPC/2002/APR/01 En/rev 1

Questionnaire sur les soins de santé et les soins de longue durée pour les personnes âgées

Historique

Le Comité de la protection sociale a été établi par une décision du Conseil datée de juin 2000 pour servir de cadre à des échanges coopératifs et favoriser l'apprentissage mutuel entre la Commission européenne et les États membres concernant les défis communs à relever par ces derniers dans la modernisation de leurs systèmes de protection sociale. La décision du Conseil fixe quatre grands objectifs à ces échanges, notamment la garantie d'un «niveau élevé et durable de protection de la santé». Par ailleurs, le Comité de la protection sociale se livre, via son groupe de travail «Vieillesse», à des projections concernant les dépenses publiques qui seront affectées aux pensions, aux soins de santé et aux soins de longue durée pour les personnes âgées dans le cadre du vieillissement démographique. Le Conseil européen de Göteborg, en juin 2001, a plaidé en faveur d'un travail conjoint entre les deux comités dans le domaine des pensions et, sous la forme d'un premier rapport d'orientation pour le Conseil européen du printemps 2002, dans le domaine des soins de santé et des soins pour les personnes âgées. Ce rapport a identifié trois grands chapitres - l'accessibilité, la qualité et la viabilité financière - comme cadre approprié pour l'échange d'expériences concernant les défis à relever par tous les États membres. Le Conseil européen de Barcelone de mars 2002 a pris note du rapport d'orientation du Comité de la protection sociale (CPS) et du Comité de politique économique (CPE) et a invité la Commission et le Conseil «à examiner de manière plus approfondie les questions d'accessibilité, de qualité et de viabilité financière à temps pour le Conseil européen du printemps 2003».

Objet du questionnaire et suggestions pour y répondre

Comme l'indique le rapport élaboré par les deux comités, le présent questionnaire est destiné à rassembler des informations sur la façon dont les trois objectifs identifiés dans le rapport d'orientation sont pris en compte dans les politiques des États membres en matière de soins de santé et de soins de longue durée pour les personnes âgées, sur les mécanismes utilisés pour évaluer l'efficacité de la fourniture de ces soins, ainsi que sur les principales difficultés rencontrées dans cette fourniture et les mesures politiques prévues pour les résoudre.

En conséquence, les États membres sont invités à se concentrer essentiellement sur la présentation des buts et objectifs qui sous-tendent leurs réglementations; des descriptions des politiques actuelles sont nécessaires pour s'assurer que le contexte politique est bien compris. Ces descriptions doivent néanmoins être les plus brèves possibles. Il convient également de décrire les réformes prévues et d'expliquer leurs liens avec les grands principes.

Bien que le rapport présenté à Barcelone propose que la prochaine étape des travaux se focalise sur les informations relatives à la fourniture de soins de santé et de soins de longue durée aux personnes âgées, il est inévitable que, dans la pratique, une grande partie des questions posées en matière de soins de santé - concernant, par exemple, la structure du système et les dépenses - se rapportent au système dans sa globalité. Cependant, les États

membres devraient, le cas échéant, mettre en exergue les approches distinctes et, si possible, fournir des informations désagrégées sur la fourniture de soins de santé aux personnes âgées.

En outre, le questionnaire proposé est construit de façon à traiter les soins de santé pour les personnes âgées comme un domaine distinct de celui des soins de longue durée. Cette façon de procéder découle de la constatation faite dans le rapport d'orientation présenté à Barcelone que les deux domaines «dépendent souvent de branches différentes de l'administration publique». Cette approche est également jugée souhaitable en raison du fait que les informations sur les politiques en matière de soins de longue durée ne sont pas aussi développées que celles relatives aux soins de santé. Toutefois, les États membres devraient préciser la manière dont sont coordonnés les services et les objectifs politiques de ces deux secteurs (voir questions 1.1.1 et 1.2.2).

Lorsque des données ou des projections concernant les dépenses sont demandées, notamment au point 3, il convient d'utiliser les données et projections employées dans le rapport du groupe de travail «Vieillesse» de novembre 2001; toutes les autres données et projections doivent être cohérentes avec elles.

Les réponses au présent questionnaire doivent être communiquées par les États membres avant fin juillet et ne pas dépasser 30 pages (à l'exclusion des annexes, si nécessaires, qui doivent être aussi brèves que possible).

Sur la base des réponses fournies par les États membres, et en vue d'établir une synthèse des informations qu'elles contiennent et des problèmes qu'elles soulèvent, le rapport demandé par le Conseil européen de Barcelone sera rédigé et présenté au Conseil.

Le matériel transnational existant peut être utilisé pour l'élaboration du rapport, par exemple du matériel provenant des bases de données de l'OCDE et de l'OMS, le matériel statistique compilé par Eurostat et des informations provenant d'autres mécanismes de l'Union dans le domaine de la santé. Les États membres ne doivent donc pas hésiter à inclure un tel matériel ou à y faire référence dans leurs réponses au questionnaire.

ACCÈS

1.1 SOINS DE SANTÉ¹

1.1.1 Mécanismes de garantie d'accès

Exposer brièvement la structure et les caractéristiques du système de santé (par exemple accès universel ou assurance fondée sur l'affiliation obligatoire). Décrire les mécanismes garantissant l'accès universel. Décrire les objectifs du système en termes de portée et de couverture. Les données relatives à la portée peuvent être les suivantes:

- les limites concernant le type de soins de santé couvert, définies par exemple sur la base d'une évaluation des besoins médicaux les plus urgents;
- le système couvre-t-il la totalité des frais de traitement? Sinon, quelle est la contribution ou le cofinancement que le patient doit fournir?

¹ Tous les soins fournis ou soutenus par l'État aux fins de la protection, de la conservation ou du rétablissement de la santé de la population.

Les données concernant la couverture peuvent être les suivantes:

- le système couvre-t-il l'ensemble de la population?
- quels sont les groupes non couverts ou seulement partiellement couverts?
- existe-t-il des dispositions distinctes en fonction du revenu ou des moyens/de la capacité à payer?

Décrire toute disposition spécifique relative à la portée ou à la couverture du système et destinée à faciliter l'accès aux soins de santé des personnes âgées². Au présent point ou à la question 1.2.2, décrire comment les politiques concernant la fourniture de soins de santé aux personnes âgées et les politiques relatives aux soins de longue durée sont coordonnées ou intégrées.

1.1.2 Évaluation

Existe-t-il des indicateurs de performance concernant l'accès aux soins de santé?

- listes d'attente;
- inégalités en matière d'accès à certains traitements «vedettes» ou nouveaux;
- inégalités régionales ou liées au revenu;
- groupes particuliers susceptibles de ne pas être intégralement couverts.

1.1.3 Difficultés

Quelles sont les principales difficultés rencontrées en matière d'accès?

1.1.4 Changements prévus

Décrire tout changement prévu dans le système global ou dans les mécanismes considérés dans le présent questionnaire.

1.2 SOINS DE LONGUE DURÉE

1.2.1 Accès aux soins de longue durée.

Exposer brièvement les structures et les mécanismes permettant la fourniture de soins de longue durée (fourniture directe via les services sociaux; couverture des besoins en soins via la couverture universelle, assurance sociale, assistance sociale et/ou assurance privée; mesures en faveur des soins informels). Ces dispositions ont-elles une couverture globale (sont-elles destinées à l'intégralité de la population nécessitant des soins ou uniquement aux

² Dans le cadre du présent questionnaire, les personnes âgées sont généralement les personnes âgées de 65 ans et plus. Cependant, il est évident que certains États membres établissent des distinctions selon d'autres groupes d'âges pour l'accès à certaines catégories de prestations et de droits (ex: en Irlande, les soins de santé et les prestations connexes sont gratuits pour les personnes âgées de 70 ans et plus). En outre, il est manifeste que la demande de soins de longue durée est concentrée principalement chez les personnes appartenant à des groupes d'âge élevés, tout comme le niveau maximal de la demande de soins de santé. Les États membres qui souhaitent fournir des informations relatives à des catégories d'âge autres que celle des 65 ans et plus sont priés d'indiquer clairement les critères utilisés.

personnes qui ne pourraient y avoir accès autrement)? Ont-elles une portée globale (visent-elles à couvrir toutes les formes de soins et l'intégralité de leur coût, ou seulement certaines formes de soins et une partie de leur coût)?

1.2.2 Évaluation

Existe-t-il des indicateurs de performance concernant l'accès aux soins de longue durée?

- listes d'attente pour les soins en établissement;
- inégalités régionales ou liées au revenu;
- groupes particuliers susceptibles de ne pas être intégralement couverts.

1.2.3 Difficultés

Quelles sont les principales difficultés rencontrées en matière d'accès?

1.2.2 Changements prévus

Décrire tout changement prévu dans le système.

2 QUALITÉ

2.1 SOINS DE SANTÉ

2.1.1 Normes

Existe-t-il des normes nationales en matière de qualité? Des objectifs en termes de personnel médical, de lits d'hôpitaux? Les droits des patients sont-ils définis?

2.1.2 Évaluation

Décrire les mécanismes utilisés pour vérifier le haut niveau de qualité des traitements et pour fixer et garantir des normes élevées dans le domaine des soins de santé et des soins de longue durée.

Quels sont les mécanismes existants pour évaluer la qualité des traitements médicaux? Quels sont les critères utilisés à cette fin?

2.1.3 Mesures en faveur de l'amélioration de la qualité

Quels sont les mécanismes existants pour développer, promouvoir et garantir l'accès à des pratiques de qualité? Une importance particulière est-elle accordée au développement, à la promotion et à la garantie de l'accès à de telles pratiques dans le domaine des soins de santé pour les personnes âgées?

2.1.4 Difficultés

Quelles sont les principales difficultés rencontrées en matière de promotion de la qualité?

2.1.5 Changements prévus

Décrire tout changement prévu dans le système.

2.2 SOINS DE LONGUE DURÉE

2.2.1 Normes

Existe-t-il des normes nationales relatives à la qualité? Les droits des bénéficiaires sont-ils définis?

2.2.2 Suivi et promotion de la qualité

Existe-t-il un système d'évaluation et de reconnaissance du personnel soignant et des établissements de soins?

Lorsqu'un soutien est accordé aux soins informels, existe-t-il des mesures en faveur de la qualité (soutien financier pour l'infrastructure/l'adaptation des centres d'hébergement; formation des prestataires de soins informels)?

2.2.3 Difficultés

Quelles sont les principales difficultés rencontrées dans la fourniture de soins de longue durée de qualité?

2.2.3 Changements prévus

Décrire tout changement prévu dans ce domaine.

3 VIABILITÉ

3.1 SOINS DE SANTÉ

3.1.1 Dépenses et financement

Indiquer le niveau actuel des dépenses affectées aux soins de santé ainsi que les évolutions récentes et les évolutions prévues. Présenter si possible des chiffres séparés pour les soins de santé fournis aux personnes âgées. Décrire les mécanismes de financement (cotisations de sécurité sociale, impôt général, assurance volontaire accompagnée, le cas échéant, d'avantages fiscaux, tarifs payés par les patients). [Remarque: ces mécanismes peuvent déjà avoir été exposés dans la brève description du système demandée au point 1.1.1].

3.1.2 Évolution des dépenses

Fournir une évaluation de l'évolution des coûts et du financement requis. Comment les concilier avec d'autres objectifs politiques tels que la viabilité des finances publiques, compte tenu du vieillissement de la population?

3.1.3 Mécanismes de contrôle des coûts

Décrire les mécanismes de contrôle des dépenses:

- rôle des tarifs en tant que moyen de contrôler la demande;
- incitations financières / mécanismes du marché permettant le contrôle des coûts de la fourniture des soins de santé;
- mécanismes destinés à sensibiliser les établissements de soins de santé et les professionnels de la santé aux considérations financières lors du choix d'un traitement;
- contrôle du coût des matériels et des produits comme les médicaments;

- rôle de la promotion de la santé, de la prévention des maladies et, plus particulièrement, de la promotion de modes de vie sains pour les personnes âgées.

3.1.4 Difficultés

Indiquer les principales difficultés rencontrées en matière de viabilité des soins de santé.

3.1.5 Changements prévus

Décrire tout changement prévu, notamment toute initiative centrée sur la fourniture de soins de santé aux personnes âgées.

3.2 SOINS DE LONGUE DURÉE

3.2.1 Dépenses et financement

Fournir, pour les soins de longue durée, une estimation des coûts actuels, en prenant en considération autant que possible les retombées dans les différents domaines politiques.

Décrire, le cas échéant, les mécanismes spécifiques de financement des soins de longue durée (par exemple cotisations sociales ciblées).

3.2.2 Mécanismes de contrôle des coûts

Décrire le rôle des tarifs pour contrôler la demande de soins formels.

Comment garantir la prise en compte du coût dans la planification et la fourniture des soins de longue durée: existe-t-il des évaluations comparatives des différentes approches (en établissement/à domicile, soins formels/soins informels)? Existe-t-il des mécanismes pour sensibiliser les prestataires de soins et les décideurs (par exemple les travailleurs sociaux) aux considérations financières?

Existe-t-il des mécanismes pour évaluer les coûts des soins de longue durée et les coûts des soins de santé de façon intégrée?

3.1.4 Difficultés

Indiquer les principales difficultés rencontrées concernant la viabilité de la fourniture des soins de longue durée.

3.1.5 Changements prévus

Décrire tout changement prévu.