



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Europe

Les soins de santé sont-ils abordables ?

De nouvelles bases factuelles
sur la protection financière
en Europe



Résumé

Bureau de l'OMS à Barcelone pour le renforcement des systèmes de santé

Le Bureau de l'OMS à Barcelone est un centre d'excellence en matière de financement de la santé pour la couverture sanitaire universelle. Il travaille avec les États Membres de la Région européenne de l'OMS pour promouvoir l'élaboration de politiques inspirées de bases factuelles.

Une part importante des travaux du bureau consiste à évaluer les avancées vers la réalisation de la couverture sanitaire universelle aux niveaux national et régional en assurant le suivi de la protection financière – c'est-à-dire des conséquences des paiements directs pour la santé sur les conditions de vie et la pauvreté. La protection financière est l'une des dimensions essentielles de la performance des systèmes de santé et un indicateur des objectifs de développement durable.

Le bureau aide les pays à élaborer des politiques, à suivre les progrès et à concevoir des réformes en s'appuyant sur un diagnostic des problèmes au sein des systèmes de santé, une analyse des choix politiques possibles selon les pays, un dialogue stratégique de haut niveau et la mise en commun des données d'expérience internationales. Il propose aussi des cours de formation sur le financement de la santé et le renforcement des systèmes de santé, afin d'améliorer les résultats obtenus sur le plan sanitaire.

Fondé en 1999, ce bureau bénéficie d'un financement assuré par le gouvernement de la communauté autonome de Catalogne (Espagne). Il fait partie de la Division des systèmes de santé et de la santé publique du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.





Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L' Europe

Les soins de santé sont-ils abordables ?

De nouvelles bases factuelles
sur la protection financière
en Europe

Résumé

Les soins de santé sont-ils abordables ? De nouvelles bases factuelles sur la protection financière en Europe Résumé Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Licence: [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](#).

© Organisation mondiale de la santé 2019

Tous droits réservés. Le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé accueillera favorablement les demandes d'autorisation de reproduire ou de traduire ses publications, en partie ou intégralement.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir encore fait l'objet d'un accord définitif.

La mention d'entreprises et de produits commerciaux n'implique pas que ces entreprises et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la santé, de préférence à d'autres, de nature similaire, qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation. Les opinions exprimées par les auteurs, rédacteurs et groupes d'experts ne reflètent pas nécessairement les décisions de l'Organisation mondiale de la santé ou la politique arrêtée par cette dernière.

Résumé

Les paiements directs effectués par les patients peuvent créer un obstacle financier entravant l'accès aux soins, avec pour conséquence des besoins non satisfaits. Ils peuvent aussi entraîner des difficultés financières pour les personnes qui recourent aux services de santé. Le rapport compile pour la première fois des données sur les difficultés financières et les besoins non satisfaits afin d'évaluer si les soins de santé sont abordables pour les habitants de la Région européenne.

S'appuyant sur les contributions d'experts nationaux de 24 pays, ce rapport révèle que les difficultés financières varient fortement en Europe et que des améliorations sont possibles même dans les pays à revenu élevé qui fournissent à l'ensemble de leur population un accès à des services de santé financés par des fonds publics. Dans tous les pays sur lesquels porte l'étude, les dépenses de santé catastrophiques sont très largement concentrées parmi les ménages les plus pauvres. Lorsque la protection financière est relativement faible, ces dépenses catastrophiques s'expliquent principalement par les paiements directs à la charge du patient pour les médicaments utilisés dans le cadre des soins ambulatoires.

Les systèmes de santé qui garantissent une protection financière efficace et des niveaux peu élevés de besoins ont plusieurs caractéristiques communes : absence d'écarts importants en matière de couverture de santé ; politiques de couverture soigneusement conçues afin de réduire au minimum les obstacles à l'accès ainsi que les paiements directs à la charge du patient, en particulier pour les pauvres et les usagers réguliers des services de santé ; dépenses publiques de santé suffisamment élevées pour donner accès à un large éventail de services de santé sans paiements informels et dans des délais raisonnables ; par conséquent, faible niveau des paiements directs qui représentent près de 15 %, ou moins, des dépenses de santé courantes.

Les lacunes en matière de couverture s'expliquent par des faiblesses structurelles dans trois domaines : la détermination des populations bénéficiaires, les prestations couvertes et les frais à charge des usagers (ticket modérateur). Ce rapport résume les mesures permettant de réduire les besoins non satisfaits et les difficultés financières moyennant un renforcement des politiques de couverture. Il indique également les écueils à éviter.

Table des matières

Les paiements directs compromettent la couverture sanitaire universelle	6
Qu'est-ce que la protection financière, en quoi est-elle importante et comment la mesure-t-on ?	7
Les paiements directs font basculer les gens dans la pauvreté ou les appauvrissent encore plus	8
Les ménages les plus pauvres risquent davantage de connaître des difficultés financières	9
Les médicaments utilisés en ambulatoire sont la principale cause de difficultés financières	10
Les besoins non satisfaits doivent être intégrés à l'analyse	11
Facteurs renforçant la protection financière	12
Comblent les disparités de couverture pour réduire les difficultés financières	14
Agir sur la base des faits : une meilleure politique en matière de ticket modérateur est indispensable	15
Rôle de l'assurance-maladie volontaire	16
L'universalisme progressif permet de garantir que personne n'est laissé de côté	17

Les paiements directs compromettent la couverture sanitaire universelle

Faire en sorte que chacun puisse utiliser les services de santé dont il a besoin sans connaître de difficultés financières (la couverture sanitaire universelle) est un objectif de développement durable que tous les pays se sont engagés à atteindre d'ici à 2030 (Nations Unies, 2015) et une priorité pour l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Dans un système où les patients doivent s'acquitter de paiements directs pour des soins de santé, une partie de la population se trouve dénuée d'accès aux soins et renonce au traitement pour des raisons de coût, d'autres personnes payent et s'efforcent de surmonter des difficultés financières, tandis que d'autres encore connaissent des difficultés financières sans satisfaire pour autant l'ensemble de leurs besoins.

Cette étude constitue la première analyse systématique complète de la protection financière en Europe (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2019). S'appuyant sur les contributions d'experts nationaux de 24 pays, le rapport met en évidence les faits suivants :

- entre 1 et 9 % des ménages européens s'efforcent de surmonter la pauvreté, ou s'y enfoncent davantage, après s'être acquitté de leur quote-part des frais de santé ;
- entre 1 et 17 % des ménages connaissent des dépenses de santé catastrophiques qui peuvent les empêcher de satisfaire d'autres besoins fondamentaux tels que l'alimentation, le logement et le chauffage ;
- les dépenses de santé catastrophiques concernent toujours et surtout les 20 % des Européens les plus pauvres ;
- ces dernières sont principalement dues aux paiements directs à la charge du patient afin de se procurer des médicaments pour les soins ambulatoires; et
- la proportion de personnes qui renoncent aux services de santé dont elles ont besoin, y compris les médicaments prescrits, est élevée dans les pays où la protection financière est faible.

Qu'est-ce que la protection financière, en quoi est-elle importante et comment la mesure-t-on ?

La protection financière est l'une des dimensions essentielles de la performance des systèmes de santé et figure au centre de la couverture sanitaire universelle.

Les personnes éprouvent des difficultés financières lorsque leurs dépenses directes sont élevées par rapport aux moyens qu'elles peuvent consacrer aux soins. Même des paiements directs peu élevés peuvent s'avérer problématiques pour les ménages pauvres ou pour ceux qui doivent payer des traitements de longue durée. Des montants élevés à charge du patient peuvent entraîner des difficultés financières pour tous les ménages, qu'ils soient riches ou pauvres.

Lorsque les systèmes de santé ne fournissent pas de protection financière, certains pourraient être contraints de choisir entre le recours aux services de santé et la satisfaction d'autres besoins essentiels, comme l'alimentation, le logement et le chauffage ; certains pourraient renoncer aux soins, avec pour conséquence des besoins non satisfaits. L'absence de protection financière réduit l'accès aux soins, affecte l'état de santé, accroît la pauvreté et aggrave les inégalités sanitaires et socioéconomiques.

Les paiements directs étant présents dans tous les systèmes de santé sous une forme ou une autre, les difficultés financières associées au recours aux services de santé sont un problème que tous les pays peuvent rencontrer.

La protection financière est mesurée au moyen de deux indicateurs :

- *Les dépenses de santé appauvrissantes* donnent des informations sur les conséquences des paiements directs sur la pauvreté. On considère qu'un ménage s'est appauvri s'il était au-dessus du seuil de pauvreté avant les paiements directs et qu'il passe sous le seuil de pauvreté après les paiements directs en question (et n'est donc plus en mesure de satisfaire à ses besoins de base). Un ménage peut également subir des dépenses de santé appauvrissantes s'il était déjà sous le seuil de pauvreté avant ces paiements (et ne pouvait déjà pas satisfaire à ses besoins de base) ; il sombre alors davantage encore dans le dénuement.
- *On parle de dépenses de santé catastrophiques* quand les dépenses directes d'un ménage dépassent une part prédéfinie de son budget santé. Cela signifie qu'il ne peut alors plus satisfaire à ses autres besoins de base.

Ces indicateurs peuvent être calculés de différentes manières, en utilisant tout un éventail de moyens de mesure. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a mis au point de nouveaux moyens de mesure de la protection financière pour répondre aux préoccupations selon lesquelles la méthode employée dans les objectifs de développement durable (ODD cible 3.8.2), ainsi que les autres approches utilisées au niveau mondial, présentent un problème sur le plan de l'équité et n'ont qu'une pertinence limitée pour l'Europe.

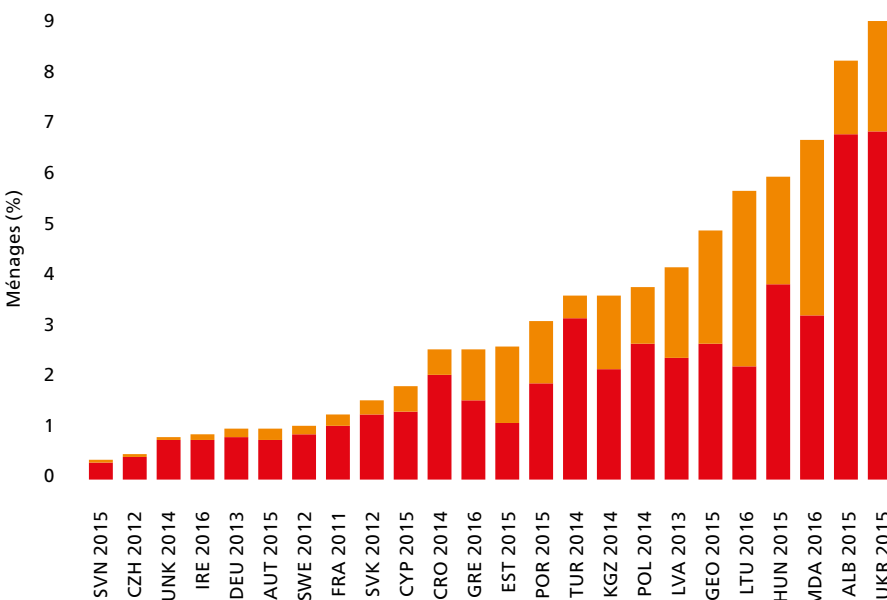
Fondés sur des méthodes reconnues, les moyens de mesure utilisés dans cette étude risquent moins de sous-estimer les difficultés financières parmi les populations pauvres que les outils utilisés dans les ODD, car ils tiennent compte du fait que tous les ménages n'ont pas la même capacité à payer les soins de santé (Cylus et al., 2018; OMS et Banque mondiale, 2017). Le but est de mesurer la protection financière d'une façon qui soit pertinente pour tous les pays d'Europe, produise des données utiles d'un point de vue stratégique et contribue à la mise en place de politiques destinées à ce que pauvreté ne soit plus synonyme de mauvaise santé.

Tous ces moyens de mesure : s'appuient sur des sources de données semblables, généralement des enquêtes sur les budgets des ménages ; utilisent la même définition internationale normalisée des paiements directs, qui englobe les paiements formels et informels effectués lors de l'utilisation de tout produit ou service de santé, tous fournisseurs confondus ; et mesurent la protection financière au niveau du système de santé et non au niveau des différents types de soins, maladies ou groupes de patients.

Les paiements directs font basculer les gens dans la pauvreté ou les appauvrissent encore plus

L'incidence des dépenses de santé appauvrissantes varie grandement d'un pays de l'Union européenne à l'autre et parmi les pays n'appartenant pas à l'Union européenne (Figure 1).

Figure 1. Part des ménages ayant des dépenses de santé appauvrissantes (dernière année disponible)



- Aggravation de l'appauvrissement
- Situation d'appauvrissement

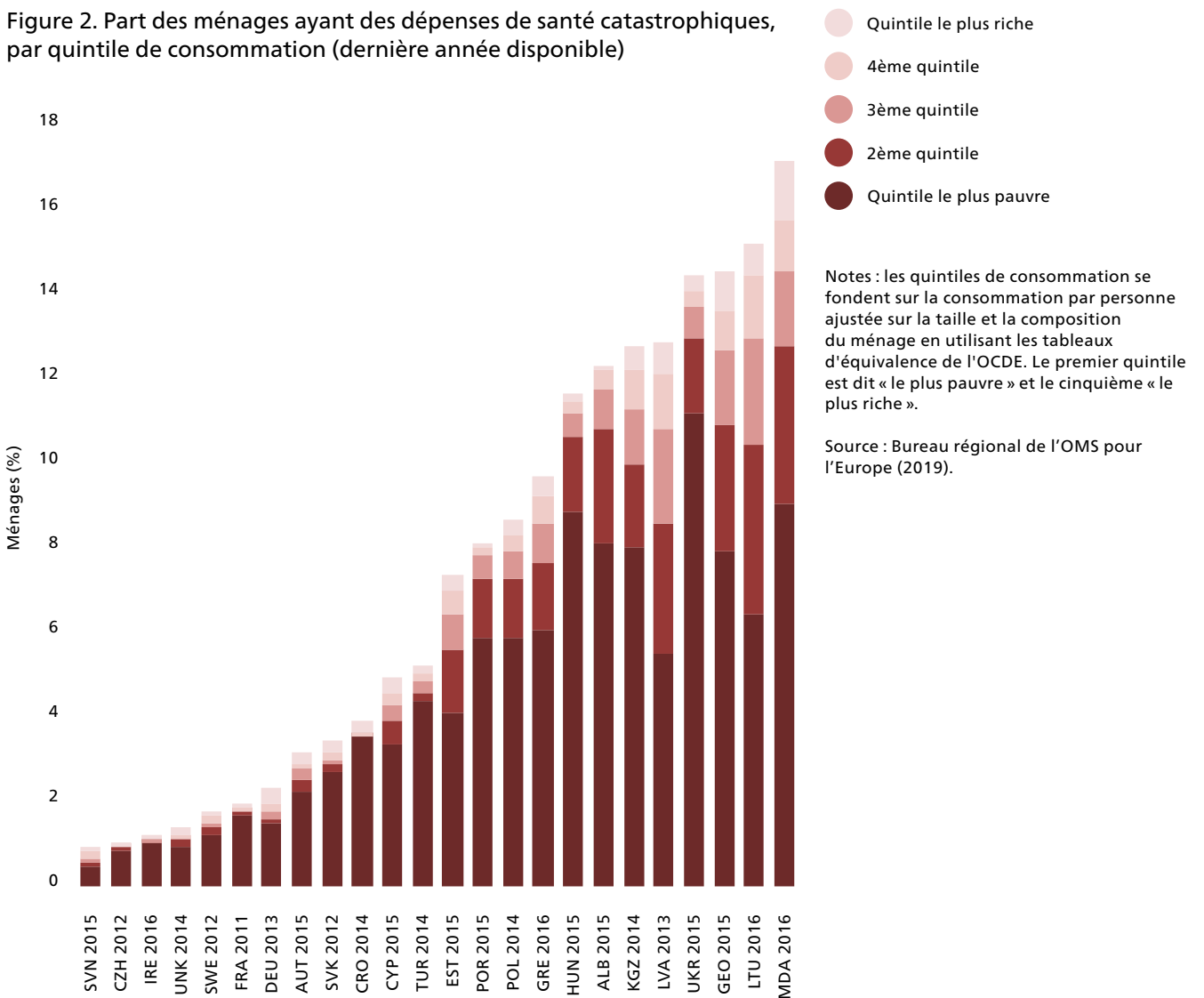
Note : ALB : Albanie ; AUT : Autriche ; CRO : Croatie ; CYP : Chypre ; CZH : République tchèque ; DEU : Allemagne ; EST : Estonie ; FRA : France ; IRE : Irlande ; GEO : Géorgie ; GRE : Grèce ; HUN : Hongrie ; KGZ : Kirghizistan ; LTU : Lituanie ; LVA : Lettonie ; MDA : République de Moldova ; POL : Pologne ; POR : Portugal ; SWE : Suède ; SVK : Slovaquie ; SVN : Slovénie ; TUR : Turquie ; UKR : Ukraine ; UNK : Royaume-Uni.

Source : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (2019).

Les ménages les plus pauvres risquent davantage de connaître des difficultés financières

L'incidence des dépenses de santé catastrophiques varie grandement d'un pays de l'Union européenne à l'autre (Figure 2). Parmi les pays n'appartenant pas à l'Union européenne, celle-ci est généralement élevée (plus de 12 %). À travers l'Europe, les personnes appartenant au quintile le plus pauvre sont systématiquement les plus exposées au risque de dépenses de santé catastrophiques.

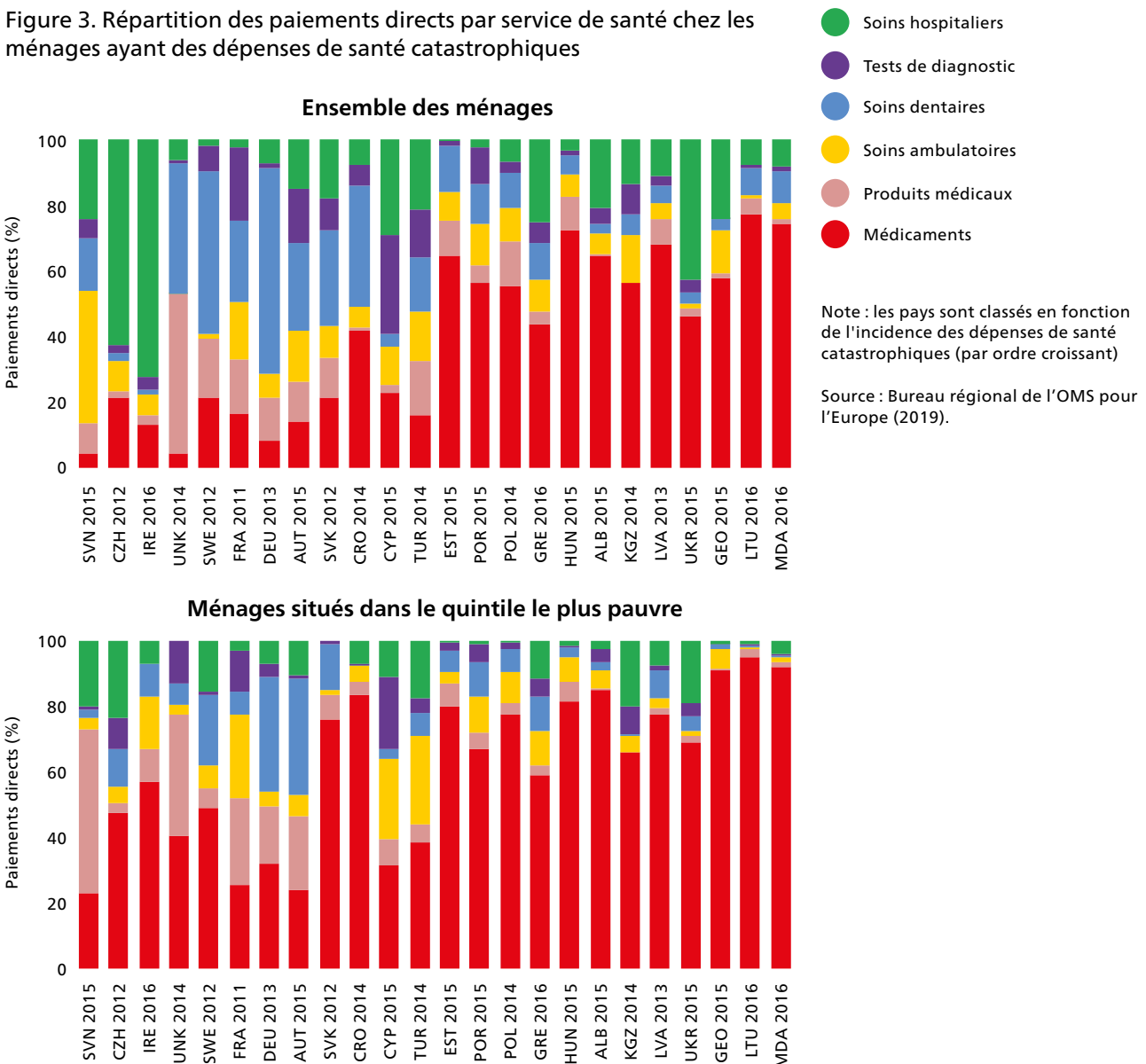
Figure 2. Part des ménages ayant des dépenses de santé catastrophiques, par quintile de consommation (dernière année disponible)



Les médicaments utilisés en ambulatoire sont la principale cause de difficultés financières

Les paiements directs des ménages ayant des dépenses de santé catastrophiques sont principalement réalisés pour se procurer des médicaments utilisés en ambulatoire ; viennent ensuite les soins dentaires et les soins hospitaliers. Dans le quintile le plus pauvre, la part des dépenses de santé catastrophiques due aux médicaments utilisés en ambulatoire est systématiquement supérieure à la moyenne (Figure 3).

Figure 3. Répartition des paiements directs par service de santé chez les ménages ayant des dépenses de santé catastrophiques



Les besoins non satisfaits doivent être intégrés à l'analyse

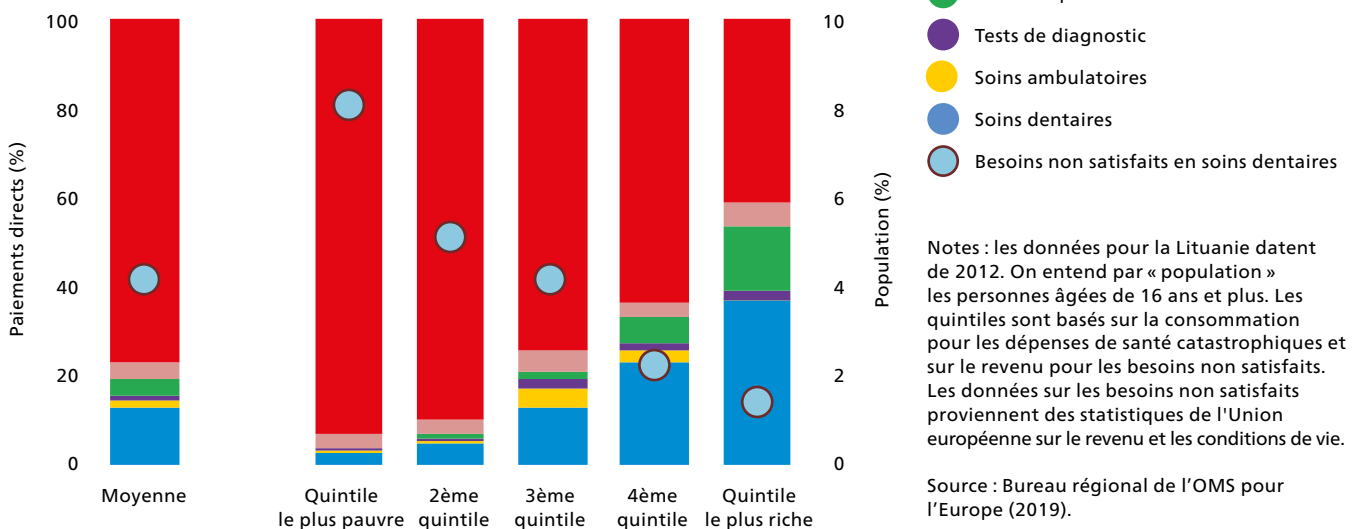
Les indicateurs de la protection financière rendent compte des difficultés financières découlant du recours aux services de santé, mais ils n'indiquent pas si les paiements directs créent un obstacle à l'accès, engendrant lui-même des besoins non satisfaits. Mises en parallèle, les données sur les difficultés financières et les besoins non satisfaits mettent en évidence les faits suivants :

Dans les pays où l'incidence des dépenses de santé catastrophiques est très faible, les besoins non satisfaits le sont généralement aussi, et les inégalités en fonction du niveau de revenu sont peu marquées. L'incidence des dépenses de santé catastrophiques et le niveau des besoins non satisfaits sont relativement élevés dans de nombreux pays, où l'on observe également, du point de vue des besoins non satisfaits, de fortes inégalités en fonction du niveau de revenu, ce qui indique que les services de santé de ces pays ne sont pas abordables financièrement, en particulier pour les ménages les plus pauvres.

Certains services de santé, en particulier les soins dentaires, représentent une part beaucoup plus importante des difficultés financières chez les ménages les plus riches (Figure 4). Cela tient au fait que les besoins non satisfaits en matière de soins dentaires sont, dans la plupart des pays, plus élevés chez les ménages les plus pauvres.

Les besoins non satisfaits en matière de médicaments sur ordonnance sont généralement plus élevés dans les pays où l'incidence des dépenses de santé catastrophiques est supérieure, ce qui indique que les paiements directs pour les médicaments entraînent, pour les plus pauvres, à la fois des difficultés financières et des besoins non satisfaits.

Figure 4. Répartition des paiements directs par service de santé chez les ménages ayant des dépenses de santé catastrophiques, et part de la population déclarant avoir des besoins non satisfaits en soins dentaires



Facteurs renforçant la protection financière

Les systèmes de santé assurant une protection financière élevée et présentant de faibles besoins non satisfaits partagent les caractéristiques suivantes :

- absence de fortes disparités en matière de couverture de santé ;
- politiques de couverture soigneusement conçues afin de réduire au minimum les obstacles à l'accès ainsi que les paiements directs, en particulier pour les pauvres et les usagers réguliers des services de santé ;
- dépenses publiques de santé suffisamment élevées pour donner accès à un large éventail de services de santé sans paiements informels et dans des délais raisonnables ; et par conséquent,
- faible niveau des paiements directs, qui représentent près de 15 %, ou moins, des dépenses de santé courantes.

Les liens étroits observés entre l'incidence des dépenses de santé catastrophiques et la part des paiements directs dans les dépenses de santé courantes (Figure 5) indiquent que la part des paiements directs peut servir d'indicateur substitutif de la protection financière lorsque l'on manque de données à ce sujet.

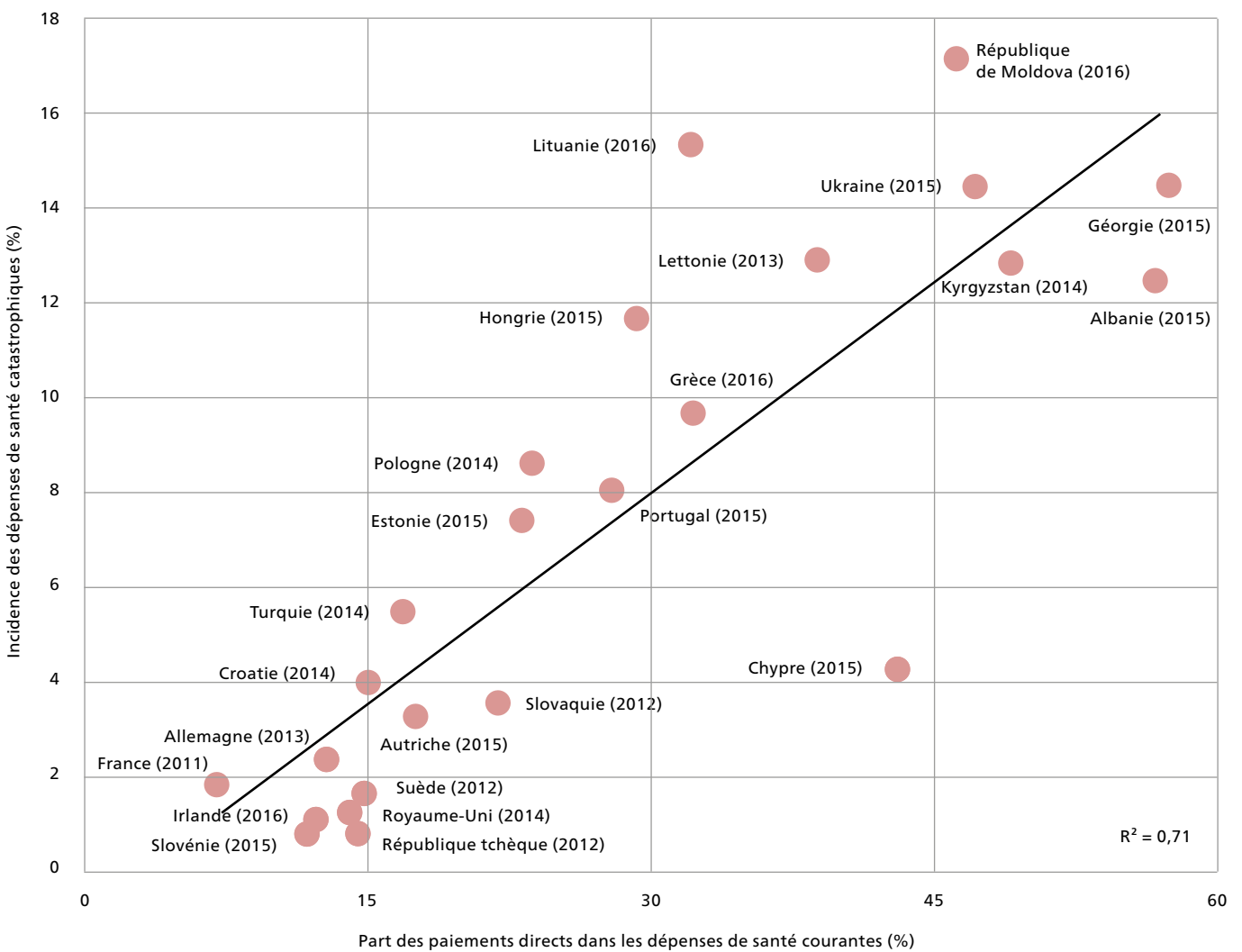
Dans l'ensemble des pays, les dépenses publiques de santé apparaissent bien plus efficaces que l'assurance maladie volontaire pour réduire les paiements directs. Dans tous les cas, l'augmentation des dépenses publiques de santé ou la réduction des paiements directs ne sont pas suffisants pour améliorer la protection financière. Les politiques de couverture déterminent de façon cruciale les difficultés financières, et pas seulement la structure des dépenses de santé.

Pour renforcer la protection financière, la première étape consiste à recenser les lacunes de la couverture dans un contexte donné. Il faut ensuite trouver des moyens de s'y attaquer en revoyant méthodiquement la politique de couverture.

Figure 5. Incidence des dépenses de santé catastrophiques et part des paiements directs dans les dépenses de santé courantes (dernière année disponible)

Notes : R²: coefficient de détermination. Les données sur les paiements directs portent sur la même année que celle sur l'incidence des dépenses catastrophiques. L'association entre l'incidence des dépenses catastrophiques et les paiements directs hors soins de santé de longue durée est quasiment identique (R² = 0,70).

Source : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (2019).



Comblent les disparités de couverture pour réduire les difficultés financières

Les disparités en matière de couverture s'expliquent par des faiblesses structurelles dans trois domaines.

Tout d'abord, la détermination des **populations bénéficiaires** peut faire que certaines personnes n'ont pas accès aux services de santé financés par les pouvoirs publics. Ces lacunes tiennent alors le plus souvent au fait que le droit aux prestations est lié à l'occupation d'un emploi ou au paiement de contributions. Cela a pour effet d'exclure automatiquement certaines personnes, en particulier dans les pays qui n'ont pas de mécanismes efficaces de recouvrement des contributions, avec des conséquences particulièrement marquées sur les groupes les plus vulnérables.

Deuxièmement, il arrive que la gamme des services financés par le secteur public – l'**ensemble de prestations** – soit limitée, ou que des problèmes se posent quant à la disponibilité et la qualité de ces services ou la rapidité avec laquelle ils sont fournis. Dans certains pays, peu de médicaments utilisés en ambulatoire sont pris en charge par le système public, ce qui nécessite des mesures urgentes. La couverture des soins dentaires pour les adultes est également très limitée dans certains pays, y compris à revenu élevé.

Troisièmement, des **frais à charge des usagers** (tickets modérateurs) peuvent s'appliquer à certains services de l'ensemble de prestations, et les mécanismes de protection peuvent s'avérer insuffisants.

Les faiblesses de la politique de couverture compromettent l'équité et l'efficacité en : créant des obstacles financiers à l'accès ; déplaçant la charge du paiement des soins sur les personnes qui ont le moins les moyens de s'en acquitter – les pauvres et les usagers réguliers des services de santé ; et encourageant des modalités d'utilisation inefficaces.

Agir sur la base des faits : une meilleure politique en matière de ticket modérateur est indispensable

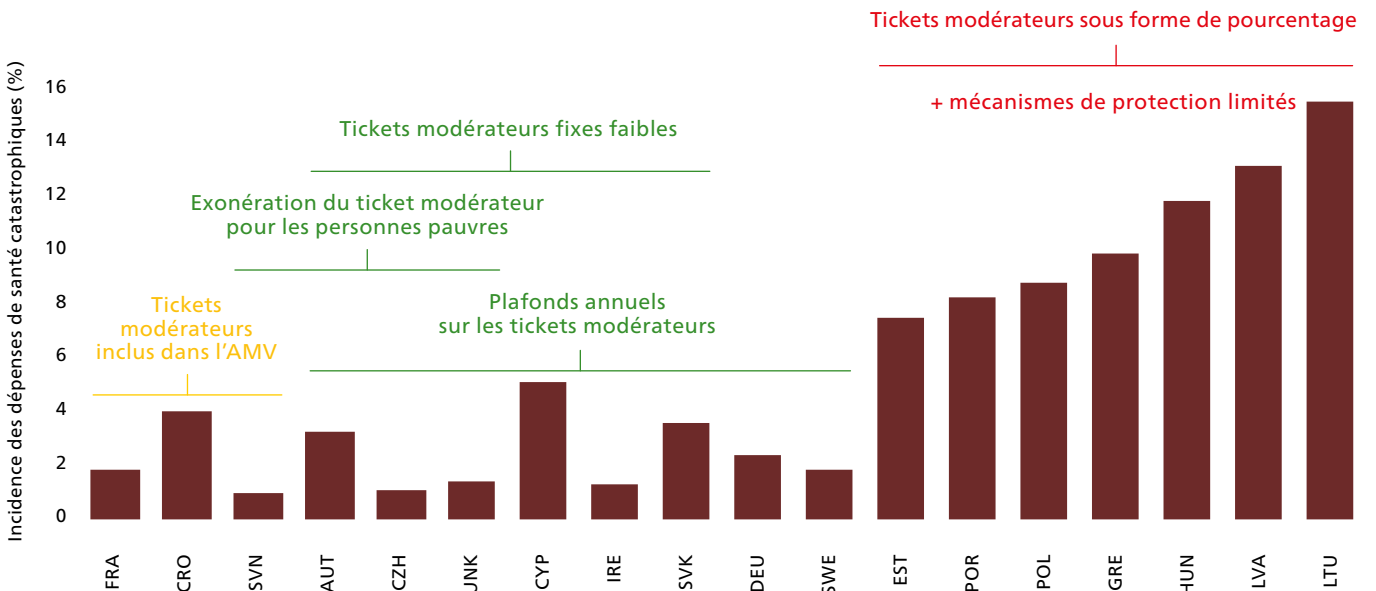
La politique en matière de ticket modérateur est un déterminant essentiel de la protection financière dans les systèmes de santé européens (Figure 6). Elle constitue le principal facteur dans les pays où les difficultés financières sont principalement dues aux médicaments utilisés en ambulatoire et où la portée de l'ensemble des prestations financés par le secteur public est adaptée.

L'étude montre que les pays où la protection financière est la plus forte recourent avec parcimonie aux tickets modérateurs, ou structurent attentivement leur politique en la matière afin de protéger les personnes des difficultés financières au moyen de trois mécanismes.

Figure 6. Dépenses de santé catastrophiques et type de ticket modérateur pour les médicaments sous prescription utilisés en ambulatoire

Note : AMV : assurance-maladie volontaire.

Source : Bureau régional de l’OMS pour l’Europe (2019).



L'application d'exonérations pour les pauvres est le mécanisme le plus efficace pour améliorer l'accès et la protection financière. Tous les pays peuvent et doivent appliquer des exonérations aux plus défavorisés, en commençant par les personnes qui bénéficient de prestations sociales, un groupe qu'il est assez facile d'identifier par des voies administratives.

La mise en place de plafonds annuels sur les tickets modérateurs

peut jouer un rôle protecteur si elle s'applique à l'ensemble des tickets modérateurs. Dans l'idéal, ils doivent correspondre à une part très faible des revenus du ménage. Ces plafonds ne suffiront cependant pas à eux seuls à protéger les pauvres.

Lorsque des tickets modérateurs sont utilisés, ils doivent être faibles et clairement définis, de sorte que les gens sachent ce qu'ils doivent payer. Contrairement aux **tickets modérateurs fixes faibles**, les tickets modérateurs sous forme de pourcentage déplacent le risque financier de l'organisme d'achat aux ménages et expose les personnes à des problèmes d'efficacité au niveau des systèmes de santé. Cela est particulièrement problématique dans les cas où la tarification, les prescriptions, la délivrance et l'orientation ne sont pas correctement réglementés.

La politique en matière de ticket modérateur doit tenir compte de ces trois mécanismes (exonération, plafonnement et type de ticket modérateur) ; viser à ce que les individus soient exonérés, et non simplement les dépenses liées à certaines maladies, certains services ou produits donnés ; et être la plus simple possible pour limiter le risque de confusion.

Rôle de l'assurance-maladie volontaire

L'assurance-maladie volontaire peut améliorer la protection financière au niveau du système de santé si elle englobe les tickets modérateurs et couvre l'essentiel de la population, y compris les franges les plus pauvres. Seuls trois pays satisfont à ces conditions : la Croatie, la France et la Slovénie.

Dans ces pays, la réglementation permet à tous ceux qui le souhaitent de souscrire à une assurance-maladie volontaire (système de souscription à acceptation obligatoire et de primes à tarification unique en Croatie et en Slovénie). Celle-ci est financièrement accessible car le gouvernement prend en charge les primes pour les personnes très pauvres en Croatie et en France ; en Slovénie, les personnes très pauvres sont exonérées de tickets modérateurs et n'ont pas besoin de souscrire à une assurance-maladie volontaire.

Cependant, l'assurance-maladie volontaire accentue généralement les inégalités d'accès aux services de santé (Sagan et Thomson, 2016). Il s'agit également d'un système plus régressif de financement du système de santé que la dépense publique.

L'universalisme progressif permet de garantir que personne n'est laissé de côté

Une meilleure politique de ticket modérateur joue un rôle important dans la réduction des difficultés financières car elle permet au système de santé de cibler les personnes qui ont le plus besoin d'une protection.

Là où les ressources publiques sont très limitées, il est indispensable de prendre des mesures visant à aider en premier lieu les personnes les plus défavorisées, une approche connue sous le nom d'universalisme progressif (Gwatkin et Ergo, 2011). Cette démarche présente également un certain nombre d'avantages dans les pays qui ne connaissent pas de difficultés budgétaires importantes, car elle leur donne la possibilité de ne laisser personne de côté en veillant à ce que les plus démunis aient des gains au moins équivalents aux populations plus favorisées, à chaque étape de la voie menant à la couverture sanitaire universelle.

L'universalisme progressif repose sur la capacité à déterminer quels sont les services de santé qui risquent le plus d'entraîner des difficultés financières, les personnes les plus vraisemblablement touchées et les causes premières des disparités de couverture. Il faut pour cela disposer de moyens de mesure et d'indicateurs qui se prêtent à l'analyse de l'équité, comme ceux utilisés dans le présent rapport.

Pour être efficaces, les changements apportés à la politique de couverture doivent s'appuyer sur un niveau suffisant de dépenses publiques de santé. Les pays dans lesquels la part des paiements directs dans les dépenses de santé est relativement élevée devront consacrer davantage d'investissements publics dans le système de santé afin de réduire les paiements directs. Une simple augmentation de la dépense publique pourrait néanmoins ne pas suffire à améliorer les résultats pour ceux qui en ont le plus besoin. La programmation des mesures joue par conséquent un rôle important. Certains pays devront restructurer leur politique de couverture *en veillant simultanément* à accroître l'investissement public dans le système de santé.

Dans ce domaine, les bonnes pratiques foisonnent en Europe. Des enseignements peuvent être tirés des pays assurant une forte protection financière comme de ceux où celle-ci est globalement faible, mais des mesures ont d'ores et déjà été prises pour protéger les plus pauvres.

Références bibliographiques

Cylus J, Thomson S, Evetovits T (2018). [Catastrophic health spending in Europe: equity and policy implications of different calculation methods](#). Bull World Health Organ. 96:589–664.

Gwatkin D, Ergo A (2011). [Universal health coverage: friend or foe of health equity](#). Lancet 377:2160–1.

Sagan A, Thomson S (2016). [Voluntary health insurance in Europe: role and regulation](#). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Nations Unies (2015). [Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030](#). New York (NY) : Nations Unies.

OMS, Banque mondiale (2017). [Rapport mondial de suivi 2017 : la couverture-santé universelle](#). Genève : Organisation mondiale de la Santé.

Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (2019). [Les soins de santé sont-ils abordables ? De nouvelles bases factuelles sur la protection financière en Europe](#). Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), créée en 1948, est une institution spécialisée des Nations Unies à qui incombe, sur le plan international, la responsabilité principale en matière de questions sanitaires et de santé publique. Le Bureau régional de l'Europe est l'un des six bureaux régionaux de l'OMS répartis dans le monde. Chacun d'entre eux a son programme propre, dont l'orientation dépend des problèmes de santé particuliers des pays qu'il dessert.

États membres

Albanie
Allemagne
Andorre
Arménie
Autriche
Azerbaïdjan
Biélarus
Belgique
Bosnie-Herzégovine
Bulgarie
Chypre
Croatie
Danemark
Espagne
Estonie
Fédération de Russie
Finlande
France
Géorgie
Grèce
Hongrie
Irlande
Islande
Israël
Italie
Kazakhstan
Kirghizistan
Lettonie
Lituanie
Luxembourg
Macédoine du Nord
Malte
Monaco
Monténégro
Norvège
Ouzbékistan
Pays-Bas
Pologne
Portugal
République de Moldova
Roumanie
Royaume-Uni
Saint-Marin
Serbie
Slovaquie
Slovénie
Suède
Suisse
Tadjikistan
Tchéquie
Turkménistan
Turquie
Ukraine

Organisation mondiale de la santé Bureau régional de l'Europe

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhague Ø, Danemark
Tél. : +45 45 33 70 00 Fax : +45 45 33 70 01
Courriel : eurocontact@who.int
Site web : www.euro.who.int