



**Organisation
mondiale de la Santé**

BUREAU RÉGIONAL DE L' **Europe**

Comité régional de l'Europe

EUR/RC68/11

Soixante-huitième session

Rome (Italie), 17-20 septembre 2018

6 août 2018

180443

Point 5 d) de l'ordre du jour provisoire

ORIGINAL : ANGLAIS

Les soins de santé sont-ils abordables ? De nouvelles bases factuelles sur la protection financière en Europe

Le présent document explique la pertinence d'une analyse de la protection financière pour appuyer les décisions fondées prises dans la perspective d'une couverture sanitaire universelle, et résume les messages clés d'une nouvelle étude sur la protection financière en Europe. La protection financière est un élément central de la couverture sanitaire universelle et une dimension essentielle de la performance des systèmes de santé. La Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité stipule qu'« il est inacceptable, aujourd'hui, de devenir pauvre en raison d'un mauvais état de santé ». La résolution EUR/RC65/R5 sur les priorités en matière de renforcement des systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS pour 2015-2020 appelait les États membres à œuvrer en faveur d'une Europe libérée des frais de santé ruineux à assurer par le patient ; demandait à la directrice régionale de fournir des outils et un soutien aux États membres pour l'analyse de la protection financière et de tenter d'honorer les engagements convenus dans la Charte de Tallinn ; et demandait à la directrice régionale de faire rapport sur la mise en œuvre, en se concentrant principalement sur la protection financière, en 2018. Le présent document et la synthèse du rapport régional (document d'information EUR/RC68/Inf.Doc./1) satisfont à cette exigence d'une analyse, mais constituent également une réponse à la résolution EUR/RC67/R3, Feuille de route pour la mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030, en se basant sur Santé 2020, qui demande à l'OMS d'aider les États membres à s'acheminer vers une couverture sanitaire universelle.

Cette étude est une analyse de la protection financière permettant d'obtenir des bases factuelles exploitables pour les politiques ; de promouvoir des politiques en faveur des personnes pauvres afin de rompre le lien entre problèmes de santé et pauvreté ; et présente un intérêt pour l'ensemble des États membres de la Région. Les messages des politiques qui sont pertinents pour la Région sont basés sur une analyse approfondie de l'expérience glanée dans 25 États membres de la Région européenne.

Le présent document est soumis à la soixante-huitième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe en tant que document de travail. Une synthèse des conclusions de l'analyse est fournie dans un document d'information portant le même titre. Des rapports analytiques dressés au niveau des pays sont en train d'être publiés sur le site Web de l'OMS ; ils servent de documents de référence pour le rapport régional.

Généralités

1. La protection financière est un élément central de la couverture sanitaire universelle et une dimension essentielle de la performance des systèmes de santé. La Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité stipule qu'« il est inacceptable, aujourd'hui, de devenir pauvre en raison d'un mauvais état de santé ». Cette charte promeut l'équité, la solidarité, la protection financière et une meilleure santé par le biais d'un suivi, d'une évaluation et d'une amélioration de la performance des systèmes de santé.

2. La crise financière et économique a mis à l'épreuve la capacité des États membres de la Région européenne de l'OMS à respecter les engagements pris à Tallinn (Estonie). En collaboration avec le gouvernement norvégien, l'OMS a organisé deux réunions de haut niveau à Oslo en 2009 et 2013 afin de trouver les moyens de surmonter les défis posés par cette crise. Avec l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, l'OMS a également mené une importante étude sur les systèmes de santé face à la crise. Ainsi, l'on a obtenu maintes preuves de l'importance d'un renforcement de l'équité, de la solidarité et de la protection financière en période de crise économique. La nécessité d'un suivi des performances, réalisé en temps utile, pour conforter les réactions apportées sous forme de politiques, a également été mise en évidence.

3. Lors de sa soixante-cinquième session, en 2015, le Comité régional de l'OMS pour l'Europe a adopté la résolution EUR/RC65/R5 sur les priorités en matière de renforcement des systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS pour 2015-2020, dans laquelle :

- il engageait les États membres à s'employer à ce que l'Europe soit exempte de paiements directs appauvrissant les patients pour les soins de santé ;
- il appelait la directrice régionale à fournir aux États membres des outils et un soutien pour le suivi de la protection financière, et à honorer les engagements convenus dans la Charte de Tallinn ;
- il demandait à la directrice régionale de faire rapport sur la mise en œuvre en 2018, la priorité étant principalement accordée à la protection financière.

4. Les objectifs de développement durable (ODD) adoptés par les Nations Unies en 2015 appellent également à suivre la protection financière et à faire rapport à ce sujet au titre de l'un des deux indicateurs relatifs à la couverture sanitaire universelle. La résolution EUR/RC67/R3, Feuille de route pour la mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030, en se basant sur Santé 2020, appelle l'OMS à aider les États membres à s'acheminer vers la couverture sanitaire universelle.

5. En réaction, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a lancé une nouvelle étude sur la protection financière en Europe, afin d'aider les États membres grâce à des recommandations portant sur le suivi, l'analyse et les politiques à mener. Ce travail est effectué par le Bureau de l'OMS à Barcelone pour le renforcement des systèmes de santé (Espagne), qui fait partie de la Division des systèmes de santé et de la santé publique, dans le cadre d'un projet s'articulant autour de trois axes de travail :

- élaborer de nouveaux indicateurs de mesure des difficultés financières en s'inspirant de méthodes éprouvées – cette nouvelle approche a été adoptée après consultation avec des experts internationaux, notamment des collègues de la Banque mondiale et de l'OMS ;

- réaliser une analyse au niveau des pays en vue de l'élaboration des politiques nationales, en travaillant en étroite collaboration avec plus de 50 experts nationaux dans 25 pays¹ – cette démarche établit un point de référence pour le suivi de la protection financière dans le cadre des ODD ; des rapports par pays seront publiés tout au long de 2018 ;
- tirer de l'analyse régionale des enseignements pour l'élaboration des politiques.

6. L'objectif est d'assurer un suivi de la protection financière de manière à obtenir des bases factuelles exploitables pour les politiques et à promouvoir des politiques en faveur des personnes pauvres afin de rompre le lien entre problèmes de santé et pauvreté, ce qui présente un intérêt pour l'ensemble des États membres de la Région.

7. Des estimations préliminaires des indicateurs de protection financière ont été communiquées aux différents États membres dans le cadre d'une consultation organisée conjointement par le Siège de l'OMS et le Bureau régional en 2017 et 2018.

8. Les résultats de cette étude, qui comprend une analyse détaillée des politiques, ont été présentés à la réunion technique de haut niveau sur les systèmes de santé pour la prospérité et la solidarité : ne laisser personne de côté (Tallinn, Estonie, les 13 et 14 juin 2018), qui a été accueillie par le gouvernement d'Estonie pour célébrer le 10^e anniversaire de la Charte de Tallinn. Les éléments probants provenant de 25 pays d'Europe sont résumés dans une synthèse du rapport régional, soumise à la soixante-huitième session du Comité régional (document d'information EUR/RC68/Inf.Doc/1).

9. Les chapitres suivants exposent les motifs et la pertinence d'une analyse de la protection financière en Europe et mettent en évidence les implications des politiques.

La protection financière : une dimension essentielle de la performance des systèmes de santé

Qu'entend-on par protection financière ?

10. Grâce à la couverture sanitaire universelle, chacun peut avoir recours aux services de santé de haute qualité dont il a besoin sans avoir à subir des difficultés financières. Les personnes connaissent des problèmes d'ordre financier lorsque les paiements directs – paiements, officiels ou non, effectués lors de l'utilisation d'un produit ou service de santé quel qu'il soit – sont considérables par rapport à leur capacité à payer les soins de santé. Même des paiements directs de faible montant peuvent être à l'origine de difficultés financières pour les ménages pauvres et pour ceux qui doivent régler des traitements de longue durée comme les médicaments pour les affections chroniques. Tous les systèmes de santé donnant lieu à certains paiements directs, les difficultés financières peuvent constituer un problème dans tous les pays.

¹ Ces pays sont à la fois des pays à revenu élevé (Allemagne, Autriche, Chypre, Estonie, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Lettonie, Lituanie, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Royaume-Uni de Grande Bretagne et d'Irlande du Nord, Slovaquie, Slovénie, Suède et Tchéquie) et des pays à revenu intermédiaire (Albanie, Croatie, Géorgie, Kirghizistan, République de Moldova, Turquie et Ukraine).

Pourquoi est-elle importante ?

11. Lorsque la protection financière assurée par les systèmes de santé est insuffisante, les ménages peuvent ne pas avoir les moyens de régler leurs soins de santé ou de satisfaire d'autres besoins essentiels. L'absence de protection financière peut avoir toute une série de conséquences négatives sur les plans sanitaire et économique, car elle est susceptible de réduire l'accès aux soins de santé, de nuire à la santé, d'aggraver la pauvreté et d'accroître les inégalités sanitaires et socioéconomiques. Conscients de cet état de fait, la Banque mondiale et l'OMS considèrent depuis longtemps que la protection financière est une dimension essentielle de l'évaluation de la performance des systèmes de santé. Les ODD mentionnent la protection financière en tant que mesure de la couverture sanitaire universelle (indicateur 3.8.2).

Comment la mesure-t-on ?

12. La mesure de la protection financière s'effectue au moyen de deux indicateurs reconnus :
- on parle de dépenses de santé catastrophiques lorsque le montant réglé par un ménage pour ses paiements directs de santé excède une fraction prédéfinie de sa capacité à payer les soins de santé et qu'il peut alors lui être difficile de satisfaire d'autres besoins essentiels ; elles se mesurent de différentes façons, les indicateurs variant en fonction de la manière dont est définie la capacité à payer les soins de santé ;
 - les dépenses de santé appauvrissantes fournissent des informations sur les conséquences des paiements directs sur la pauvreté, et on les mesure en observant la position d'un ménage par rapport à un seuil de pauvreté prédéfini avant et après ces paiements directs ; on considère qu'un ménage s'est appauvri si sa consommation ou son revenu se trouve au-dessus de ce seuil avant les paiements directs et au-dessous ensuite ; les indicateurs diffèrent en fonction du type de seuil de pauvreté utilisé.

L'utilité de l'étude du Bureau régional

13. Comblent une lacune importante en matière d'évaluation de la performance des systèmes de santé en Europe : lorsque l'étude a démarré, la seule analyse antérieure de la protection financière portant sur plusieurs pays européens était une étude mondiale basée sur des données des années 1990. En 2017, la Banque mondiale et l'OMS ont publié une nouvelle étude mondiale faisant appel aux indicateurs des ODD, avec des résultats allant jusqu'à 2010. L'analyse du Bureau régional utilise des données plus récentes (de 2014 ou 2015) pour la plupart des pays.

14. Présenter un intérêt pour l'ensemble des États membres de la Région européenne, y compris les pays à revenu élevé, comme le montre une analyse comparative de l'Estonie, de la Lettonie et de la Tchéquie publiée en parallèle à l'étude mondiale 2017. L'analyse réalisée pour l'étude mondiale antérieure a mis en évidence, pour de nombreux pays d'Europe, un niveau d'incidence des dépenses de santé catastrophiques beaucoup trop bas pour que cela soit plausible. Dans l'étude mondiale 2017, l'incidence des dépenses de santé entraînant un appauvrissement est tellement minime que cela n'est pas plausible, en raison du recours à des

seuils internationaux de pauvreté, de l'ordre de 1,90 dollar des États-Unis (USD) ou 3,10 USD par jour.

15. Utiliser de nouveaux indicateurs pertinents pour les politiques : la première étude mondiale n'examinait pas la répartition des dépenses de santé catastrophiques entre les différents groupes de population et ne s'occupait pas de déterminer quels étaient les services de santé à l'origine des paiements directs catastrophiques. L'étude mondiale de 2017 comprend une analyse succincte de la répartition, mais conclut que l'incidence des dépenses de santé catastrophiques est plus élevée chez les personnes riches que chez les personnes pauvres, et ce en raison du système de mesure employé, qui ne tient pas compte des frais dépensés pour satisfaire les besoins de base. Les indicateurs du Bureau régional permettent de mieux appréhender les difficultés financières chez les personnes pauvres (voir paragraphe 18). Ils permettent également de mieux cerner les personnes dont la paupérisation est aggravée lorsqu'elles doivent régler les soins de santé au point d'utilisation.

16. Constituer des bases factuelles exploitables pour les politiques : la démarche adoptée pour l'analyse dans la Région s'appuie sur une analyse approfondie au niveau des pays, permettant de faire le lien entre les résultats et les politiques en matière de système de santé. Cette analyse tenant compte du contexte est un important complément à l'analyse mondiale, ce que constate clairement le rapport mondial 2017.

Combien de ménages rencontrent des difficultés financières ?

17. L'incidence des paiements directs catastrophiques est comprise entre 1 et 15 % des ménages dans les pays objet de l'étude du Bureau régional. L'incidence des paiements directs appauvrissant les patients et aggravant la pauvreté est comprise entre 0,3 et 8,2 % des ménages. On considère qu'un ménage s'appauvrit si ses dépenses totales passent sous le seuil de pauvreté lorsqu'il doit régler directement des dépenses de santé. On considère que la pauvreté d'un ménage s'aggrave s'il est déjà pauvre et doit payer directement des dépenses de santé.

Quelles sont les personnes concernées par les difficultés financières ?

18. Dans tous les pays, les paiements directs catastrophiques sont principalement concentrés dans le quintile de consommation le plus pauvre. Des études réalisées dans un pays donné fournissent des informations plus détaillées sur les caractéristiques des ménages devant supporter des paiements directs catastrophiques. Dans de nombreux pays, dont l'Allemagne, l'Autriche, l'Estonie, l'Irlande, la Lettonie et la Lituanie, les dépenses catastrophiques pour la santé touchent principalement les personnes de plus de 60 ans. En Allemagne, toutefois, elles sont plus concentrées chez les personnes bénéficiaires de prestations sociales ou dépendantes d'un revenu du conjoint que chez les personnes retraitées, tandis qu'en Croatie et en Lituanie, elles sont concentrées chez les ménages sans enfant. Au Royaume-Uni, par contre, les dépenses catastrophiques frappent surtout les jeunes et les ménages sans enfant. Ces différences dans la répartition des incidences catastrophiques d'un pays à l'autre soulignent à quel point il est important de déceler quelles personnes sont particulièrement vulnérables au sein des groupes constitués selon le revenu ou l'âge.

Quels sont les services de santé à l'origine des difficultés financières ?

19. Dans les différents pays étudiés, les paiements directs catastrophiques sont plus susceptibles de concerner les médicaments en ambulatoire là où la protection financière est plus faible ; et de s'appliquer aux soins dentaires là où elle est plus élevée.

20. À l'intérieur des pays, la situation est similaire : les paiements directs catastrophiques des ménages les plus pauvres sont plus susceptibles de concerner les médicaments en ambulatoire, tandis que, dans les ménages plus aisés, ils sont plus susceptibles de s'appliquer aux soins dentaires. Les données relatives aux besoins non satisfaits indiquent que les personnes pauvres ont généralement moins recours aux soins dentaires que les personnes plus aisées, ce qui souligne l'importance d'analyser en parallèle la protection financière et les besoins non satisfaits.

Les facteurs qui renforcent la protection financière

21. Les systèmes de santé assortis d'une protection financière efficace ont en commun les caractéristiques suivantes :

- les paiements directs sont faibles et ne représentent pas plus de 15 % des dépenses totales de santé ;
- les dépenses publiques en matière de santé sont élevées lorsqu'on les rapporte au produit intérieur brut – cette situation étant étroitement liée à la priorité accordée à la santé dans les budgets publics ;
- les politiques de couverture sont conçues avec précision pour limiter au maximum les débours directs, et des mécanismes sont en place pour protéger les personnes pauvres et les autres groupes vulnérables des charges à supporter par l'utilisateur (paiements directs) ;
- les besoins non satisfaits en matière de soins de santé et de soins dentaires sont peu nombreux, avec très peu d'inégalités en la matière entre les différents groupes de la population.

Les implications stratégiques

22. Il ne suffit pas d'observer l'accès aux services de santé ; l'analyse de la protection financière devrait être un élément de base de l'évaluation de la performance des systèmes de santé au sein d'un pays et entre un pays et d'autres. L'étude du Bureau régional est la première à analyser systématiquement la protection financière en Europe, comblant ainsi une lacune de taille dans l'évaluation des performances des systèmes de santé. Cette étude a montré que l'on ne peut comprendre parfaitement la nature de l'accès aux services de santé en regardant les besoins insatisfaits (ou les services couverts, comme dans les ODD). Les besoins insatisfaits et la protection financière doivent être étudiés en parallèle, car la protection financière peut paraître importante là où les besoins insatisfaits sont nombreux, si les personnes ne peuvent recourir aux services de santé en raison d'obstacles à l'accès ; elle peut se détériorer alors que les besoins insatisfaits diminuent, si les réformes qui améliorent l'accès augmentent les difficultés financières chez les usagers des services.

23. La manière d'analyser la protection financière fait la différence. Pour inspirer les politiques et aider les pays à s'acheminer vers la couverture sanitaire universelle, l'analyse doit pouvoir produire des bases factuelles exploitables. Les bases factuelles exploitables proviennent d'une analyse des politiques propres à un certain contexte. La présente étude est fondée sur une analyse au niveau des pays, qui permet de faire le lien entre des indicateurs et des politiques ou des amendements de politiques au fil du temps. Elle se fonde sur un système de mesure qui est sensible aux difficultés financières rencontrées par les ménages pauvres et les révèle clairement.

24. L'incidence des paiements directs catastrophiques est généralement très faible dans les pays où cette part payée par l'utilisateur par rapport au total des dépenses est proche de 15 % ou inférieure à ce chiffre. La protection financière est plus faible lorsque les paiements directs sont importants et que les dépenses publiques pour la santé sont minimales. La protection financière varie de plus en plus d'un pays à l'autre lorsque la part supportée par l'utilisateur augmente.

25. Des niveaux élevés de dépenses publiques pour la santé jouent un rôle essentiel dans la réduction des paiements directs, mais les politiques de couverture ont également leur importance. On constate, dans la présente analyse, que la variabilité des difficultés financières s'explique partiellement par des variations dans les dépenses de santé d'un pays à l'autre – en particulier des variations dans le degré de priorité accordé à la santé à l'heure d'allouer les dépenses publiques. Cependant, les augmentations des dépenses publiques ou les réductions des débours directs ne sont pas, en elles-mêmes, la garantie d'une meilleure protection financière. La politique de couverture est un facteur explicatif tout aussi important.

26. La politique de couverture sanitaire est le principal mécanisme déterminant à quel degré les ménages sont exposés à des débours directs. Elle détermine également le mode de répartition des paiements directs entre les différents groupes de personnes. Lorsqu'il y a des lacunes dans la couverture, les ménages doivent supporter des dépenses eux-mêmes ou renoncer aux services de santé.

27. Le droit de la population à des soins de santé financés par les fonds publics est une condition *sine qua non* pour la protection financière, mais ne la garantit pas. Nombre de pays où les niveaux de couverture de la population sont inférieurs et où l'incidence des paiements directs catastrophiques est plus élevée lient l'attribution de ce droit à l'emploi ou au paiement de contributions, mais ne disposent pas de dispositifs efficaces pour exiger cette participation ou pour protéger les groupes vulnérables, tels que les chômeurs de longue durée.

28. Les lacunes dans l'étendue et la qualité de la couverture des services affectent différemment les différents groupes de personnes, ce qui entraîne souvent des difficultés financières pour les ménages plus riches qui sont en mesure de payer de leur poche, mais entraîne des besoins non satisfaits pour les ménages plus pauvres qui renoncent à demander des soins ou reportent à plus tard leur demande. Il est fréquent que la couverture des services présente des lacunes s'agissant des médicaments en ambulatoire et des soins dentaires pour adultes.

29. Les pays peuvent améliorer considérablement la protection financière en réorganisant avec soin les frais à la charge de l'utilisateur afin de réduire ces frais le plus possible et d'offrir une protection supplémentaire aux personnes pauvres et aux utilisateurs réguliers de services de santé.

30. Une mauvaise organisation de la couverture fait peser le poids des dépenses de santé sur ceux qui peuvent le moins se les permettre : les personnes pauvres, les malades chroniques et les seniors. Cela nuit à l'équité dans le financement du système de santé et à l'équité dans l'usage des services de santé. Cela nuit aussi à l'efficacité. Les débours directs pour des médicaments sont l'une des causes majeures de difficultés financières en Europe, surtout chez les personnes pauvres. Les médicaments font partie intégrante des soins primaires. Demander aux personnes de payer les soins de santé primaires, notamment les médicaments, ne se justifie pas sur le plan économique.

31. Lorsque la couverture est mal organisée, le manque d'efficacité dans le système de santé peut exacerber les difficultés financières. Par exemple, si les personnes doivent payer un pourcentage du prix de médicaments prescrits, elles seront plus exposées aux débours directs lorsque les prix augmentent ou quand les prescripteurs et prestataires ne sont pas mis en présence d'incitants adéquats ou alignés. Remédier au manque d'efficacité peut améliorer la protection financière.

32. Le besoin insatisfait en matière de services de santé est souvent important dans les pays où la protection financière est faible ; il a augmenté depuis la crise financière et économique. Vu l'imposition très répandue de frais à la charge de l'utilisateur dans de nombreux pays d'Europe, sans protection adéquate pour les usagers pauvres et réguliers, il est possible que, si plus de personnes avaient été en mesure de recourir à des services de santé durant la période étudiée, la charge des paiements directs aurait été plus lourde et l'étendue des difficultés financières pire que ne l'indique l'analyse actuelle.

33. Il existe, en Europe, une abondance de bonnes pratiques ; on peut tirer des enseignements de pays ayant une protection financière importante et de pays où la protection financière est faible dans l'ensemble, mais où des démarches ont été entreprises pour protéger les personnes pauvres. Protéger les ménages pauvres est une priorité des systèmes de santé très efficaces. Pour être efficace, la protection doit cibler des personnes, et non des articles ou services précis. Dans n'importe quel pays, les personnes pauvres et les utilisateurs réguliers de services de santé sont susceptibles d'être plus vulnérables face aux difficultés financières. D'autres groupes de personnes peuvent également être vulnérables, en fonction du contexte - particulièrement en fonction de l'ampleur des migrations et de la qualité des politiques de protection sociale.

34. Les mesures politiques visant à améliorer la protection financière réduiront les besoins insatisfaits et soulageront la pauvreté liée à un recours aux services de santé, avec des effets positifs pour les personnes et pour la société.

= = =