

Accessibilité financière et géographique des soins de santé

Les besoins en soins de santé non satisfaits, tels que rapportés dans les enquêtes menées auprès de la population, constituent un bon critère de détection d'éventuels problèmes d'accès rencontrés par certains groupes de population. Une enquête réalisée annuellement à l'échelle de l'Europe (EU-SILC) fournit des indications sur la proportion de personnes déclarant avoir eu des besoins non satisfaits en matière d'examen médicaux pour des raisons financières, géographiques ou autres.

Dans tous les pays européens couverts par cette enquête, les personnes à faibles revenus étaient, en 2013, davantage susceptibles de faire état de besoins de soins non satisfaits que les personnes à hauts revenus. L'écart était particulièrement important en Hongrie, en Italie et en Grèce. Le coût était le motif le plus souvent invoqué par les personnes à faibles revenus pour expliquer ces besoins non satisfaits en matière d'examen médicaux. En revanche, les principaux motifs invoqués par les personnes à hauts revenus étaient le manque de temps ou le fait qu'elles préféreraient voir si le problème se réglait de lui-même.

Contrairement aux soins financés par les fonds publics, lesquels, en théorie, se fondent sur les besoins des patients, les dépenses à la charge des patients reposent sur leur capacité de paiement. Si la part des dépenses de santé à la charge des patients augmente, le fardeau du financement de la santé se met à peser davantage sur ceux qui utilisent le plus les services de santé – alors même que ce sont souvent les foyers à bas revenus qui ont les besoins de soins les plus importants.

En 2012, les dépenses médicales représentaient environ 3 % de la consommation totale des ménages, au sein de l'OCDE. Dans certains pays particulièrement touchés par la crise et dans lesquels la prise en charge publique de certains services et produits de santé a été réduite, la part des dépenses à la charge des patients a augmenté ces dernières années (Hongrie et Irlande).

Les systèmes de santé des pays de l'OCDE varient sur le plan de la prise en charge des différents services et produits de santé. Dans la plupart des pays, la prise en charge publique est surtout importante pour les soins hospitaliers et les consultations de médecins, et les dépenses à la charge des patients sont particulièrement élevées pour les médicaments, les soins dentaires et l'optique. Par conséquent, une proportion relativement plus forte de personnes fait état de besoins non satisfaits pour ces services et produits de santé.

L'accès aux soins médicaux nécessite par ailleurs un nombre suffisant de médecins et une répartition géographique adéquate de ces derniers sur l'ensemble du pays. Une pénurie de médecins dans certaines régions peut accroître la durée des déplacements nécessaires pour accéder aux soins médicaux et faire augmenter la proportion de besoins médicaux non satisfaits.

Dans l'ensemble des pays de l'OCDE, la densité de médecins est plus forte dans les régions urbaines, ce qui reflète la concentration des services spécialisés tels que la chirurgie et la préférence des médecins pour l'exercice en milieu urbain. En 2011, c'était en République slovaque, en République tchèque et en Grèce que les écarts étaient les plus marqués en termes de densité de médecins entre les zones essentiellement urbaines et les zones essentiellement rurales. Cela s'expliquait en grande partie par une forte concentration des médecins dans la région de la capitale nationale. La répartition géographique des médecins était plus équilibrée en Corée et au Japon.

Dans de nombreux pays, différents types d'incitations financières ont été proposés aux médecins afin de les attirer et de les faire rester dans les zones mal desservies, y compris des aides

ponctuelles à l'installation de leur cabinet et des versements récurrents de type revenu garanti ou primes. En Allemagne, le nombre d'autorisations d'exercice délivrées aux nouveaux médecins assurant des soins ambulatoires aux patients couverts par l'assurance santé obligatoire de chaque région est encadré, en fonction d'un quota national. En France, de nouvelles maisons de santé pluridisciplinaires ont été mises en place dans les régions mal desservies afin de permettre aux médecins et à d'autres professionnels de la santé d'exploiter un cabinet conjointement tout en continuant d'exercer à titre libéral.

Méthodologie et définitions

Les données sur les besoins de soins non satisfaits proviennent du cadre EU-SILC. Les personnes interrogées ont été invitées à indiquer si, au cours des 12 mois précédents, il leur était arrivé de ne pas subir un examen médical alors qu'elles en ressentaient le besoin ; dans le cadre de la question suivante, elles étaient invitées à préciser pourquoi ce besoin de soin n'avait pas été satisfait. Les données ici fournies englobent tous les besoins de soins non satisfaits, quel que soit le motif invoqué.

Les dépenses à la charge des patients sont celles qui sont supportées directement par les patients lorsque les systèmes d'assurance publics et privés ne couvrent pas en totalité le coût d'un produit ou d'un service de santé. Elles incluent la participation des patients aux coûts et les autres dépenses payées directement par les ménages, et englobent également, pour certains pays, des estimations quant aux paiements non officiels fournis aux prestataires de soins. Seules les dépenses médicales (à savoir les dépenses courantes en soins de santé, déduction faite des dépenses pour le volet sanitaire des soins de longue durée) sont présentées ici.

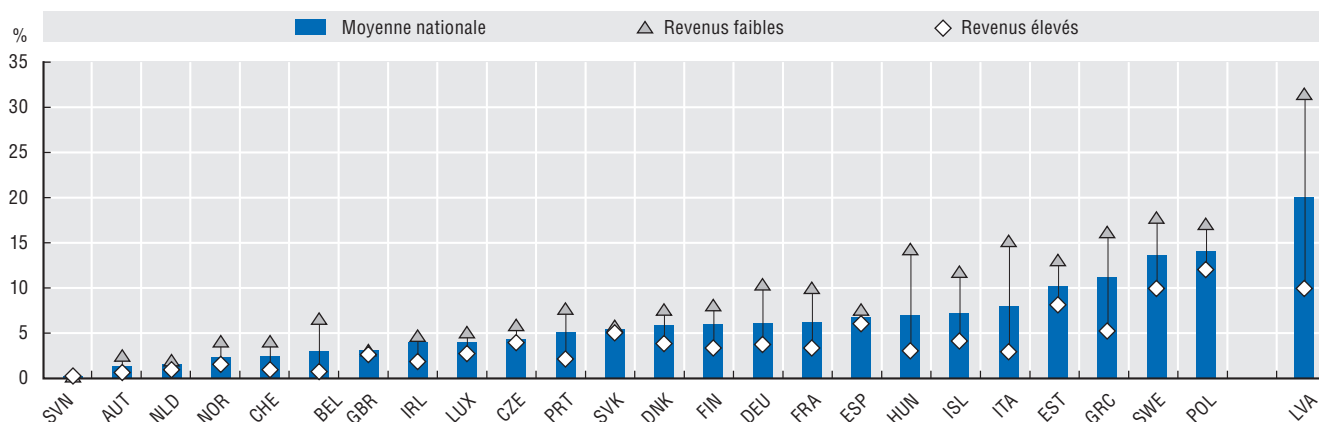
Pour la plupart des pays, les données se rapportent au nombre de médecins en exercice, défini comme le nombre de médecins fournissant directement des soins aux patients. Les pays sont classés en fonction de l'écart entre la densité de médecins dans les zones urbaines et rurales. L'OCDE classe les régions en deux niveaux territoriaux. Le niveau supérieur (niveau territorial 2) consiste en de grandes régions qui correspondent généralement aux régions administratives nationales. Ces régions peuvent abriter un mélange de zones urbaines, intermédiaires et rurales. Le niveau inférieur (niveau territorial 3) est composé de régions plus petites qui sont classées comme essentiellement urbaines, intermédiaires ou essentiellement rurales.

Notes relatives aux graphiques

12.6 : Les données relatives à l'Espagne, à la Grèce et à la Turquie portent sur 2009 et non 2007. Les données relatives à l'Australie, au Canada, au Japon, à la Norvège, à la Nouvelle-Zélande, au Portugal et à la Suisse portent sur 2011 et non 2012. Les données relatives à Israël portent sur 2010 et non 2012.

Informations sur les données concernant Israël : <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>.

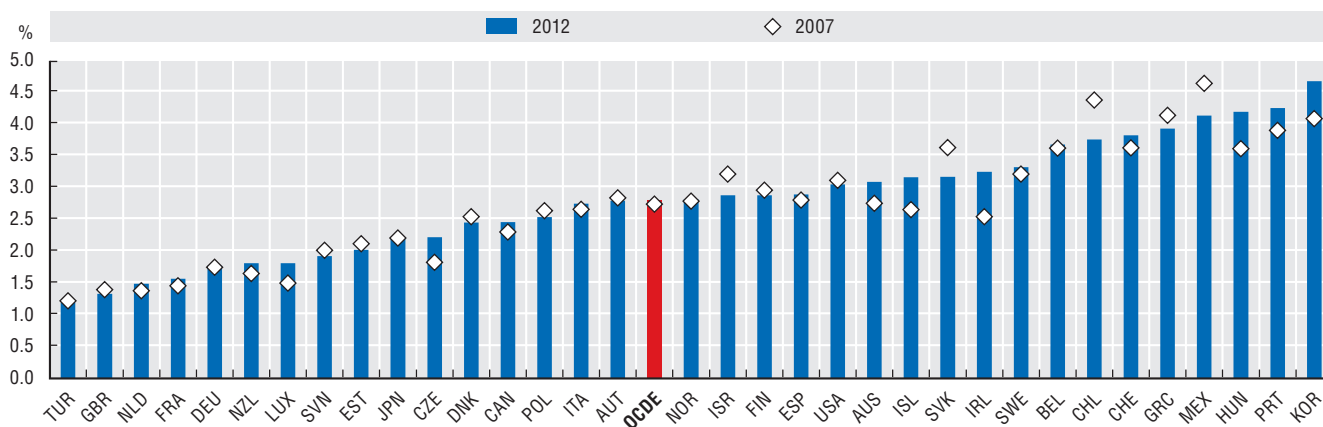
12.5. Besoins non satisfaits en matière d'examen médicaux, par niveau de revenus (2013)



Source : Enquête de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie (EU-SILC), 2013.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933347918>

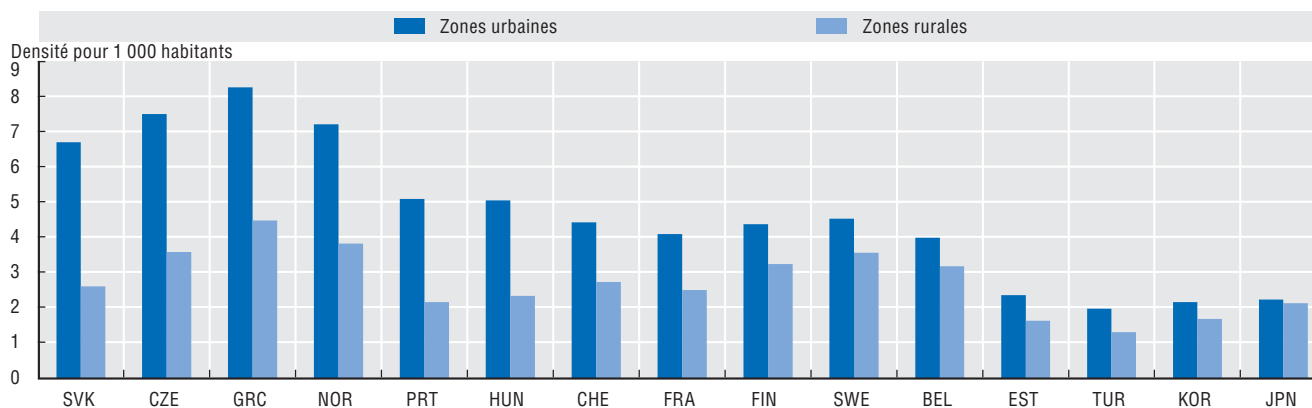
12.6. Poids des dépenses médicales à la charge des patients dans la consommation finale des ménages (2007 et 2012)



Source : OCDE (2014), Statistiques sur la santé.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933347929>

12.7. Densité de médecins dans les régions essentiellement urbaines et essentiellement rurales (2011)



Source : OCDE (2013), Panorama des régions, OCDE, Paris.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933347937>



Extrait de :
Government at a Glance 2015

Accéder à cette publication :
https://doi.org/10.1787/gov_glance-2015-en

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2016), « Accessibilité financière et géographique des soins de santé », dans *Government at a Glance 2015*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: https://doi.org/10.1787/gov_glance-2015-57-fr

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document et toute carte qu'il peut comprendre sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à rights@oecd.org. Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) info@copyright.com ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) contact@cfcopies.com.