



Accès aux soins dans les pays touchés par la crise économique

Sylvie Rey
Romain Roussel
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)

Les obstacles potentiels à l'accès aux soins sont multiples : raisons financières, délais d'attente, distance d'accès, manque de temps personnel, non-recours aux droits, situations sociales actuelles et passées... Ces facteurs peuvent se cumuler et renforcer ainsi les inégalités de santé selon l'âge, la situation sociale ou l'état de santé lui-même. Les inégalités d'accès aux soins peuvent perdurer y compris dans des pays où il existe une couverture maladie universelle [79].

Pour faire face au resserrement de la contrainte budgétaire sur les dépenses publiques, des outils de régulation des dépenses de santé ont été mis en place dans la majorité des pays européens et souvent renforcés depuis le début de la crise [70], ce qui a conduit à un net ralentissement de la croissance des dépenses de santé. Dans les pays les plus durement touchés par la crise, comme la Grèce, l'Italie ou le Portugal, ils ont même entraîné une diminution historique des dépenses de santé depuis 2009 [75]. Certains leviers d'action utilisés ne sont pas sans répercussion sur l'accès aux soins : la perte de la couverture maladie, l'augmentation des restes à charge (cf. définition dans l'encadré) et, dans certains cas, l'augmentation des distances ou l'allongement des délais d'attente ont pu amplifier les effets directs de la crise et les difficultés d'accès aux soins des populations les plus fragiles, bien que des mesures protectrices aient le plus souvent été mises en place.

En gardant en mémoire les limites des enquêtes déclaratives [57], une hausse du renoncement déclaré pour certains soins ou pour certaines populations est aussi souvent constatée. Cette hausse est plus marquée dans certains pays les plus durement touchés par la crise, pour les personnes aux revenus les plus faibles [60] et pour les personnes âgées [86].

Un ralentissement voire une diminution des dépenses de santé plus marquée dans certains pays depuis la crise financière

Après plusieurs décennies d'augmentation régulière de la part des dépenses de santé dans le produit intérieur brut de la plupart des pays européens, une stabilisation s'est amorcée chez certains d'entre eux à partir des années 2000 (Allemagne, puis France notamment) suite à la mise en œuvre de mesures de régulation. Après le début de la crise financière, la croissance des dépenses courantes de santé (en part de PIB comme à prix constant) a connu un ralentissement sensible dans la majorité des pays européens et plus largement de l'OCDE (figure 1) du fait des contraintes fortes de maîtrise des dépenses. En France, ce ralentissement,

engagé dès le début des années 2000, s'est accentué dans les années 2009-2015 (0,8 % par an en moyenne, contre 1,7 % par an pour la période 2005-2009) [15]. Pour plusieurs pays, notamment en Europe du Sud et tout particulièrement en Grèce, au Portugal, en Italie, en Espagne, mais aussi en Irlande ou au Danemark, la part des dépenses de santé dans le produit intérieur brut a diminué par rapport au point haut atteint en 2009¹. Ce ralentissement est d'autant plus notable qu'une tendance croissante pouvait être attendue du fait du vieillissement des populations européennes et de l'augmentation de la prévalence des pathologies chroniques. Si tous les postes de dépenses ont vu leur croissance ralentir depuis une dizaine d'années, c'est dans le secteur du médicament que la contraction des dépenses a été la plus forte [70].

Les mesures qui sous-tendent cette inflexion des dépenses de santé ont été de différents ordres et utilisées de manière variable selon la situation économique du pays et les caractéristiques de son système de santé : diminution des budgets attribués à la santé, actions sur la couverture maladie, augmentation des copaiements (instauration de franchises), réduction du coût des soins...

Déremboursements et franchises limitent les dépenses de santé

L'accès à la couverture maladie obligatoire est rarement remis en cause mais des déremboursements et l'instauration fréquente de nouvelles franchises contribuent à limiter les dépenses de santé.

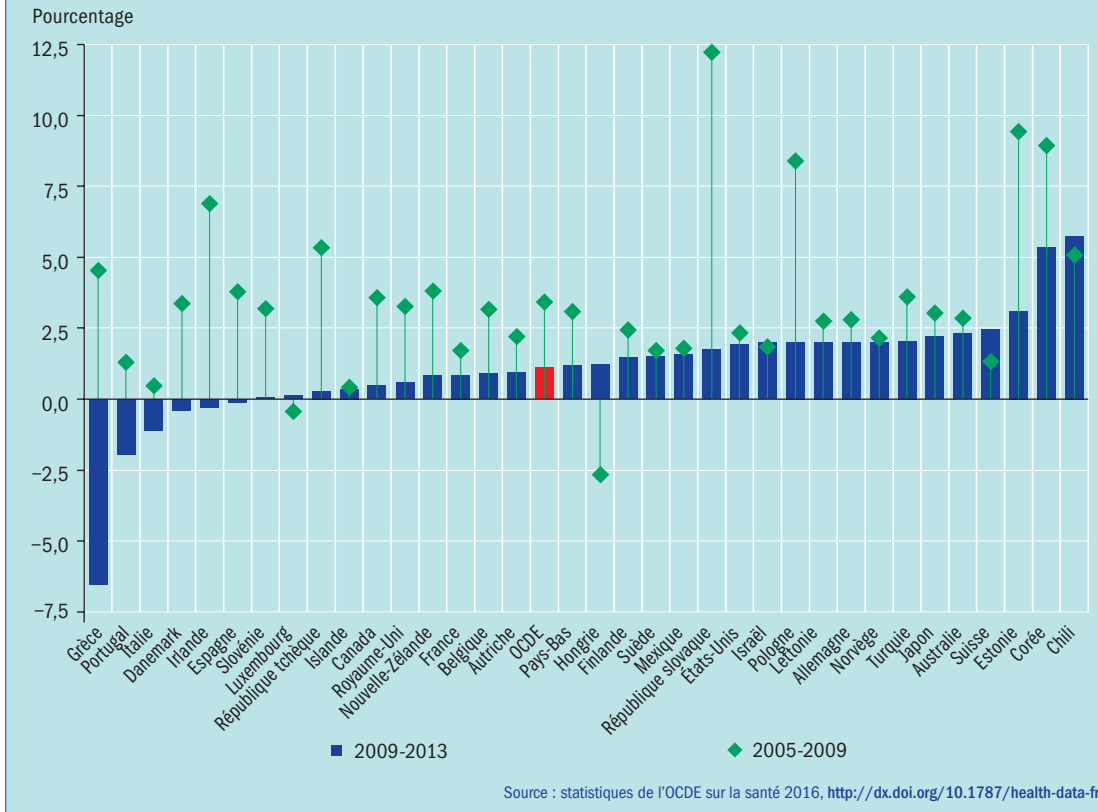
Réduire le financement public de la couverture maladie peut être une réponse en particulier dans les pays de tradition beveridgienne, c'est-à-dire ceux où le système de soins est essentiellement financé par l'impôt, avec différents leviers possibles : la remise en cause de l'universalité du droit d'accès, les restrictions sur l'étendue du panier de soins ou le niveau des remboursements.

En fait, les remises en cause du droit et de l'éligibilité à la couverture santé ont été rares en Europe car elles pénalisent lourdement l'accès aux soins des personnes concernées. En Espagne, une réduction de la couverture aux seuls soins d'urgence ou concernant les enfants chez les migrants sans titre de séjour a été mise en place en 2010 [75]. En Grèce, la perte d'activité a entraîné pour certains, comme les chômeurs de longue durée, une perte de droits de couverture maladie [75]. En Irlande,

1. La récession économique qui a touché la plupart des pays d'Europe cette année-là a en effet provoqué un ressaut mécanique de la part des dépenses de santé dans le PIB (« effet dénominateur »).

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 50.

figure 1

Taux de croissance annuel moyen des dépenses de santé par habitant, en termes réels, de 2005 à 2009 et de 2009 à 2013 (ou année la plus proche)


en 2009, l'affiliation automatique à la carte médicale pour les personnes de plus de 70 ans a été remise en cause pour les personnes aux revenus les plus élevés. Cette mesure a conduit à une hausse importante du reste à charge des ménages mais aussi du financement des dépenses de santé par les assurances privées. Mais la baisse du niveau de vie de la population a entraîné, *a contrario*, une inflation du nombre global de personnes bénéficiaires de la carte médicale, venue atténuer l'économie attendue de cette mesure [60].

Dans de nombreux pays, les remboursements, l'introduction de nouveaux tickets modérateurs ou de nouvelles franchises² ont constitué les mesures les plus largement employées, entraînant une hausse des restes à charge pour les personnes sans assurance santé complémentaire ou lorsque les franchises ne peuvent expressément pas être prises en charge par ces assurances complémentaires. En parallèle, une protection des populations les plus fragiles a souvent été mise en place, en plafonnant les copaiements (Autriche) ou

en étendant l'éligibilité au statut le plus favorable en termes de remboursement (Belgique).

Les politiques de déremboursement concernant le poste des médicaments ont été les plus fréquentes (République tchèque, Espagne, Portugal, Pologne, France...). Outre ces déremboursements, plusieurs autres leviers d'action ont concerné ce poste : intensification des politiques de baisse de prix et incitations, éventuellement financières, à de moindres prescriptions et à la substitution des médicaments princeps³ par les médicaments génériques. L'ensemble de ces mesures a entraîné dans tous les pays européens une diminution de la croissance des dépenses pharmaceutiques, auparavant très dynamique, jusqu'en 2009 [75].

Les coupes budgétaires ont été les plus importantes dans les pays les plus touchés par la crise comme la Grèce, l'Espagne ou l'Irlande, entraînant en particulier une diminution des effectifs hospitaliers. Les mesures portant sur l'efficacité du système de soins ont été renforcées mais, ces politiques ayant été mises en place avant la crise, il n'est pas évident de mesurer dans les

2. Ces franchises peuvent porter sur les soins de médecins, mais aussi sur d'autres postes de soins comme les séances de kinésithérapie, l'optique, les soins dentaires ou, comme en Italie, les consultations spécialisées et les recours non appropriés aux urgences.

3. Un princeps est un médicament qui incorpore pour la première fois un principe actif qui a été isolé ou synthétisé par un laboratoire pharmaceutique.



évolutions des dépenses la part qui leur est attribuable, indépendamment des effets propres de la crise, sauf pour certaines politiques de grande ampleur comme les restructurations hospitalières en Grèce ou au Portugal.

En 2014, 15 % de la dépense courante de santé restait en moyenne à la charge des ménages dans les pays de l'UE15 (soit 470 euros PPA [en parité de pouvoir d'achat]). Toutefois, le reste à charge des ménages varie très fortement en parité de pouvoir d'achat comme en part de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) (du simple au quintuple au sein de l'UE15). Avec près de 80 % de la DCSi prise en charge par des régimes publics ou obligatoires⁴, la France se situe dans la moyenne de l'UE15, mais est le pays où le reste à charge par habitant est le plus faible (7 % de la DCSi, soit 230 euros PPA en 2014). S'il s'avère difficile d'estimer le lien entre évolutions du reste à charge et de la dépense de soins dans différents pays, les évolutions observées sont instructives (figure 2). Celles-ci révèlent une augmentation significative des restes à charge dans plusieurs pays parmi les plus touchés par la crise et où les ajustements structurels ont été les plus radicaux, comme le Portugal et surtout la Grèce. Dans certains de ces pays, comme l'Espagne ou l'Italie, la crise semble même avoir inversé la tendance à la baisse du reste à charge qui perdurait depuis une dizaine d'années. Enfin, pour un troisième groupe d'États membres (comprenant la France, l'Allemagne, ou encore le Royaume-Uni et le Danemark), où les mesures portant sur les assurés ont été bien moindres qu'ailleurs en Europe depuis 2010⁵, les restes à charge sont restés très stables voire ont diminué.

4. Assurance maladie, État, fonds CMU...

5. Ainsi, on a même assisté en Allemagne à un mouvement inverse depuis 2012-2013 (suppression de copaiements pour les visites chez le médecin généraliste et du ticket modérateur pour les soins dentaires de base chez le dentiste), l'assurance maladie allemande étant continuellement excédentaire depuis 2004 du fait des mécanismes d'équilibrage en vigueur.

Au-delà de ces données globales, les difficultés d'accès financier aux assurances complémentaires aggravent le risque de restes à charge très élevés pour les ménages confrontés à certaines dépenses de santé⁶. Enfin, non mesurés par les comptes nationaux, les paiements informels ou « dessous de table » peuvent relever d'une pratique non exceptionnelle dans certains pays et constituer de fait une charge financière supplémentaire. En Grèce, cette pratique se serait amplifiée avec la réduction de l'offre de soins et l'augmentation des délais d'attente, en particulier pour les médecins spécialistes et les dentistes [95].

Le reste à charge des ménages globalement assez stable en France depuis 2006 mais très contrasté par poste de soin et inégalement réparti

En France, le reste à charge diminue depuis 2012 (figure 3) et revient à 8,4 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) en 2015 [86]. En valeur absolue, il concerne surtout les soins de ville – du fait notamment des dépassements d'honoraires et des prothèses dentaires –, les médicaments et les autres biens médicaux (optique...). Tendanciellement, le reste à charge se réduit du fait de facteurs structurels comme l'accroissement de la part de la population exonérée (ALD) et de celle des soins les mieux pris en charge. Mais il peut s'accroître en cas de mesures d'économie non compensées par les assurances complémentaires : participations forfaitaires pour les consultations médicales et analyses (2006), pénalisation des patients ne respectant pas le parcours de soins, instauration de franchises pour les dépenses les plus dynamiques (2008), relèvements du seuil du forfait hospitalier, baisse des taux de remboursement des médicaments, etc. En 2015, le reste à charge baisse pour les soins de ville,

6. Dans son rapport de 2013, le HCAAM (Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie) a en particulier pointé le fait que les restes à charge hospitaliers (avant assurance maladie complémentaire) dépassaient 3250 euros annuels dans 1 % des cas.

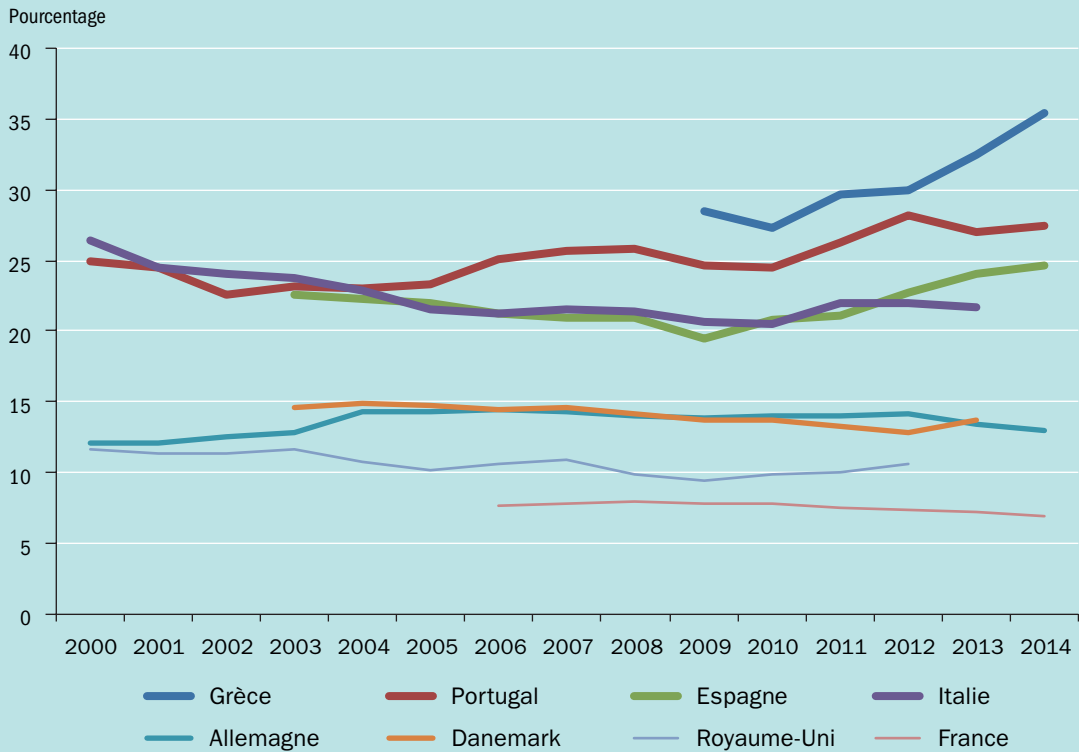
Des contraintes financières lourdes pour les ménages dans les pays les plus concernés par la crise

La définition et le niveau des restes à charge en santé peuvent différer selon les pays, les acteurs (après assurance maladie obligatoire ou après assurance maladie obligatoire et complémentaire) ou le champ de la dépense considéré. Dans un souci de comparabilité, les données du System of Health Account de l'OCDE, alimentées par les comptes de la santé [15] de la Drees pour ce qui est de la France, en présentent une nomenclature harmonisée sur le champ de la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Le reste à charge s'y entend après prise en charge des assurances obligatoires et complémentaires et inclut ce qui relève exclusivement du budget des ménages. Il comprend en particulier la

part de la dépense de santé remboursable non prise en charge par les assurances maladie obligatoires et complémentaires, la dépense remboursable mais non présentée au remboursement, les dépenses relatives aux soins et biens non remboursables et les franchises, ainsi que les dépenses relatives à la facturation autorisée en sus des tarifs opposables pour les soins et biens remboursables (dépassements d'honoraires des professionnels de santé). D'autres acceptions plus larges du reste à charge peuvent inclure en sus les paiements informels ou « dessous-de-table » (*informal payments*) versés directement aux professionnels de santé, dont la mesure est par définition sujette à caution.

figure 2

Évolution du reste à charge des ménages en proportion des dépenses courantes de santé au sens international dans plusieurs pays européens

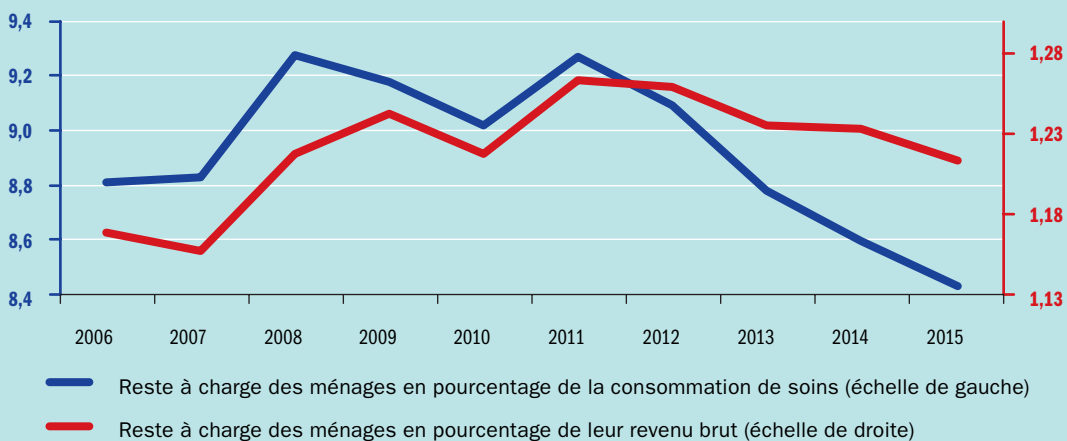


Note : pour certains pays, des évolutions de méthodologie et des ruptures de série ne permettent pas de présenter l'ensemble de la période.

Source : OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA), exploitation Drees.

figure 3

Évolution du reste à charge des ménages en France de 2006 à 2015



Source : Drees 2017, d'après les Comptes de la santé.



suite notamment à une modération des dépassements d'honoraires, alors qu'il augmente sensiblement pour les médicaments⁷ [15].

Certaines mesures phares visant à contrôler le reste à charge en limitant les montants des dépassements d'honoraires ou en plafonnant certains tarifs font l'objet de négociations conventionnelles longues et complexes, et aux effets encore insuffisants. Ainsi, entre 2012 et 2014, le nombre de médecins pouvant pratiquer des dépassements d'honoraires a continué d'augmenter. De ce fait, le niveau global des dépassements continue de croître, certes à un rythme ralenti, le taux moyen des dépassements par médecin de secteur 2 ayant effectivement diminué [16]. De même, en poursuivant l'objectif d'une généralisation de la complémentaire santé, l'accord national interprofessionnel (ANI) signé en 2013 favorise en première étape les salariés en entreprise laissant de côté la Fonction publique, les retraités mais aussi les inactifs et les chômeurs de longue durée, alors qu'après le remboursement par l'assurance maladie obligatoire, il apparaît que ce sont les ménages les plus pauvres qui ont le taux d'effort le plus important [48].

L'ensemble de ces politiques sociales placent la France dans une situation favorable vis-à-vis de la charge des dépenses de santé supportée par les personnes mais ne parvient pas à gommer complètement les inégalités d'accès aux soins. Selon l'Enquête santé et protection sociale, une faible proportion de la population (5 % en 2012) reste non couverte par une assurance complémentaire malgré les dispositifs d'aide en vigueur (couverture maladie universelle complémentaire, CMU-C, et aide au paiement d'une complémentaire santé, ACS). Aussi, au final, la charge du financement des soins rapportée

7. Ce rebond de 2015 est à relier en particulier à deux facteurs : le déremboursement de spécialités à service médical rendu jugé insuffisant (antiarthrosiques d'action lente notamment) et le regain de dynamisme du marché du médicament non remboursable.

aux revenus peut rester élevée pour les ménages aux revenus modestes [47], en particulier du fait des primes d'assurance maladie complémentaire.

Une augmentation du renoncement aux soins déclaré dans certains pays et chez les plus précaires

En Europe, le renoncement déclaré aux soins tend à augmenter depuis 2008, de manière parfois plus marquée dans les pays les plus fortement impactés par la crise comme la Grèce [70], pour les populations aux plus faibles revenus, qui ont un état de santé déjà plus souvent dégradé, ainsi que pour les chômeurs [70] et les personnes âgées [86]. La principale raison évoquée est le manque de moyens financiers. En moyenne en 2014, selon l'enquête EU-Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC), concernant l'ensemble des 28 pays européens ainsi que l'Islande, la Norvège et la Suisse, les 20 % des personnes aux plus bas revenus sont quatre fois plus nombreuses à déclarer un renoncement aux soins que les 20 % des personnes ayant les plus hauts revenus (6,4 % versus 1,5 %) [70]. Les soins dentaires sont particulièrement concernés, du fait de leur prise en charge relativement restreinte par la protection maladie de base. Le renoncement aux soins est également très important chez les personnes en très grande précarité, comme en témoignent les études spécifiques menées auprès de ces populations [19]. Si les comparaisons entre pays doivent être considérées avec précaution compte tenu de la variabilité potentielle des déclarations, sensibles aux normes sociales et aux attentes en matière de santé, la réalité de cette situation est confortée par la cohérence des résultats de plusieurs enquêtes européennes (EU-SILC, SHARE) ou conduites dans différents pays. Le renoncement peut dans certains cas être mis en relation avec l'étendue de la couverture maladie et l'importance du reste à charge. ...

Remerciements :
Marie-Odile Safon,
Irdes.