

Les systèmes de santé des pays de l'OCDE offrent des degrés de couverture très divers dans le domaine des biens et services de santé. Dans la plupart des pays, la prise en charge publique est plus élevée pour les soins hospitaliers et les consultations médicales, tandis que les dépenses directes à la charge des patients sont supérieures pour les médicaments, les soins dentaires et l'optique. Il en résulte une plus grande proportion de besoins en soins non satisfaits pour ces dernières catégories de biens et services de santé. Ainsi, en 2014, en moyenne des pays de l'Union européenne, la proportion de personnes faisant état de besoins non satisfaits dans le cadre de l'enquête EU-SILC était plus élevée de 50 % pour les soins dentaires que pour les examens médicaux.

Si le système de santé à financement public est théoriquement fondé sur les besoins, les versements directs à la charge des ménages reposent sur leur capacité à payer. En 2014, en moyenne de la zone OCDE, 2,8 % environ de la consommation totale des ménages étaient consacrés à des dépenses d'ordre médical. Cette part dépassait 4 % en Corée, en Grèce, en Hongrie et en Suisse, et elle était inférieure à 2 % en Allemagne, en France, au Luxembourg, au Royaume-Uni et en Turquie.

Les besoins de soins de santé non satisfaits signalés par les citoyens dans le cadre d'enquêtes en population constituent un bon critère pour évaluer si certains groupes de population connaissent des problèmes d'accès aux soins. Les données ici présentées relativement à ces besoins non satisfaits proviennent de deux sources principales : 1) l'édition 2015 de l'enquête de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie (EU-SILC), dans le cadre de laquelle on demande aux personnes interrogées s'il leur est arrivé, au cours des 12 mois précédents, de ne pas consulter un médecin alors qu'elles en avaient besoin, et ce pour des raisons pouvant englober, entre autres, la cherté excessive des soins, un délai d'attente trop long ou un éloignement géographique excessif ; et 2) l'édition 2016 de l'enquête internationale du Commonwealth Fund sur les politiques de santé, dans le cadre de laquelle on demande aux personnes interrogées si, pour des raisons de coût, il leur est arrivé au cours de l'année écoulée de ne pas consulter un médecin alors qu'elles avaient un problème médical, de s'abstenir de subir un examen ou de suivre un traitement recommandés par un médecin, de ne pas se faire délivrer des médicaments prescrits ou encore de se passer de certaines prises de médicaments.

En 2015, dans tous les pays européens couverts par l'enquête EU-SILC, les personnes à faibles revenus étaient davantage susceptibles de faire état de besoins de soins non satisfaits que les personnes à hauts revenus. L'écart était particulièrement important en Grèce, en Italie et en Lettonie. Le coût était le motif le plus souvent invoqué par les personnes à faibles revenus pour expliquer leurs besoins non satisfaits en matière d'examen médicaux.

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 territoire national. La répartition géographique inégale des médecins représente un motif de préoccupation croissant dans de nombreux pays

de l'OCDE, surtout ceux qui comportent des zones isolées et peu peuplées.

Pour influencer sur le choix du lieu d'exercice des médecins, les pays recourent à tout un éventail de moyens d'action, y compris : 1) la fourniture d'incitations financières aux médecins s'installant dans des zones peu dotées en médecins ; 2) l'augmentation du nombre d'étudiants originaires de certaines régions inscrits à des formations médicales ; 3) l'encadrement du choix du lieu d'exercice ; et 4) une réorganisation de la prestation des soins de santé visant à améliorer les conditions d'exercice des médecins installés dans des zones mal desservies et à développer la télémédecine (OCDE, 2016).

Méthodologie et définitions

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 bien 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 (c.à.d. déduction faite des dépenses correspondant au volet sanitaire des soins de longue durée) sont présentées ici.

Les données sur les besoins de soins non satisfaits proviennent du cadre EU-SILC. Les données présentées englobent les besoins de soins non satisfaits pour des raisons financières, géographiques ou liées aux délais d'attente. Les habitants à faibles revenus appartiennent à la tranche des 20 % d'habitants les plus pauvres. Les habitants à revenus élevés appartiennent à la tranche des 20 % d'habitants les plus riches.

Le nombre de médecins inclus les médecins généralistes et les spécialistes en activité durant l'année dans une institution publique ou privé.

Les données relatives aux besoins de soins non satisfaits du Commonwealth Fund sont accessibles en ligne (voir annexe F)

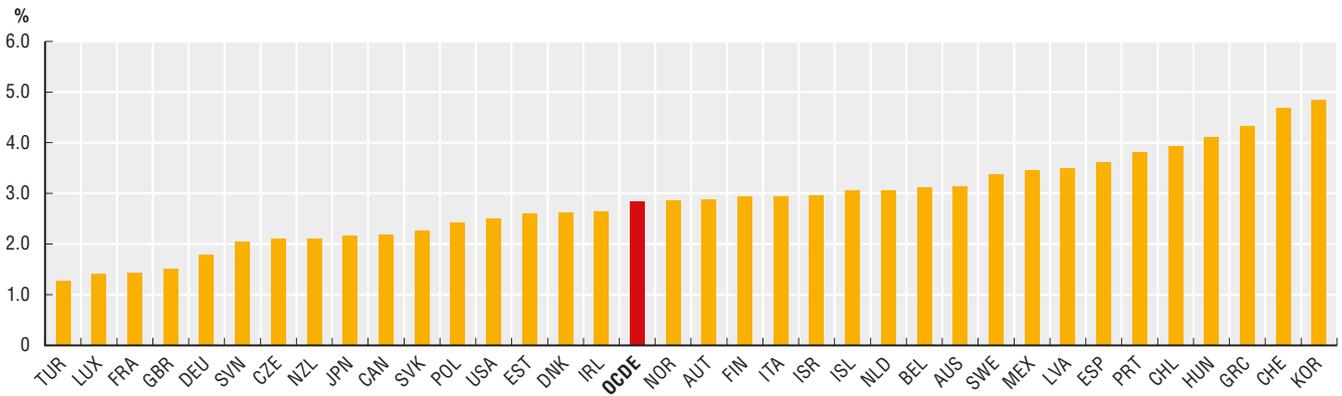
Pour en savoir plus

OCDE (2016), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, Éditions OCDE.

Notes relatives aux graphiques

Les notes relatives aux graphiques sont accessibles dans les Statslinks. Informations sur les données concernant Israël : <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>.

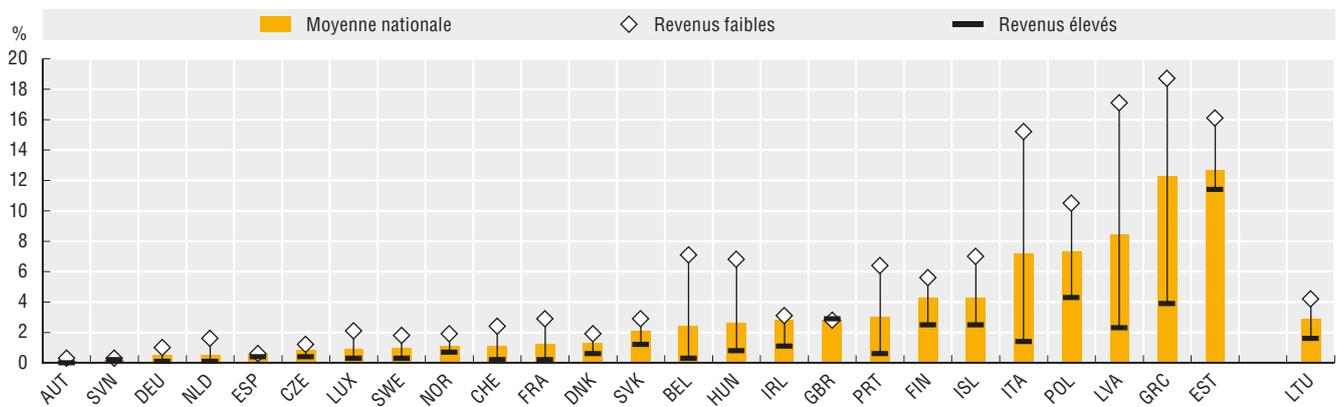
14.5 Poids des dépenses médicales à la charge des patients dans les dépenses finales des ménages (2014)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2016

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933540351>

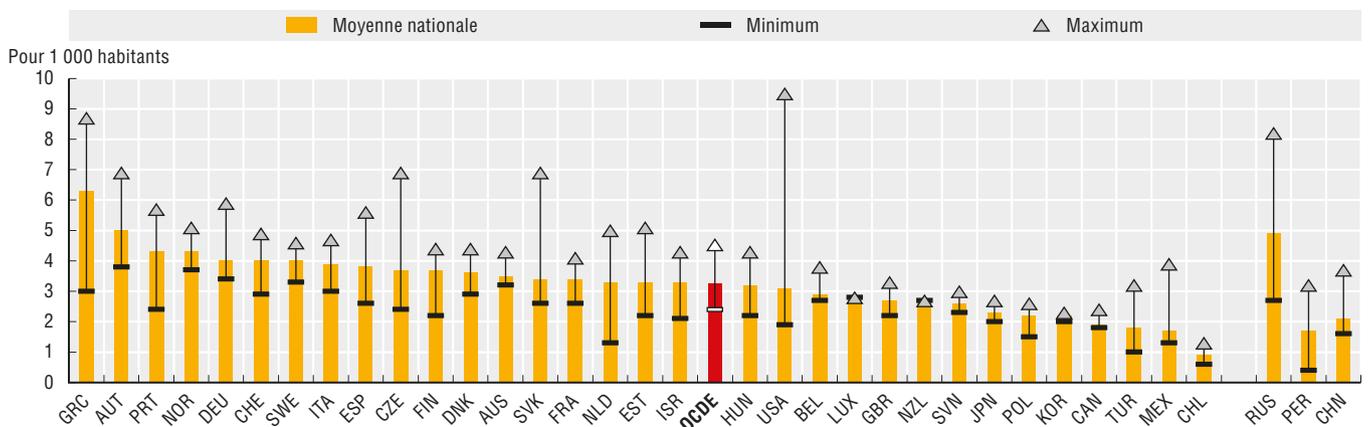
14.6 Besoins de soins non satisfaits (examens médicaux uniquement) selon le niveau de revenu (2015)



Source : Statistiques européennes sur le revenu et les conditions de vie (EU-SILC)

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933540370>

14.7 Écarts régionaux sur le plan de la densité de médecins (2013)



Source : Panorama des régions 2016

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933540389>

