

N° 19 • juin 1999

Les systèmes de santé européens peuvent être classés en trois grandes catégories : les systèmes articulés autour des caisses d'assurance-maladie sous tutelle de l'État, les services nationaux de santé d'Europe du nord et les systèmes d'Europe du sud. L'accès aux soins des personnes à bas revenus n'y obéit pas aux mêmes règles. Dans des pays comme l'Allemagne, la Belgique et les Pays-Bas, l'accès à l'assurance maladie s'est progressivement généralisé à partir d'une conception liée à l'affiliation professionnelle et des mesures spécifiques ont été prises pour les personnes à bas niveau de revenus. Dans les services nationaux de santé de l'Europe du nord, l'accès universel est garanti et les personnes à bas revenus sont très largement exonérées de ticket modérateur avec, le cas échéant, une prise en charge au niveau local. Dans les pays d'Europe du sud, les systèmes sont complexes et aboutissent à des conditions de prise en charge très différentes selon les populations. Des différences d'accès aux soins selon les catégories professionnelles persistent toutefois dans l'ensemble des pays.

Diane LEQUET SLAMA
Pierre VOLOVITCH
Ministère de l'Emploi et de la solidarité
DREES

La protection santé des personnes à bas revenus dans les pays européens

En Europe, les systèmes de santé et de protection sociale maladie se sont inspirés dans leurs fondements de deux logiques différentes. Dans l'option bismarckienne, la protection maladie est liée au travail et financée par des cotisations. Dans l'option beveridgienne, l'accès aux soins est universel et les services de santé sont financés par l'impôt. En réalité, au fil des ans, les différences entre les deux modèles se sont largement estompées.

Dans la pratique, trois grandes catégories de systèmes de santé peuvent être distinguées, au sein de l'Union européenne : les «systèmes» articulés autour de caisses d'assurance maladie sous tutelle de l'État, les services nationaux de santé d'Europe du nord et les systèmes mixtes d'Europe du sud.

L'accès aux soins des personnes à bas revenus n'obéit pas aux mêmes règles dans ces trois groupes de pays et peut même diverger sensiblement à l'intérieur d'un même groupe. L'intégration de ces populations a souvent été réalisée en procédant à des élargissements progressifs des régimes de sécurité sociale ou en confiant aux pouvoirs locaux le soin d'assurer une couverture plus étendue que la couverture gé-



nérale. Il en résulte des dispositifs souvent complexes et, au-delà des règles, des difficultés à comparer les situations concrètes des populations concernées.

Toutefois, la perception d'un revenu minimum garanti ou de prestations d'aide sociale est associée, dans tous les pays, à une prise en charge au titre de la maladie.

**Les systèmes articulés
autour de caisses d'assurance maladie,
une généralisation progressive des droits**
(Belgique, Allemagne, Pays-Bas, Autriche, Luxembourg)

Dans les systèmes articulés autour de caisses maladie, le bénéfice de l'assurance est en principe lié au travail. L'obligation d'appartenir à une catégorie professionnelle pour bénéficier de la protection sociale maladie s'est cependant infléchie à partir des années 70, au profit d'un mouvement de généralisation à l'ensemble des résidents. L'Allemagne et les Pays-Bas sont restés fidèles à la conception première en excluant de la couverture maladie publique obligatoire les personnes dépassant un certain seuil de revenus. En Allemagne, l'assurance maladie n'est obligatoire que jusqu'à un certain seuil de revenus (76 500 DM en 1999 pour les anciens Länder et 64 800 DM pour les Länder de l'Est). Les salariés dont le revenu dépasse ce seuil, les fonctionnaires et professions libérales ont la liberté de s'affilier soit à une caisse du régime légal d'assurance maladie, soit auprès d'une caisse d'assurance privée. Aux Pays-Bas, le système de protection sociale maladie associe les deux conceptions de financement des soins prédominantes en Europe, la conception bismarckienne et la conception beveridgienne. Pour les soins courants, jusqu'à un certain seuil de revenus (environ 28 500 euros), les Néerlandais bénéficient d'un système de sécurité sociale. Au-delà, seule l'adhésion à des assurances privées est possible. Pour les traitements longs et onéreux, un fonds spécial sur les frais exceptionnels de maladie (AWBZ) couvre tous les citoyens quel que soit leur niveau de revenu. Aujourd'hui, le système est en phase de transition vers un système de concurrence régulée inspirée du projet de réforme dit Dekker-Simons¹, du nom de ses promoteurs.

Dans ces cinq pays, des mesures spécifiques ont été prises pour prendre en charge les personnes à bas niveau de revenus ou en difficulté.

En Belgique

Les veuves et orphelins, les personnes handicapées et les personnes relevant de l'aide sociale (VIPO) sont pris

en charge par le régime général. Les bénéficiaires sont divisés en *trois catégories*, les deux dernières ayant une protection maladie supérieure : la population active, les «VIPO 75%» et les «VIPO 100%». La population relevant de l'aide sociale est rattachée aux «VIPO 100%» et bénéficie d'une prise en charge intégrale de ses frais de santé. Pour être exonérés de toute participation aux frais de santé, les ménages doivent avoir des revenus inférieurs à environ 12 000 euros (1997), ce seuil étant modulé en fonction du nombre de personnes à charge. Pour les ménages modestes mais disposant de revenus supérieurs au seuil, il existe un «plafond social» annuel qui supprime l'obligation de ticket modérateur pour l'assuré et ses ayants-droits. Toutefois, ce plafond social ne s'applique pas aux médicaments.

En Allemagne

Les personnes à bas revenus et leurs ayants-droit peuvent être affiliés au régime légal d'assurance maladie et être exonérés de toute contribution au paiement des soins avec, comme en Belgique, une attention portée aux ménages situés à proximité du seuil.

Cette affiliation est soumise à deux critères : soit un critère de statut (être allocataire de certaines prestations sociales), soit un critère de ressources (un barème est fixé chaque année, au niveau du Bund, tenant compte de la taille de la famille et de la localisation géographique).

Afin de lisser les effets de seuil, il est prévu une gratuité partielle de certains soins réservés aux personnes dont les revenus se situent au-dessus de ce barème et sous certaines conditions.

Les conditions particulières de bénéfice de la couverture maladie pour les plus défavorisés

Si la loi affirme que la participation financière des assurés aux dépenses de soins est indispensable, elle accorde également une grande attention au fait qu'elle ne doit priver personne du droit aux soins, même si le malade ne peut les payer.

Il est donc prévu explicitement des clauses d'exonération totale («clause sociale») ou partielle (clause de «non-surcharge» financière) des participations financières normalement exigibles.

La gratuité des soins («clause sociale»)

Elle concerne schématiquement deux groupes, l'un exonéré par statut, il s'agit des bénéficiaires de certaines allocations sociales ; l'autre exonéré sous conditions de ressources : il s'agit des assurés dont le revenu brut du ménage est inférieur à un certain plancher.

Le premier groupe se compose :

- des bénéficiaires de l'allocation d'assistance chômage ;*
- des bénéficiaires d'une aide aux victimes de guerre ;*
- sous certaines conditions, des bénéficiaires*

¹ Ce projet envisage une mise en concurrence des assureurs et des caisses maladie publiques qui propose à leurs assurés l'accès à des réseaux de soins. Mise en place par paliers successifs, cette réforme est aujourd'hui «en sommeil».

res de prestations liées à la formation (bourses de formation initiale, prestations d'aide à la formation professionnelle) ;

- des allocataires de «l'aide sociale à la subsistance», qui ont droit à être intégralement pris en charge en ce qui concerne l'affiliation à l'assurance maladie et leurs dépenses de soins.

Environ 8 millions d'assurés sont exonérés à ce titre du ticket modérateur.

Le second groupe est exonéré sous conditions de ressources. En 1999, le barème est le suivant :

	Anciens Länder	Nouveaux Länder
Célibataire	1 764 DM par mois	1 484 DM par mois
Couple	2 425 DM par mois	2 040 DM par mois
Par personne supplémentaire	441 DM par mois	371 DM par mois

L'exonération partielle

(«clause de non-surcharge financière»)

L'exonération partielle est décidée pour des personnes aux revenus modestes dans certaines conditions de difficultés financières. La gratuité s'applique alors aux médicaments, pansements, ... et aux frais de transport médicaux.

Si le seuil de revenus permettant la gratuité totale est juste dépassé, il ne peut cependant être exigé de l'assuré une participation aux frais médicaux supérieure à 2% de son revenu brut.

Les personnes souffrant d'une maladie chronique sont également bénéficiaires d'un tel mécanisme : lorsque, en moins d'un an, elles ont déjà dépensé 1% de leur revenu pour le traitement de la maladie chronique dont elles souffrent (variante assez différente du système français de prise en charge à 100%), elles sont dispensées de payer les médicaments et les frais de transport au-delà de cette limite.

Pour les personnes qui relèvent de «l'aide dans des circonstances particulières de la vie», l'aide médicale assure - si besoin est - la prise en charge de l'affiliation à l'assurance maladie. Elle couvre les visites de prévention, en particulier pour les enfants, les jeunes, les femmes, et les personnes âgées. Elle comprend le remboursement des médicaments, des traitements, ... suivant les cas individuels, le type d'aide demandée et les ressources du ménage.

Aux Pays-Bas

Le tiers payant est généralisé et intégral pour l'accès au médecin de premier recours. Pour les autres soins, des exemptions sont prévues pour les personnes âgées qui disposent de revenus peu élevés. Des assurances spécifiques existent pour couvrir des situations ou risques particuliers : accidents de travail, personnes âgées en dessous d'un seuil minimum de ressources, veuves, invalides. Une assurance soins de santé est associée au revenu minimum garanti.

En Autriche

Quasiment toute la population est couverte par une assurance maladie obligatoire.

Le tiers payant est la règle générale. La couverture maladie varie selon les régimes de sécurité sociale. Le régime général (ASGV) qui assure environ 80% de la population est le plus avantageux, puisqu'il ne prévoit aucune participation financière des assurés. Les personnes à revenus modestes sont exonérées de cotisations. Cette dernière disposition est appliquée dans la plupart des autres régimes à base professionnelle. Les personnes non couvertes par une assurance publique ainsi que les chômeurs bénéficient d'un certificat d'assurance locale qui leur permet de recourir gratuitement aux soins.

Les services nationaux de santé du «nord» : accès universel aux soins mais persistance d'inégalités

(Grande-Bretagne, Irlande, Finlande, Danemark, Suède)

Dans les services nationaux de santé d'Europe du nord, le financement est assumé à titre principal par l'État. Ces systèmes se fondent sur les principes beveridgiens d'accès universel aux soins et de fiscalisation des dépenses de santé. Le modèle de service national de santé, mis en place après guerre en Grande-Bretagne, a été adopté progressivement en Irlande et dans les pays du nord de l'Europe (Finlande, Suède, Danemark).

Dans ces pays, le problème de l'accès aux soins ne se pose en principe pas, la totalité de la population résidente étant prise en charge par le système de santé. Ainsi, l'accès aux médecins de ville dépendant du service national de santé est généralement gratuit et exonéré de toute participation financière du malade. Il en est de même pour les soins spécialisés et hospitaliers. Des tickets modérateurs pour les achats pharmaceutiques ont souvent été instaurés mais ils ne s'appliquent pas à certaines catégories de la population : personnes âgées, enfants, personnes en situation de pauvreté. La même situation prévaut pour les forfaits journaliers hospitaliers lorsqu'ils ont été mis en place.

L'existence de délais d'attente, parfois longs pour certaines interventions et consultations spécialisées, ainsi que les insuffisances d'une offre de soins dont le budget est assez strictement contrôlé ont, dans certains cas, favorisé le développement de systèmes de santé privés, accessibles seulement aux personnes ayant souscrit une assurance spécifique.

Dans les pays du nord de l'Europe, la place du secteur privé lucratif reste toutefois très faible. En accédant aux structures du service national de santé, les personnes disposant de faibles ressources ne se retrouvent pas pour autant dans un système de soins qui leur serait exclusivement dédié mais dans le système utilisé par la très grande

majorité de la population. En Grande-Bretagne, si le système de santé privé progresse, il ne couvre encore aujourd'hui, et de façon subsidiaire au National Health Service (NHS), qu'environ 10% de la population.

Le système de santé britannique

Il est fondé sur le principe d'universalité. Le service national de santé (NHS) est financé par l'impôt à plus de 80%. Toute personne résidente est prise en charge pour ses soins de santé par le NHS.

Les soins de premier recours sont exclusivement délivrés par des médecins généralistes. L'accès au généraliste est totalement gratuit. Le médecin est rémunéré par le NHS sur la base du nombre de patients inscrits sur sa liste (capitation).

L'accès aux spécialistes en consultations externes (au Royaume-Uni, les spécialistes n'exercent qu'à l'hôpital) et aux soins hospitaliers est organisé par le médecin généraliste. L'utilisation de ces services est totalement gratuite.

Les médicaments ne sont pas délivrés gratuitement et une participation de 6,8 euros par produit prescrit reste à la charge du patient. Cependant, la gratuité est totale pour les jeunes de moins de seize ans, les étudiants de moins de dix-huit ans, les personnes âgées de plus de soixante ans, les femmes enceintes ou mère d'un enfant de moins d'un an, les bénéficiaires des prestations d'aides sociales (revenu minimum, prestations d'invalidité,...).

Du fait de ces nombreuses exonérations, plus de la moitié des personnes ayant recours au système de soins est dispensée de toute participation aux dépenses de médicaments. En outre, les personnes qui ne bénéficient pas de la gratuité peuvent acquérir une carte d'abonnement pour une durée limitée (quatre mois ou un an) qui dispense de toute autre dépense. Le coût de l'abonnement de quatre mois est «amorti» dès que le nombre de médicaments achetés au cours de cette période est supérieur à 5.

Par contre les soins dentaires, tant que leur coût est inférieur à 400 euros, ne sont pris en charge qu'à 20% par le NHS. Il existe également, comme pour les médicaments, une gratuité totale pour les jeunes de moins de dix-huit ans, les bénéficiaires des prestations d'aides sociales : revenu minimum, prestations de chômage, prestations d'invalidité...

L'accès aux soins délivrés par le NHS apparaît donc largement ouvert à tous, et en particulier aux populations défavorisées. Afin que ces populations soient mieux prises en compte par les professionnels de santé, un des critères utilisés pour définir l'allocation régionale des ressources et la rémunération des généralistes s'appuie sur le pourcentage de personnes en situation de précarité ou d'exclusion dans la clientèle.

LES INÉGALITÉS D'ACCÈS AUX SOINS ET DE SANTÉ AU ROYAUME-UNI : LE RAPPORT ACHESON DE FÉVRIER 1999.

De nombreuses études britanniques mettent en lumière la persistance d'inégalités d'accès aux soins. La démarche des autorités britanniques s'articule autour d'une prise en compte, au plan quantitatif, des besoins spécifiques des populations défavorisées dans les modes d'allocation régionale des ressources et les modes de rémunération des professionnels et, sur un plan plus qualitatif, de données culturelles et sociales.

En tant que suite de travaux importants (Black Report – 1980 : The Health Divide – 1988), une commission présidée par Sir ACHESON a publié en février 1999 un rapport sur la question des inégalités devant la santé. Ce rapport illustre la démarche actuelle des autorités britanniques sur la question.

Première constatation pour les auteurs du rapport : les inégalités en matière de santé relèvent de domaines qui sont largement hors de la compétence du seul ministère de la Santé.

En conséquence, le rapport formule plusieurs recommandations générales :

- les politiques qui ont, de façon directe ou indirecte, des effets sur la santé devraient être évaluées sous l'angle de leur impact sur les inégalités en matière de santé ;
- ces politiques devraient avoir pour objectif d'améliorer la situation des plus défavorisés afin de conduire à une réelle réduction des inégalités ;
- la priorité doit porter sur les femmes enceintes ou ayant des jeunes enfants ainsi que sur les jeunes enfants eux-mêmes ;
- les prochaines étapes devraient s'attacher à la réduction des inégalités de revenus et à l'amélioration des conditions de vie des ménages pauvres.

En ce qui concerne le NHS, le rapport rappelle que l'équité, principe fondateur du NHS, demeure un axe essentiel de la politique du gouvernement. Le service national de santé doit donc :

- fournir un accès équitable à des soins effectifs : agir sur les facteurs «d'offre» (distribution géographique, disponibilité et formation des équipes soignantes), agir sur les facteurs de «demande» (connaissance des services disponibles, prise en charge de la dimension sociale de l'accès aux soins) ;
- agir en partenariat avec les autres intervenants publics pour améliorer la santé et s'attaquer aux causes d'inégalités en santé ;
- avoir un rôle moteur fondé sur la compétence professionnelle du NHS et être capable de stimuler le développement de politiques de santé au-delà de ses propres frontières : action d'éducation et de promotion de la santé à mener avec les autres acteurs de la société.

En Irlande

Un peu plus du tiers de la population (qui appartient à la «catégorie 1») a un accès gratuit à la plus grande partie des services sanitaires. Ces personnes disposent d'une carte médicale. Elles ont obligation de consulter le médecin généraliste avant tout recours aux spécialistes ou à l'hôpital. Cette obligation ne concerne pas les assurés de la «catégorie 2» qui doivent par contre s'acquitter de certains tickets modérateurs. Les dépenses restant à la charge des malades sont déductibles des impôts.

En Finlande

Les difficultés économiques des années 90 ont provoqué un désengagement des institutions publiques. Actuellement 20% des dépenses globales de santé sont à la charge

des malades. L'assurance maladie privée reste cependant peu développée. Les municipalités sont libres de déterminer une participation financière du patient ainsi que son montant, la loi fixant des limites qui ne peuvent être dépassées (10% environ).

Les frais médicaux qui resteraient à la charge des populations défavorisées (essentiellement sur les médicaments et les soins dentaires) peuvent être pris en charge au niveau des municipalités.

Dans les pays scandinaves, ce sont en général les autorités locales qui ont élargi les catégories exonérées de participation financière et le degré de prise en charge des assurés.

Au Danemark

Le service national de santé est financé à environ 85 % par la fiscalité locale et nationale. Il assure à la population entière l'égalité d'accès à la quasi-totalité des services de soins et est le plus souvent gratuit pour les usagers. Le système de santé danois est très décentralisé, les municipalités supportent les dépenses de médicaments pour les bénéficiaires de l'aide sociale.

En Suède

Le système de santé est d'inspiration «beveridgienne». Il est presque totalement public et financé par l'impôt. Très décentralisé dans son fonctionnement, le service national de santé suédois est contrôlé de façon rigoureuse par l'échelon central. Comme en Finlande, les soins sont très largement orientés vers l'hôpital. Les frais médicaux à la charge des populations défavorisées sont généralement financés par les municipalités.

Malgré cet accès aux soins pratiquement universel dans ces cinq pays, les études mettent en évidence une persistance, voire un élargissement des inégalités dans le domaine de la santé, comme en témoigne le rapport Acheson publié récemment au Royaume-Uni (voir encadré).

Europe du sud : des conditions d'accès aux soins différentes selon les populations (Grèce, Espagne, Italie, Portugal)

Les systèmes de santé des pays du sud de l'Europe sont plus difficiles à caractériser de manière homogène. Instaurés entre la fin des années 70 et le milieu des années 80 sur une base beveridgienne, les services nationaux de santé se sont greffés sur un ensemble de régimes de sécurité sociale et de mutuelles déjà en place. Il en est résulté des systèmes hybrides qui, tout en créant les structures d'un service national à vocation universelle, ont laissé subsister certains régimes particuliers.

Dans ce groupe de pays, les insuffisances du système public ont conduit à la formation et au développement de systèmes de santé privés, le plus souvent associés à des assurances complémentaires spécifiques, voire à la cons-

titution de systèmes parallèles de soins. Le système public de santé ne couvre souvent pas certains soins (soins dentaires par exemple, en Espagne et au Portugal), en particulier en raison du déficit numérique dans certaines spécialités. Il est, par ailleurs, inégalement réparti sur le territoire.

En Grèce

Neuf dentistes sur dix, par exemple, exercent en secteur privé. De plus, beaucoup de postes de médecins au sein du secteur public ne sont pas pourvus (près de 30 %) en raison de la faiblesse des rémunérations offertes, générant des files d'attente importantes. Les salariés de l'industrie et du commerce ainsi que les agriculteurs ont accès par leurs caisses maladie à un nombre important de structures de soins, offrant des prestations supérieures à celles délivrées par le service national de santé. Les personnes disposant d'une assurance privée maladie ont également accès à des réseaux de soins gérés par des compagnies d'assurance.

Si aucune exonération de ticket modérateur (participation de 25 % du prix pour les médicaments) n'est prévue pour les personnes à bas revenus, ces dernières ont la possibilité de se procurer gratuitement les médicaments en se rendant à l'hôpital.

En Espagne

Depuis 1989, la couverture maladie est étendue, sur une base non contributive, à tous les Espagnols sans ressources économiques suffisantes. L'accès aux structures du service national de santé est gratuit mais certains soins n'y sont pas assurés. Un seul ticket modérateur existe, concernant les médicaments (40 % du prix d'achat). Seules les personnes âgées en sont exonérées.

Un système complexe tendant à l'universalisation d'un droit à l'assistance sanitaire

La Constitution espagnole de 1978 pose comme principe l'universalité de la protection sociale en garantissant dans son article 43 «l'accès aux soins pour tous». La loi générale de santé du 25 avril 1986 dans ses articles 1.2, 3.2, 6.4, 46a, 81 et sa cinquième disposition transitoire organise l'universalisation du droit à l'assistance sanitaire.

Cette couverture sanitaire globale est actuellement en voie d'être réalisée, l'Espagne étant passée d'un taux de population protégée par le système sanitaire public de 83,62% en 1981 à un taux de 99,6% en 1997.

Cependant, cette tendance à l'universalisation du système ne repose pas sur l'existence d'un droit lié à la condition de citoyen ou de résident. L'Espagne a maintenu son organisation antérieure de la sécurité sociale tout en ouvrant plus largement son régime général à de nouvelles populations qui en étaient autrefois exclues. Ainsi, il est désormais possible de distinguer

quatre grandes catégories de population :

- les ressortissants du régime général de sécurité sociale (91,7% de la population totale) ;

- les ressortissants des régimes particuliers de sécurité sociale (mutuelles de fonctionnaires, travailleurs de la mer, et pour partie banques, compagnies d'assurances) soit 7,5 % de la population totale ;

- les personnes rattachées au régime général à partir de l'ancien système d'aide sociale («la beneficiencia»). Cette population, sans ressources économiques suffisantes, estimée à 1% de la population totale, bénéficie de l'extension de couverture sanitaire réalisée par le décret royal 1088 du 8 septembre 1989 ;

- les personnes sans droit à une couverture sanitaire publique du fait de leurs revenus élevés (environ 178 000 personnes).

A ce maintien en vigueur des différents régimes de sécurité sociale, il convient d'ajouter la subsistance d'un certain nombre de caractéristiques spécifiques. Ainsi, persiste la distinction entre les «titulaires des droits» et les «bénéficiaires» dont la couverture sanitaire continue à être liée à celle des «titulaires». Ces bénéficiaires, rajoutés à la carte de sécurité sociale du titulaire, instrument légal de base de l'organisation sanitaire et administrative du service national de santé, ne figurent pas sur les registres de sécurité sociale.

La décision de mettre en place une carte individuelle sanitaire (TIS) a été prise en 1989, mais sa distribution reste inégale selon les Communautés autonomes (3% en Galice, 33% en Catalogne, 84% sur la partie du territoire couverte par l'INSALUD et presque 100% au Pays Basque et en Navarre) et les bases légales pour qu'elle se substitue à la carte de sécurité sociale n'ont pas été adoptées.

Le problème des populations à bas revenus

Les populations à bas revenus, principalement les «titulaires de la couverture du système national de santé par nécessité économique» bénéficiaient auparavant de l'aide sociale («beneficiencia publica») et de ses institutions et réseaux spécialisés. Leur intégration au régime général de la sécurité sociale constitue un progrès indéniable mais ce régime, non universel et non coordonné aux services sociaux des collectivités territoriales implique :

- d'un côté, l'exigence de démontrer un état de nécessité économique pour l'ouverture des droits, peu compatible avec certaines situations de marginalité sociale ;

- de l'autre, la difficulté à répondre aux besoins spécifiques de ces personnes qui peuvent perdre des avantages consentis par les municipalités (soins dentaires et lunetterie, par exemple).

Deux communautés autonomes disposant

d'un transfert inégal de la compétence sanitaire, la Catalogne et la Navarre, ont apporté une solution en rendant possible l'accès de cette population à l'ensemble des prestations du service national de santé, moyennant le paiement d'une contribution supplémentaire d'un montant équivalent à celui de l'achat d'une police complémentaire d'assurance sanitaire privée.

Ces difficultés ont également conduit à la mise en place de programmes socio-sanitaires mis en œuvre par les organisations non gouvernementales (ONG), soit de manière indépendante, soit avec l'appui financier de l'État ou des communautés autonomes.

Ces programmes sont soit généraux dans le cadre de plans globaux contre l'exclusion sociale, soit spécialisés en fonction de la population bénéficiaire (marginiaux, drogués, gitans, prostitués,...) ou de la nature de l'organisation sanitaire apportée.

Le débat sur la couverture universelle vient toutefois d'être relancé en Espagne, à l'occasion de plaintes sur la prise en charge maladie d'immigrés en situation irrégulière.

En Italie

Dans le cadre du service national de santé, le tiers payant est généralisé. La réforme de 1992² qui introduit des modèles de concurrence au sein du service national de santé à compter de 1997, prévoit la possibilité, dans certains cas, d'un paiement préalable du patient. Les montants de participation financière des ménages sont réglés au niveau central mais les régions ont le droit d'en augmenter les taux, en fonction de leurs besoins financiers.

Des tickets modérateurs existent dans le domaine de la pharmacie, des consultations de spécialistes et pour les examens de laboratoires. Les consultations de médecins généralistes et pédiatres sont gratuites. Les enfants de moins de dix ans, les personnes âgées titulaires de pensions de vieillesse, les anciens militaires, les personnes handicapées bénéficient d'exonérations. Les personnes à bas revenus ne sont plus exonérées automatiquement depuis 1990 en raison de l'importance des fraudes. En effet, si une personne sur quatre était, à l'époque, dispensée de tout paiement sur les médicaments, plus de la moitié des dépenses pharmaceutiques concernait des personnes non assujetties au versement d'un ticket modérateur. Les régions peuvent toutefois accorder des aides aux personnes qui ne pourraient subvenir aux frais nécessaires à leurs traitements.

² Cette réforme comporte deux grands volets : une régionalisation du financement de la santé et l'introduction de modèles concurrentiels de fourniture de soins dans un contexte décentralisé. Les régions ont le choix entre trois modèles : le contrat ponctuel qui laisse le patient totalement libre de s'adresser à n'importe quel prestataire de soins, public ou privé conventionné, les prestataires préférentiels et le modèle traditionnel qui n'ouvre l'accès qu'au seul Service National de Santé.

Au Portugal

Le service national de santé offrant théoriquement l'accès gratuit à tous les types de soins, aucune mesure spécifique n'a donc été adoptée pour les personnes en dessous d'un certain seuil de revenus. Les structures de soins dépendant du service national de santé se sont de plus en plus concentrées sur les personnes les plus pauvres en raison de difficultés internes de fonctionnement. Certains soins spécialisés sont encore quasiment absents de l'offre publique. C'est ainsi que plus de 80% des consultations dentaires, 70% des examens de laboratoires et 50% des radiographies et consultations de spécialistes sont réalisés dans le secteur privé.

Aujourd'hui, outre les 25% de personnes dépendant de systèmes de santé et de protection maladie «substitutifs» ou complémentaires au service national de santé, 10% de la population portugaise disposent d'une assurance santé complémentaire auprès de compagnies d'assurance commerciales et 6% adhèrent à des mutuelles. Ces assurances permettent à leurs bénéficiaires d'accéder à des structures de soins privées et d'échapper ainsi aux difficultés d'accès au service national de santé. Jusqu'en 1989-1990, l'État a fortement encouragé le développement du secteur privé par la possibilité de déduire de l'impôt sur le revenu les dépenses de soins privées.

Les pouvoirs publics se sont engagés récemment à accorder une attention toute particulière aux populations vulnérables.

À côté des problèmes de structure, la persistance d'inégalités dans le domaine de la santé et la montée des phénomènes d'exclusion ont conduit la plupart des pays à s'interroger sur les dimensions non directement financières de l'accès aux soins des plus démunis.

Au-delà des différences de systèmes de soins et de situation économique, les chercheurs, les pouvoirs publics et les professionnels de terrain se retrouvent, en effet, largement sur plusieurs points. Tout d'abord sur le fait, souvent évoqué par ailleurs, que les questions de santé ont des dimensions qui ne sont pas directement sanitaires. Le logement, l'éducation, les conditions d'accès à l'emploi, le niveau des revenus et l'évolution des inégalités jouent un rôle non négligeable. Un autre point souligné régulièrement concerne l'existence de freins culturels importants, en particulier de problèmes de «niveaux de langage» différents entre les professionnels de santé et les populations en difficulté. Est enfin souvent évoqué, un rapport au temps qui n'est pas le même pour le professionnel de santé et pour la personne en situation d'exclusion qui peut avoir des difficultés à observer l'heure du rendez-vous ou à suivre un protocole de soins.

LES ÉTUDES SUR LES INÉGALITÉS EN MATIÈRE DE SANTÉ ET D'ACCÈS AUX SOINS : PERSISTANCE DE DIFFÉRENCES SENSIBLES ENTRE CATÉGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES

Malgré les différences importantes concernant l'organisation des systèmes de soins, on retrouve dans tous les pays de l'Union européenne les mêmes constatations en matière de disparités dans le recours aux médecins, l'usage des soins préventifs et plus largement l'état de santé. Certaines études introduisent des variables comme, par exemple, le niveau d'éducation. Sans prétendre être exhaustif, il semble intéressant de citer quelques conclusions.

Ainsi une étude réalisée en RFA (Brennecke, 1985) et portant sur un échantillon représentatif de 3 000 ménages, fait apparaître un recours au médecin généraliste plus important pour les travailleurs manuels alors que le résultat est inverse en ce qui concerne le recours au dentiste.

Dans le même sens, une étude réalisée en Irlande, en 1991, (Nolan) sur un échantillon de 3 300 ménages sélectionnés par l'Institut de recherche économique et social, montre que les personnes les moins qualifiées (travailleurs manuels non qualifiés) consultent

près de trois fois plus leur médecin généraliste, dont l'accès est gratuit, que les personnes d'une classe sociale supérieure (entrepreneur et cadres supérieurs).

De nombreuses études portugaises, hollandaises et grecques insistent également sur le lien entre niveau d'éducation et mode d'utilisation du système de soins. Dans une étude réalisée aux Pays-Bas, F.H. Rutten (1987), dans une approche économique, montre que, curieusement, c'est en période de réduction des lits hospitaliers que les catégories sociales élevées ont un nombre d'admissions sensiblement plus élevé par rapport aux autres, les plus défavorisées accédant plus facilement à l'hôpital lorsque le ratio lits par habitant est élevé. Cette observation peut, en partie, refléter une pratique de prévention plus importante pour les catégories sociales favorisées. Ainsi, dans une étude suédoise, Dahlgren & Diderichsen (1985) montrent que les personnes appartenant à des catégories aisées consultent plus facilement pour des problèmes de santé qui apparaissent mineurs.

DONNÉES DE CADRAGE

Sur la question de l'accès à l'assurance maladie des personnes à bas revenus, il n'existe pas de données chiffrées utilisables sur un plan comparatif. Des données plus globales sont cependant utiles pour éclairer la comparaison

Le poids des dépenses de santé dans les PIB des différents pays de l'Union européenne enregistre des écarts importants (tableau 1). Toutefois la progression de la part des dépenses de santé dans le PIB, qui caractérise la plupart des pays de l'Union européenne entre 1980 et 1996, s'accompagne d'une réduction des écarts entre pays. En 1980, l'écart entre la Grèce et l'Allemagne était de 5,2 points. En 1996, il est encore de 3,7 points.

La place des personnes à bas revenus dans la population totale et l'impact des autres politiques sociales varient considérablement entre les pays de l'Union (tableau 2). Les chiffres indiqués dans ce tableau, issus du «panel européen des ménages» ne prennent en compte que les prestations en espèces, et l'impact des dépenses d'assurance maladie, distribuées sous forme de prestations en nature, n'est pas ici mesurable. Ces données permettent cependant de comprendre que les problèmes de prise en charge par l'assurance maladie des personnes à bas revenus n'auront pas la même ampleur dans un pays comme le Danemark, où la part des ménages à bas revenus tombe en dessous de 10% de la population du fait des politiques sociales générales, qu'en Irlande où, même après les transferts en espèces, les ménages à bas revenus représentent encore plus du quart de la population.

T 01 part de la dépense de santé dans le PIB

	1980	1990	1995	1996
Allemagne	8,8	8,7	10,4	10,5
Autriche	7,7	7,2	8	8
Belgique	6,5	7,5	7,9	7,8
Danemark	8,7	8,2	8	8
Espagne	5,6	6,9	7,3	7,4
Finlande	6,5	8	7,6	7,4
France	7,6	8,9	9,9	9,7
Grèce	3,6	4,2	5,8	6,8
Irlande	8,7	6,7	7	7
Italie	7	8,1	7,7	7,8
Luxembourg	6,2	6,6	6,7	6,8
Pays-Bas	7,9	8,3	8,8	8,6
Portugal	5,8	6,5	8,2	8,3
Royaume-uni	5,6	6	6,9	6,9
Suède	9,4	8,8	8,5	8,6
Moyenne Union européenne	"	7	7,4	7,9

Source : OCDE

Dépense totale de santé :

Soins ambulatoires (biens et services)

+ Soins hospitaliers

= Dépenses personnels de santé

+ Services de santé collectifs

+ Administration de la santé et de l'assurance maladie

= Dépenses courantes de santé

+ Investissements dans les équipements de santé

= Dépense totale de santé

T 02 part des ménages à bas revenus dans les différents pays européens en 1995

	Avant transferts sociaux	Après transferts sociaux
Allemagne	22,2	16,2
Autriche	23	16,5
Belgique	29,3	16,1
Danemark	26,5	8,2
Espagne	27,2	21,8
France	21,5	12,9
Grèce	24,5	23
Irlande	39,5	28,6
Italie	20	17,7
Luxembourg	24,4	15,2
Pays-Bas	25,5	11,3
Portugal	31	26,4
Royaume-uni	40,8	23,7

Source : Eurostat

Dépense totale de santé :

Les ménages à bas revenus sont définis comme ceux dont le revenu par unité de consommation est inférieur à la moitié du revenu moyen de chaque pays.

La notion de revenu monétaire utilisé est le revenu du ménage, déduction faite de l'impôt sur le revenu (sauf pour la France).

Les transferts sociaux pris en compte se limitent aux prestations en espèces (donc hors prestations en nature au titre de la santé).

L'échelle d'équivalence utilisée est la nouvelle échelle OCDE.