

Différentes stratégies de financement assurent la couverture des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE. Néanmoins, les régimes obligatoires de financement, assurés par l'État, et les assurances maladies gérées par des caisses publiques ou des assureurs privés, financent principalement la santé dans tous les pays de l'OCDE. Les assurances privées obligatoires se développent depuis une dizaine d'années dans de nombreux pays. En Allemagne et en France, une partie de l'assurance privée, auparavant facultative, est devenue obligatoire. Aux États-Unis, ce mouvement a également été majeur avec l'Obamacare. En 2018, la France est le second pays de l'OCDE, derrière les États-Unis, qui consacre la part la plus importante de sa dépense de santé au sens international à la gouvernance de son système. 40% de ces dépenses de gouvernance proviennent des organismes complémentaires.

Service national de santé, assurance maladie, ou assureurs privés obligatoires : trois approches du financement des soins

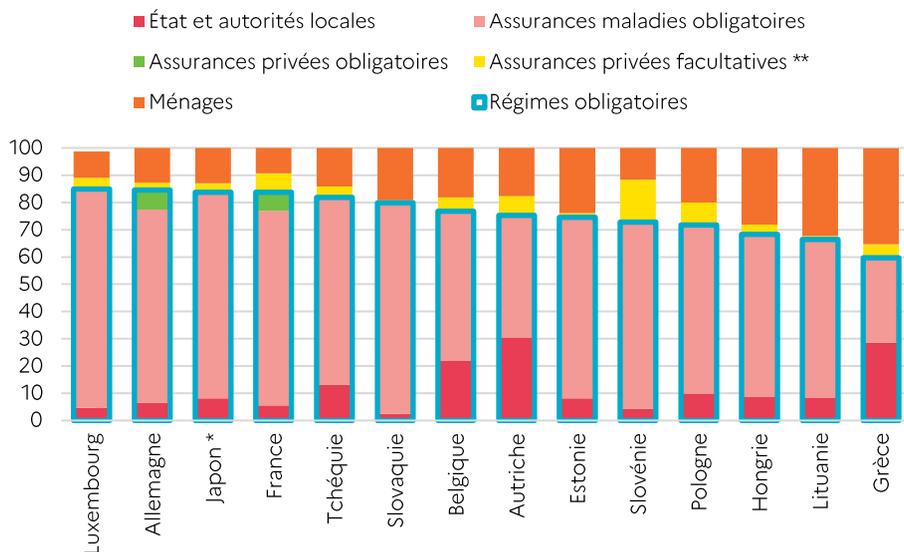
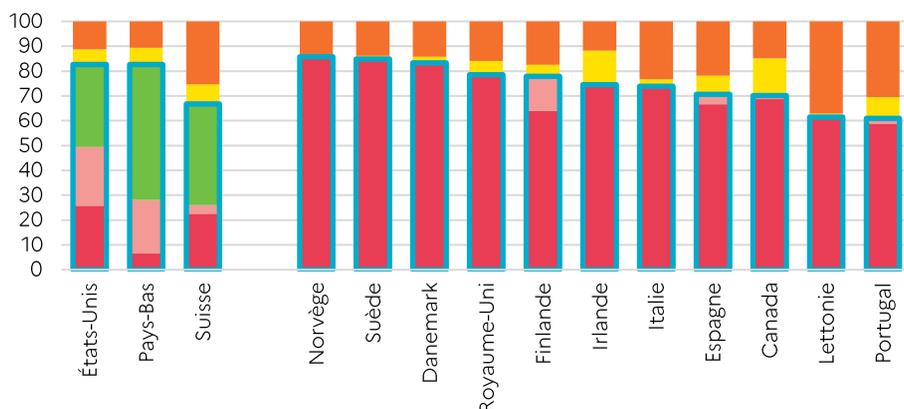
Dans la totalité des pays considérés, les **régimes obligatoires** de financement de la santé (encadrés en bleu sur le *graphique 1*) couvrent plus de la moitié des dépenses courantes de santé, et même plus des trois quarts pour 15 pays sur 28. Dans les pays du nord et du sud de l'Europe, en Lettonie, au Royaume-Uni, en Irlande et au Canada, l'État assure un **service national de santé** financé par l'impôt. Les administrations centrales, régionales ou locales financent plus de la moitié des dépenses courantes de santé. Cette part dépasse 80% en Norvège, en Suède et au Danemark (respectivement 86%, 85% et 83%). Les résidents sont couverts automatiquement, mais leur parcours de soins est très encadré. En Finlande, en Suède, en Espagne et au Portugal, les soins primaires sont souvent dispensés dans des centres publics où les médecins sont généralement salariés ou payés à la capitation (rémunération annuelle versée à un médecin pour prendre soin d'un patient inscrit à son cabinet). Dans les systèmes d'**assurance maladie** gérée par des caisses publiques de sécurité sociale, les prestations maladie sont versées en contrepartie de cotisations en général assises sur les revenus d'activité. L'affiliation est obligatoire. Ainsi, au Luxembourg, en Allemagne, en France ou au Japon notamment, plus de 70% de l'ensemble des dépenses courantes de santé au sens international (DCSi) sont couvertes par l'assurance maladie en 2019 (81% au Luxembourg, 71% en France et en Allemagne et 76% au Japon). Concernant l'offre de soins, la médecine y est souvent libérale et les médecins sont principalement rémunérés à l'acte, même si ce mode

d'exercice cohabite avec des hôpitaux publics. Si l'assurance maladie est en grande partie financée par les cotisations sociales versées par les employeurs et les salariés, une part des recettes de ces dispositifs peuvent également provenir des transferts publics. Ainsi, au Japon, au Luxembourg ou en Belgique, les recettes de l'assurance maladie proviennent des transferts publics à hauteur d'environ 40% pour les deux premiers et de 30% pour la Belgique.

Certains pays, comme la Suisse et les Pays-Bas, ont mis en place, de longue date, un système d'assurance maladie obligatoire pour tous les résidents, mais en ont confié la gestion à des **assureurs privés** mis en concurrence. L'État intervient toutefois afin de pallier les défaillances du marché. Il oblige tous les résidents à contracter une assurance santé (dans une logique universelle), définit le panier de soins de base minimal et met en place des dispositifs d'aide à l'acquisition et au paiement de cette assurance pour les personnes aux revenus modestes. Il impose également des limites à la sélection des risques afin que les assureurs ne puissent ni refuser un souscripteur en raison de son état de santé ou de son âge, ni moduler les tarifs en cours de contrat en fonction des dépenses de santé observées. Enfin, l'État impose des contraintes dans la fixation des primes d'assurance. Ainsi, aux Pays-Bas, une partie de la prime est payée par l'employeur en fonction du revenu du salarié, ce qui n'est pas le cas en Suisse où les primes dépendent de l'âge, du sexe et du lieu de résidence. Aux États-Unis, depuis 2014, le *Patient Protection and Affordable Care Act (Obamacare)* oblige les particuliers à souscrire une assurance maladie, sous peine de se voir infliger des pénalités. À l'instar de la Suisse et des Pays-Bas, les assurances maladies, devenues obligatoires, restent toutefois largement privées.

Graphique 1 Financement de la dépense courante de santé au sens international en 2019

En % de la dépense courante de santé internationale (DCSi)

Systèmes d'assurance maladie gérée par des caisses publiques**Systèmes d'assurance maladie gérée par des assureurs privés (à gauche) et systèmes nationaux de santé (à droite)**

* Données 2018. ** Et autres dispositifs facultatifs.

Note > Le Système international des comptes de la santé distingue différents mécanismes de financement décrits dans l'annexe 1.**Sources** > OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).**Les assurances privées obligatoires plus développées en 2019 qu'en 2006**

Depuis 2006, la structure de financement des systèmes de santé a évolué, vers plus d'intervention des assurances privées obligatoires dans

plusieurs pays (*graphique 2*). En Allemagne et en France, une partie de l'assurance privée, auparavant facultative est devenue obligatoire. En Allemagne, les travailleurs indépendants, les fonctionnaires et les salariés les plus aisés peuvent sortir de l'assurance maladie publique et

s'assurer auprès d'un organisme privé. En France, depuis 2016, une assurance maladie complémentaire, financée partiellement par l'employeur, est obligatoire pour les salariés du secteur privé. Aux États-Unis, ce mouvement a été plus fort avec, entre 2006 et 2019, un basculement de l'assurance privée volontaire ou facultative (40% de la DCSi en 2006) à l'assurance privée obligatoire (33% de la DCSi en 2019).

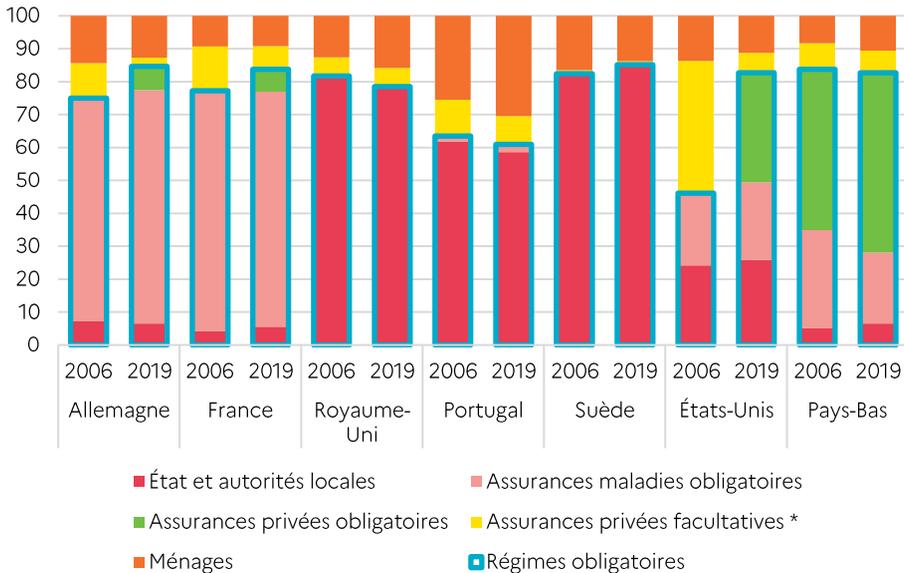
Au cours de cette même période, d'autres pays ont conforté leurs modèles de financement. Aux Pays-Bas, l'assurance privée obligatoire est renforcée : elle représente à présent 55% du financement de la DCSi (contre 49% en 2006). Des pays du Sud de l'Europe ont réduit la part des participations publiques pour réaliser des économies budgétaires, au prix d'une plus forte contribution des ménages au financement de la dépense courante de santé : +4 points au Portugal, +2 points en Italie, +1 point en Espagne. Le Royaume-Uni s'inscrit également dans cette tendance à la hausse du reste à charge des ménages (+3 points).

Des dépenses de gouvernance plus faibles pour les systèmes gérés directement par l'État

Aux États-Unis, les dépenses de gouvernance du système de soins, tous financeurs publics et privés confondus, représentent 8 % de la DCSi en 2019 (graphique 3). La France¹ arrive en deuxième position derrière les États-Unis avec 7 % de la DCSi (fiche 20), loin devant les autres systèmes d'assurance maladie obligatoire. Parmi les systèmes d'assurance maladie gérée par des caisses publiques, l'Allemagne consacre 4,7% de ses dépenses de santé à la gouvernance, soit environ 30% de moins qu'en France. En France et aux États-Unis, les dépenses de gestion des assurances privées obligatoires ou facultatives dans les coûts de gestion des systèmes de santé sont relativement élevées : respectivement 40% en France et 50% aux États-Unis.

Graphique 2 Évolution du financement de la DCSi entre 2006 et 2019 dans sept pays

En % de la DCSi



* Et autres dispositifs facultatifs.

Sources > OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé.

¹ En France, les dépenses de gouvernance recouvrent d'une part les coûts de gestion du système de santé, et d'autre part les subventions versées par l'assurance maladie. En 2018, les subventions comprennent la prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales des professionnels de

santé, les dotations versées pour l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins, les participations à divers opérateurs de santé (Institut national de la transfusion sanguine, etc.) et l'aide à la télétransmission.

Les systèmes d'assurance maladie gérée majoritairement par des assureurs privés comme les États-Unis, les Pays-Bas et la Suisse ont plus de dépenses de gouvernance réalisées par des opérateurs privés : de 50 % à 72 % des dépenses. Pourtant, dans ces pays, ce sont les organismes privés qui financent la majorité de la DCSI : 39 % aux États-Unis, 61 % au Pays-Bas et 75 % en Suisse. En France, les organismes complémentaires comptent pour 40 % des dépenses de gouvernance tout en ne finançant que 14 % des dépenses de santé au total. Cela s'explique en partie par la forte « complémentarité » de la couverte complémentaire et de base en France (Paris et Polton, 2016 ; Lafon et Montaut, 2017). En effet, en France, l'assurance maladie privée intervient essentiellement dans une logique de cofinancement public et privé pour la quasi-totalité des soins et biens médicaux. Les économies d'échelle dans les coûts de gestion devraient donc être moins importantes dans le cadre du système français que dans d'autres pays. Ainsi, selon l'OCDE, 96 % des Français sont couverts par une assurance privée, devant 84 %

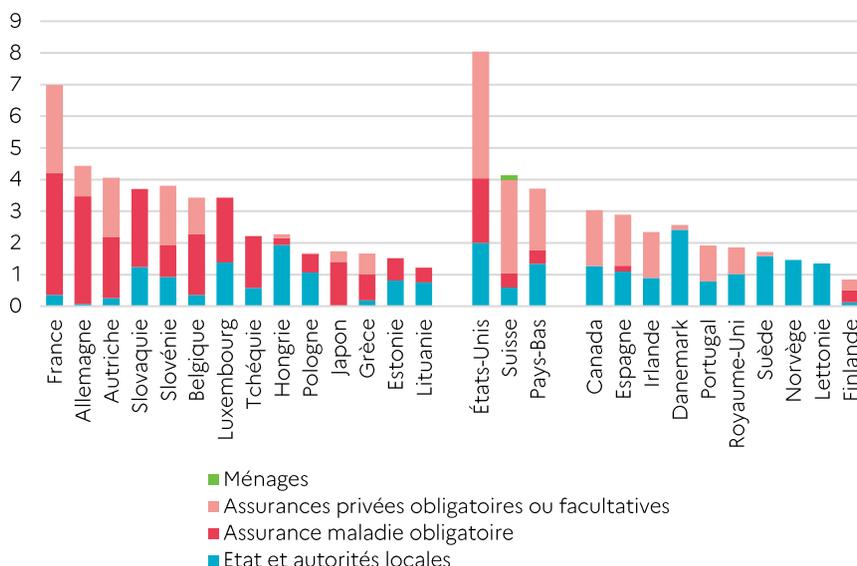
des Néerlandais (alors que les Pays-Bas accueillent le plus vaste marché de l'assurance privée des pays de l'OCDE) et 24 % de la population allemande (OCDE, 2019).

La Cour des Comptes a néanmoins souligné dans un rapport de juin 2021, que les dépenses de gouvernance du système de santé français ont augmenté de 15,5 % en 10 ans, mais « ce total recouvre de fortes disparités entre les dépenses de gouvernance des régimes de sécurité sociale, en légère décroissance (- 5 %), et celles des organismes complémentaires, en très nette augmentation (+46 %) [Cour des Comptes 2021].

D'une manière générale, les dépenses de gouvernance les plus importantes relativement aux dépenses de soins sont observées dans les pays ayant une gestion majoritairement réalisée par des caisses de sécurité sociale ou des assureurs privés. Les systèmes nationaux de santé gérés par l'État semblent globalement plus économes en matière de gouvernance : ils y consacrent de 0,8 % (Finlande) à 3,0 % (Canada) de la DCSI. ■

Graphique 3 Décomposition des dépenses de gouvernance des systèmes de santé en 2019

En % de la DCSI



Lecture > En France en 2019, les dépenses de gouvernance des systèmes de santé représentent 7 % de la DCSI, dont 2,8 % de dépenses des assurances privées obligatoires ou facultatives, 3,8 % de dépenses de l'assurance maladie obligatoire et 0,4 % de dépenses de l'État.

Sources > DREES, comptes de la santé (pour la France, données pour les années 2013-2019) ; OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé.

Pour en savoir plus

- > **Barlet, M., et al.** (2019) *La complémentaire santé. Acteurs, bénéficiaires, garanties*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.
- > **Cour des comptes.** (2021, juin). Les complémentaires santé : un système très protecteur mais peu efficient. Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.
- > **Lafon, A., Montaut A.** (2017, juin). La place de l'assurance maladie privée dans six pays européens. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 19.
- > **OCDE (2019)**, Panorama de la santé 2019. Paris, France : édition OCDE.
- > **Paris V. et Polton D.,** (2016, juin). L'articulation entre assurance maladie obligatoire et complémentaire, une spécificité française ? *Regards EN3S*, 49.