

La structure de financement des dépenses de santé entre systèmes d'assurance maladie, systèmes libéraux de santé et systèmes nationaux de santé varie entre pays. Dans les systèmes d'assurance maladie, comme en France, les assurances obligatoires publiques financent la majeure partie des dépenses ; dans les systèmes nationaux de santé, l'État est le premier financeur. Enfin, les systèmes libéraux de santé se caractérisent par un financement important des assurances privées. Depuis une dizaine d'années, la part des assurances privées obligatoires a augmenté en Allemagne et en France, où une partie de l'assurance privée – auparavant facultative – est devenue obligatoire. Les États-Unis connaissent des évolutions comparables depuis la mise en place de l'Obamacare.

La crise sanitaire a légèrement modifié la structure de financement de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) vers moins de paiements directs des ménages, une moindre participation des régimes privés volontaires et plus d'interventions publiques.

Enfin, le poids des dépenses de gouvernance dépend du système de santé : en moyenne, elles sont plus faibles pour les systèmes nationaux de santé, intermédiaires pour les systèmes d'assurance maladie et plus élevées pour les systèmes libéraux.

Système national de santé, système d'assurance maladie ou système libéral : trois approches du financement des soins

Dans la totalité des pays étudiés, les régimes publics et privés obligatoires représentent plus de la moitié des dépenses courantes de santé au sens international (DCSi), le reste étant constitué principalement du reste à charge (RAC) des ménages et des assurances privées facultatives (*graphique 1*).

Trois approches de financement de ces régimes obligatoires dominent dans les pays de l'OCDE : les systèmes d'assurance maladie, les systèmes libéraux de santé et les systèmes nationaux de santé.

Systèmes d'assurance maladie

Dans les systèmes d'assurance maladie gérés par des caisses publiques de sécurité sociale, les prestations maladies sont versées en contrepartie de cotisations, en général assises sur les revenus d'activité, et l'affiliation est obligatoire. Les dépenses de santé sont dès lors remboursées dans la limite d'un montant de base défini par les pouvoirs publics. 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.

Au Luxembourg, en Croatie, en France, en Tchéquie ou en Slovaquie, plus de 70 % de l'ensemble de la DCSi est financée par l'assurance maladie en 2021 (respectivement 77 %, 76 %, 74 %, 71 % et 70 %). La France complète cette couverture par des dispositifs d'assurance maladie privés, devenus obligatoires en 2016, dans certaines conditions d'emploi (voir *infra* ; 6 % de la DCSi). L'État finance égale-

ment une partie des dépenses de santé des personnes les plus modestes de manière à garantir l'universalité de la couverture santé (4 %).

De manière générale, dans les systèmes d'assurance maladie, l'assurance privée volontaire joue un rôle mineur (au sens où elle finance moins de 10 % des dépenses de santé), à l'exception de la Slovaquie où elle représente 13 % de la DCSi.

Systèmes libéraux de santé

Certains pays comme la Suisse et les Pays-Bas disposent d'un système d'assurance maladie obligatoire pour tous les résidents, mais en ont confié la gestion à des assureurs privés mis en concurrence. Dans ces deux pays, les assurances privées obligatoires financent respectivement 36 % et 50 % de la DCSi.

L'État intervient toutefois pour pallier les défaillances du marché et pour garantir un haut niveau de solidarité. Il définit ainsi 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, il impose des contraintes dans la fixation des primes d'assurance. Des disparités subsistent toutefois en ces deux pays : si aux Pays-Bas, une partie de la prime est payée par l'employeur en fonction du revenu du salarié, ce 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 (ACA ou Obamacare) oblige les particuliers à souscrire à une assurance maladie. Les plus modestes sont couverts par des assurances publiques : Medicaid ou le Children's Health Insurance Program pour les plus jeunes et Medicare pour les personnes âgées. À l'instar de la Suisse et des Pays-Bas, les assurances maladies – devenues obligatoires – restent toutefois largement privées : dans ce pays, 30 % de la DCSi est financée par les assurances privées obligatoires en 2021.

Systèmes nationaux de santé

Dans les pays du nord de l'Europe, en Lettonie, au Royaume-Uni, en Irlande et au Canada, l'État assure un système national de santé financé par l'impôt. Les administrations centrales, régionales et locales sont responsables du financement du système de santé et disposent du droit de lever des impôts pour couvrir les dépenses de santé engagées. Les résidents de ces pays sont automatiquement couverts par le système national de santé, mais le parcours de soins y est très encadré : les soins primaires sont souvent dispensés dans des centres

publics où les médecins sont généralement salariés ou payés à la capitation¹. Une offre de soins privée peut toutefois se développer en marge de l'offre publique, mais les patients qui souhaitent y avoir recours supportent le coût total des traitements et des soins reçus.

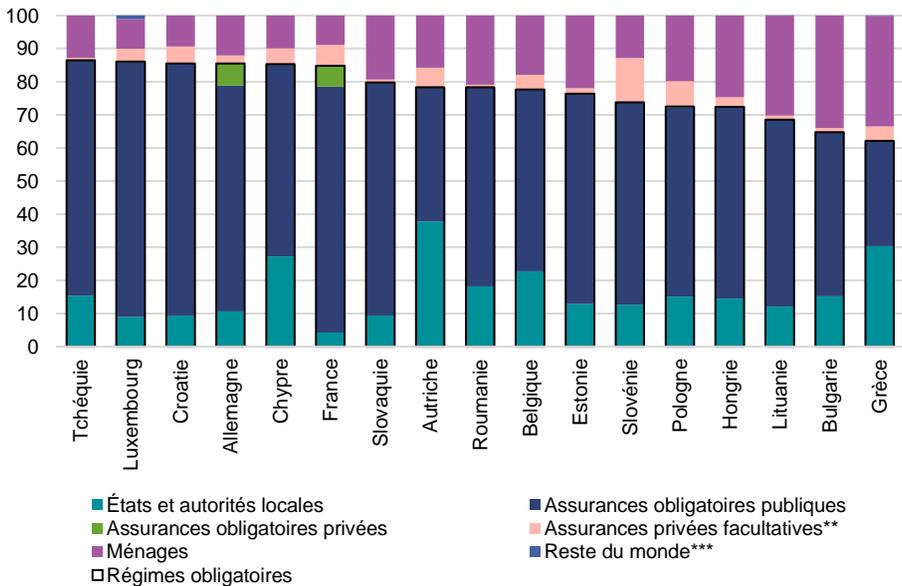
Dans les pays avec un système national de santé, l'État est le premier financeur des dépenses de santé : en Suède, au Danemark et au Royaume-Uni, l'État prend ainsi en charge plus de 80 % de ces dépenses (respectivement 86 %, 85 % et 83 %).

Si des pays comme l'Italie, l'Espagne et le Portugal ont également un système majoritairement financé par l'État (respectivement 75 %, 68 % et 61 %), la part des dépenses de santé restant à la charge de ménages est en augmentation depuis la crise économique de 2008 et représente plus de 20 % des dépenses de santé en 2021 (respectivement 22 %, 21 % et 29 %). Cette augmentation résulte probablement des politiques budgétaires mises en place après la crise, notamment de l'instauration ou de l'augmentation des tickets modérateurs² ainsi que du relèvement des seuils de remboursement (OCDE, 2021).

Graphique 1 Financement de la DCSi en 2021

Systèmes d'assurance maladie gérés par des caisses publiques

En % de la DCSi

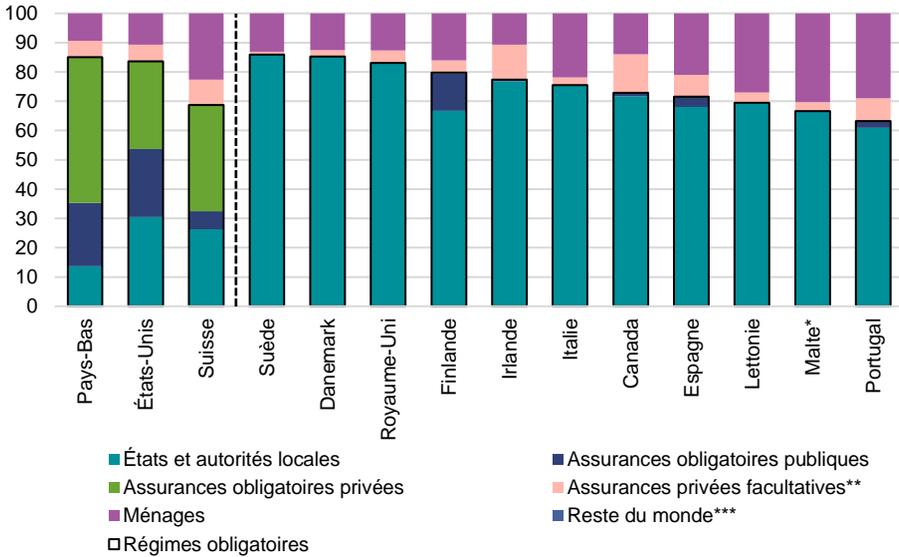


¹ La capitation est une rémunération annuelle versée à un médecin pour prendre soin d'un patient inscrit à son cabinet.

² Le ticket modérateur est la partie des dépenses de santé qui reste à la charge des ménages une fois que l'Assurance maladie a remboursé sa part.

Systèmes libéraux de santé (à gauche) et systèmes nationaux de santé (à droite)

En % de la DCSi



* Données 2020 ; ** et autres dispositifs facultatifs ; *** le reste du monde correspond en grande partie au financement à l'assurance maladie obligatoire ou volontaire par les non-résidents. Elle concerne majoritairement le Luxembourg (1 % de la DCSi), et la Lituanie et la Grèce dans une moindre mesure (moins de 1 % de la DCSi).

Note > Le Système international des comptes de la santé (SHA) distingue différents mécanismes de financement décrits dans l'annexe 1.

Lecture > En France, en 2021, la DCSi est financée à 4 % par l'État et les autorités locales, à 74 % par les assurances obligatoires publiques, à 6 % par les assurances privées obligatoires, à 6 % par les assurances privées facultatives et à 9 % par les ménages.

Sources > DREES, comptes de la santé (pour la France) ; OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

En France, en Allemagne et aux États-Unis, des réformes du système de santé ont accru la part des assureurs privés obligatoires dans le financement des soins

Depuis 2006, la structure de financement des systèmes de santé a évolué vers plus d'intervention des assureurs privés obligatoires en France, en Allemagne et aux États-Unis, du fait de réformes du système de santé (graphique 2).

En Allemagne et en France, une partie de l'assurance privée – auparavant facultative – est devenue obligatoire. Ainsi, en Allemagne, certains travailleurs, dont les indépendants et les fonctionnaires, 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 devenue obligatoire pour les salariés du secteur privé. Pour ces deux pays, la part des dépenses de santé financée par l'assurance privée obligatoire est ainsi passée de 0 % de la DCSi en 2006 à respectivement 7,1 % et 6,8 % en 2019 (elle a un peu baissé depuis, avec la crise sanitaire, pour s'établir respectivement à 6,6 % et 6,3 % en 2021).

Aux États-Unis, la part des soins financée par l'assurance privée facultative a baissé d'environ

34 points de pourcentage (pp) entre 2006 et 2019 (de 40,2 % en 2006 à 6,0 % en 2019), sous l'effet de l'Affordable Care Act (ACA), et au profit de l'assurance privée obligatoire (32,5 % en 2019). En 2020, après la suppression des pénalités au niveau fédéral de l'ACA, la part des assurances privées obligatoires a légèrement baissé (pour atteindre 29,9 % en 2021) ; de nombreux États ont néanmoins voté des lois restaurant l'obligation de détenir une assurance santé approuvée par l'ACA.

Baisse du financement des assurances privées facultatives et des ménages durant la crise sanitaire

Assurances privées facultatives

Les assureurs privés proposent des assurances facultatives, notamment pour les soins qui ne sont pas pris en charge par la couverture de base (dentaire, optique, par exemple).

En France, l'assurance privée facultative est principalement complémentaire : elle intervient sur l'ensemble du panier de base puisque, pour chaque soin, un copaiement est laissé à la charge de l'assuré. Elle peut toutefois intervenir de manière marginale à titre supplémentaire (pour des prestations

de confort à l'hôpital ou à la périphérie du système de soins).

En Suisse et aux Pays-Bas, elle n'intervient qu'à titre complémentaire, pour couvrir les dépenses de santé hors du panier de base. Enfin, au Royaume-Uni, elle intervient principalement pour couvrir les dépenses engagées auprès des fournisseurs de soins privés et, dans une moindre mesure, à titre complémentaire pour certains soins (dentaire, optique).

De manière générale, entre 2006 et 2019, on observe une augmentation de la part des dépenses de santé financée par des assurances privées facultatives dans les pays ayant mis en place un système national de santé (de 0,9 % à 2,8 % en Italie, de 6,9 % à 7,6 % en Espagne, de 3,9 % à 4,7 % en Finlande) [graphique 2].

Dans l'ensemble des pays étudiés, la part des assurances privées facultatives a diminué durant la crise sanitaire, dans des proportions très variables entre pays, ce indépendamment du système de santé. Aux Pays-Bas, par exemple, la part des assurances privées facultatives a baissé de 1,1 pp entre 2019 et 2021 (de 6,8 % à 5,7 %) ; en France ou en Allemagne, la baisse a été plus faible (respectivement 0,7 pp et 0,2 pp entre 2019 et 2021).

Ces baisses s'expliquent principalement par le fait que des soins n'ont pas été réalisés en 2020, soit en raison des confinements, soit en raison du report des interventions chirurgicales et d'actes médicaux non urgents pour privilégier les actes liés au Covid-

19. Le volume de soins dentaires, dont la participation des ménages au financement est plus élevée que pour d'autres soins, a ainsi chuté en 2020 dans de nombreux pays de l'OCDE comparé à 2019 (en France, on constate par exemple une réduction d'environ 10 % du volume de soins dentaires [Gonzalez, 2021]).

Reste à charge des ménages

Entre 2006 et 2019, certains pays du sud de l'Europe ont réduit les prises en charge publiques pour réaliser des économies budgétaires, au prix d'une plus forte contribution des ménages au financement de la dépense courante de santé : +0,8 pp entre 2006 et 2019 en Espagne, +2,1 pp en Italie, +5,1 pp au Portugal. À rebours des autres pays, le reste à charge des ménages a toutefois diminué en Grèce sur cette période (-2,4 pp) au profit des assurances privées facultatives (+2,4 pp).

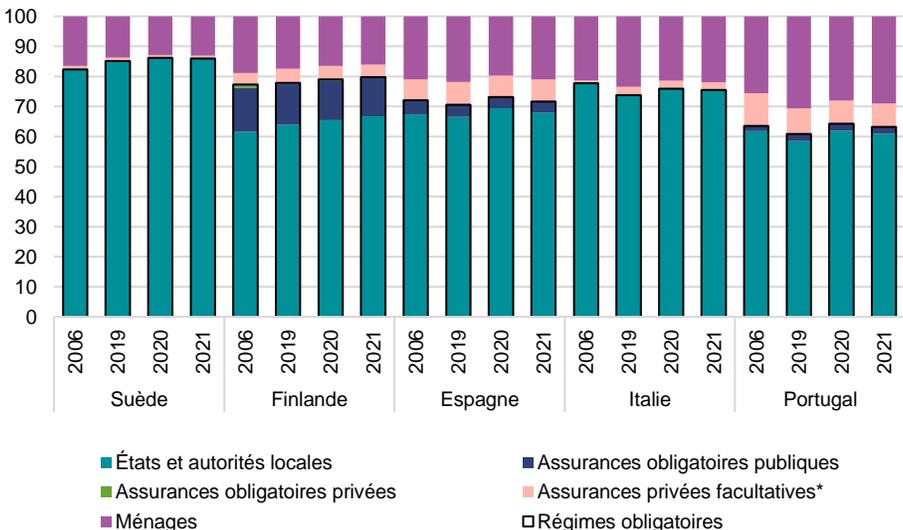
Avec la crise sanitaire, la structure de financement de la DCSi a été modifiée dans de nombreux pays et les dépenses de santé, liées au Covid-19, essentiellement assurées par des hôpitaux, ont été davantage financées par des régimes obligatoires.

On observe ainsi, entre 2019 et 2021, une augmentation de la part de la DCSi prise en charge par les régimes obligatoires, et notamment par l'État et les autorités locales, conjointement à une baisse du RAC dans de nombreux pays.

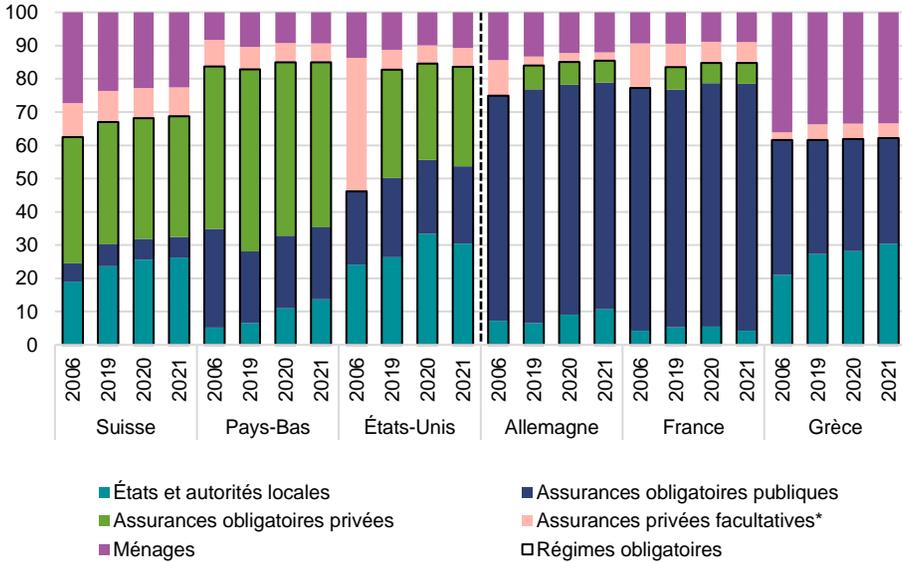
Graphique 2 Structure du financement de la DCSi en 2006, 2019, 2020 et 2021

Systèmes nationaux de santé

En % de la DCSi



Systèmes libéraux de santé (à gauche) et systèmes d'assurance maladie gérés par des caisses publiques (à droite)

En % de la DCSⁱ

* Et autres dispositifs.

Lecture > En France, en 2021, les régimes obligatoires financent 85 % des dépenses de santé. Les assurances privées facultatives et le RAC des ménages financent respectivement 6 % et 9 % des dépenses. En 2006, ces taux s'établissaient respectivement à 77 %, 13 % et 9 %.

Sources > DREES, comptes de la santé (pour la France) ; OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé.

Les recettes des régimes obligatoires de financement des soins

Les revenus nécessaires au financement des dépenses de santé proviennent généralement de prélèvements obligatoires (cotisations sociales), de transferts publics (impôts et taxes), de prépaiements volontaires (primes d'assurance) ou d'autres ressources nationales et/ou revenus de l'étranger. Cette partie porte uniquement sur les recettes des régimes obligatoires, qu'ils soient privés ou publics. La structure des recettes de ces régimes varie selon le système d'assurance maladie en place (*graphique 3*).

Dans les systèmes nationaux de santé, les impôts et les taxes constituent l'essentiel des recettes des régimes obligatoires. Cette part atteint même 100 % en Lettonie, en Suède et au Danemark.

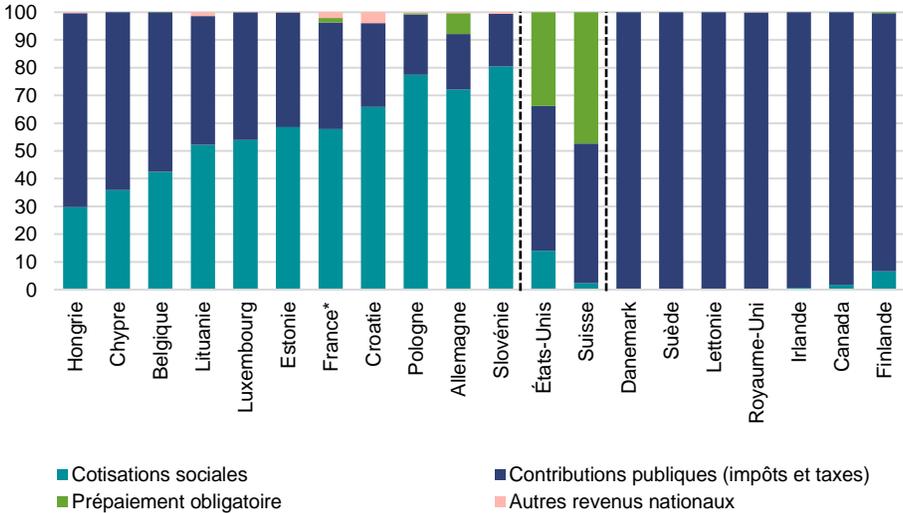
Dans les systèmes d'assurance maladie, les cotisations sociales occupent une place bien plus importante que dans les systèmes nationaux de santé. Elles représentent même plus de 50 % des ressources des régimes obligatoires dans la plupart des pays étudiés (dont la France, 58 %) ; en Slovénie, les cotisations sociales financent 80 % des régimes obligatoires.

Dans ces deux systèmes, les prépaiements obligatoires représentent une part marginale des ressources des régimes obligatoires ; à l'inverse, en Suisse et aux États-Unis (systèmes libéraux de santé), les primes d'assurance constituent une part importante des ressources (entre 30 % et 50 %). Une partie de cette prime demeure souvent à la charge de l'employeur et, dans certains cas, peut également être subventionnée par l'État.

Graphique 3 Les recettes des régimes obligatoires selon le financement public en 2021

Systèmes d'assurance maladie gérés par des caisses publiques (à gauche), systèmes libéraux de santé (au milieu) et systèmes nationaux de santé (à droite)

En % de la part des régimes obligatoires



* Les données pour la France sont issues du rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale ainsi que des chiffres-clés de la Sécurité sociale et portent sur l'année 2022 (DSS, 2022). Elles concernent uniquement la branche maladie du régime général de l'Assurance maladie. La segmentation entre les différents types de financement des régimes privés obligatoires n'est pas disponible pour la France et se limite aux seuls régimes publics obligatoires. Néanmoins, les organismes complémentaires sont essentiellement financés par les cotisations des ménages ou des entreprises qui prennent en charge une partie des primes des complémentaires santé.

Note > La catégorie « contributions publiques » inclut les transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique, les transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique et les transferts directs étrangers. En France, les cotisations sociales comprennent les cotisations et les cotisations prises en charge par l'État. Les contributions publiques comprennent la CSG, les contributions sociales diverses, impôts, taxes et autres transferts.

Lecture > En France, en 2022, la branche maladie du régime général de l'Assurance maladie est financée à 58 % par les cotisations sociales, à 38 % par les contributions publiques, à 2 % par les prépaiements obligatoires et à 2 % par d'autres revenus nationaux.

Sources > DSS, 2022 (pour la France) ; OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé.

Des dépenses de gouvernance en moyenne plus faibles pour les systèmes nationaux de santé

Les dépenses de gouvernance englobent l'ensemble des services qui soutiennent le fonctionnement des systèmes de santé : la gestion des remboursements par les divers opérateurs (publics ou privés), les autres frais d'administration de ces organismes, les frais publicitaires pour les opérateurs privés, ainsi que le budget des ministères en charge de la santé et des différents opérateurs publics.

En Slovaquie, en 2021, tous financeurs publics et privés confondus, les dépenses de gouvernance représentent 9,0 % de la DCSi (graphique 4). Les États-Unis, la Suisse et la France suivent avec respectivement 7,6 %, 7,0 % et 5,0 % de la DCSi consacré à la gouvernance.

De manière générale, les dépenses de gouvernance croissent avec le poids des assureurs privés et des caisses d'assurance sociale.

Dans les systèmes nationaux de santé gérés par l'État, les dépenses de gouvernance sont souvent plus faibles : de 3,0 % de la DCSi au Canada à 0,8 % en Finlande. Le Danemark fait figure d'exception avec 4,6 % de la DCSi destiné aux dépenses de gouvernance.

Les dépenses de gestion des assurances privées (obligatoires ou facultatives) dans les coûts de gestion sont relativement élevées pour plusieurs pays de l'OCDE, quel que soit le système de santé qui domine : elles représentent près de 3,3 % des dépenses de gouvernance aux États-Unis et sont supérieures à 1,5 % en Suisse, en Irlande, au Canada, en Espagne, aux Pays-Bas, en Slovaquie et en France.

En France, les dépenses de gestion des assurances privées comptent en effet pour 50,1 % des dépenses de gouvernance, alors qu'elles ne financent que 12,5 % des dépenses de santé en 2021 (2,5 % de la DCSi).

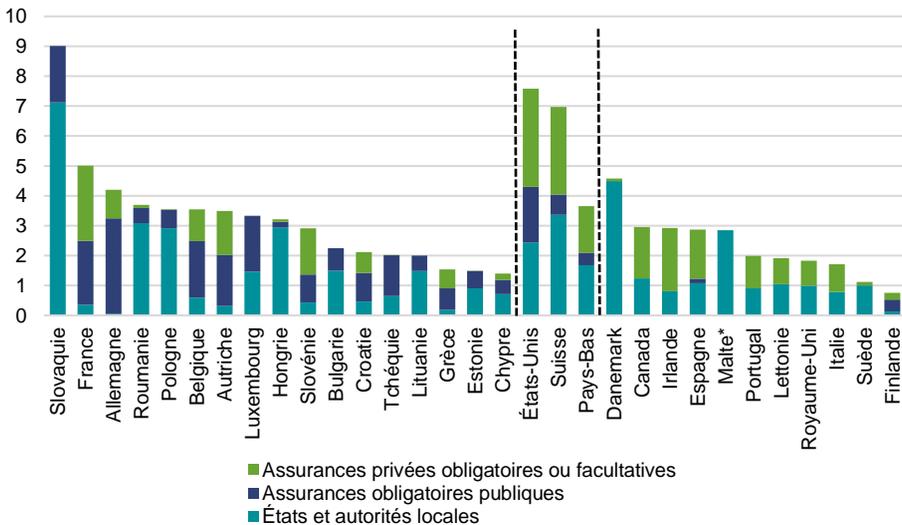
Cela s'explique par le fait que, en France, l'assurance maladie privée intervient dans une logique de cofinancement public et privé pour la quasi-totalité des soins et des biens médicaux. Pour chaque soin, un copaiement est ainsi laissé à la charge de l'assuré, ce qui ne permet pas d'effectuer des économies d'échelle dans les coûts de gestion (Paris, Polton, 2016 ; Lafon, Montaut, 2017). La Cour des

comptes a par ailleurs souligné que les dépenses de gouvernance du système de santé français ont augmenté de 16 % en dix ans notamment du fait des organismes complémentaires, dont les dépenses de gouvernance ont crû de 46 % entre 2009 et 2018 (Cour des comptes, 2021). ■

Graphique 4 Dépenses de gouvernance des systèmes de santé en 2021

Systèmes d'assurance maladie gérés par des caisses publiques (à gauche), systèmes libéraux de santé (au milieu) et systèmes nationaux de santé (à droite)

En % de la DCSI



* Données 2020.

Lecture > En France, en 2021, les dépenses de gouvernance des systèmes de santé représentent 5,0 % de la DCSI, dont 0,4 % de dépenses de l'État, 2,1 % de dépenses de l'assurance obligatoire publique et 2,5 % de dépenses des assurances privées obligatoires ou facultatives.

Sources > DREES, comptes de la santé (pour la France) ; OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé.

Pour en savoir plus

- > **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.
- > **De Williencourt, C.** (2022). *Rapport 2022 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*. DREES
- > **Direction de la Sécurité sociale** (2023). *Les chiffres clés de la sécurité sociale, septembre 2022*.
- > **Gonzalez, L., et al.** (2021, septembre). *Les dépenses de santé en 2020. Résultats des comptes de la santé – Édition 2021*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **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** (2021). *Panoramas de la santé 2021*. Paris, France : Éditions OCDE.
- > **Palier, B.** (2009). Les grands systèmes de protection maladie. Dans *Traité d'économie et de gestion de la santé*, pp. 337-344.
- > **Paris, V., Polton, D.** (2016, juin). L'articulation entre assurance maladie obligatoire et complémentaire, une spécificité française ? *Regards EN3S*, 49.