

### 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 (en bleu sur le *graphique 1*) couvrent plus de la moitié des dépenses courantes de santé, souvent 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 % dans les pays scandinaves. Les résidents sont couverts automatiquement, mais le 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 et en France notamment, plus de 70 % de l'ensemble des dépenses courantes de santé au sens international (DCSi) sont couvertes par l'assurance maladie en 2018. 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 aux **assureurs privés** mis en concurrence. L'État intervient toutefois afin de remédier aux 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* (ACA ou *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.

### Les assurances privées obligatoires plus développées en 2018 qu'en 2006

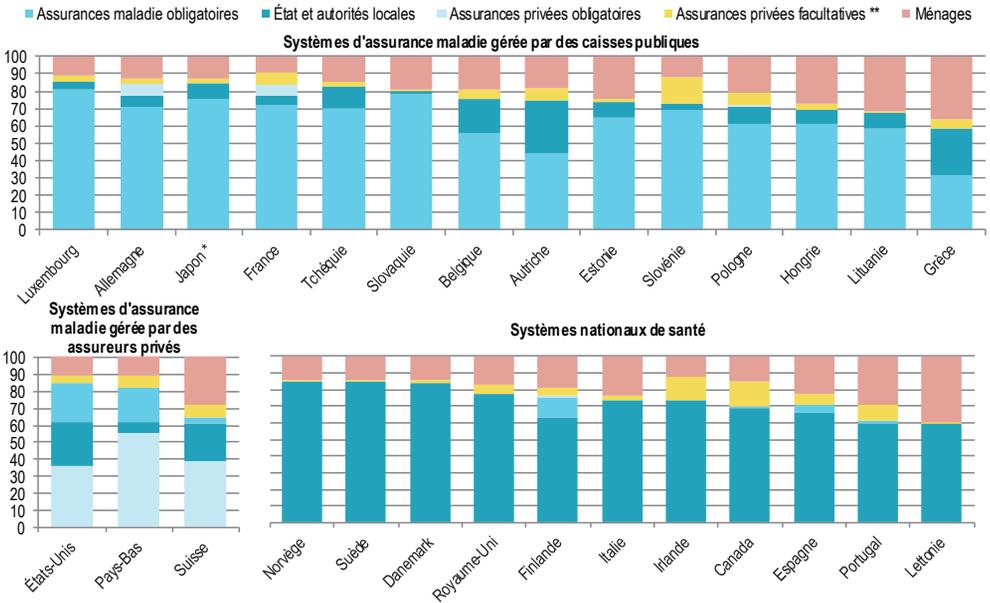
Depuis 2006, la structure de financement des systèmes de santé a évolué, vers plus d'intervention des assurances privées obligatoires dans plusieurs pays (*graphique 2*). En Allemagne et en France, une partie de l'assurance privée, auparavant facultative, est devenue obligatoire. En Allemagne, les travailleurs 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 2018, un basculement de l'assurance privée volontaire ou facultative (40 % de la DCSi en 2006) à l'assurance privée obligatoire (36 % de la DCSi en 2018). Sur 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 56 % du financement de la DCSi. C'est le cas également des pays du nord de l'Europe, comme le Danemark, qui a amplifié le financement des dépenses de santé par l'État (+3 points) au profit d'une réduction du reste-à-charge des ménages (-2 points). D'autres pays, comme ceux du sud de l'Europe, dont le Portugal, afin de réaliser des économies budgétaires, réduisent la participation publique au prix d'une plus forte contribution des ménages (+5 points au Portugal). Le Royaume-Uni est également dans cette situation de 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 8,8 % de la DCSi en 2018, loin devant les autres pays considérés (*graphique 3*). La France arrive en deuxième position avec 5,6 % de la DCSi (dont la moitié liée aux frais de gestion des assureurs privés obligatoires ou facultatifs) consacrée à ces dépenses, juste devant l'Allemagne (4,7 %). De manière générale, les dépenses de gouvernance les plus importantes relativement aux dépenses de soins sont observées dans les pays avec une gestion 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 1 % (Finlande) à 3 % (Canada) de la DCSi.

### Graphique 1 Financement de la dépense courante de santé au sens international en 2018

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



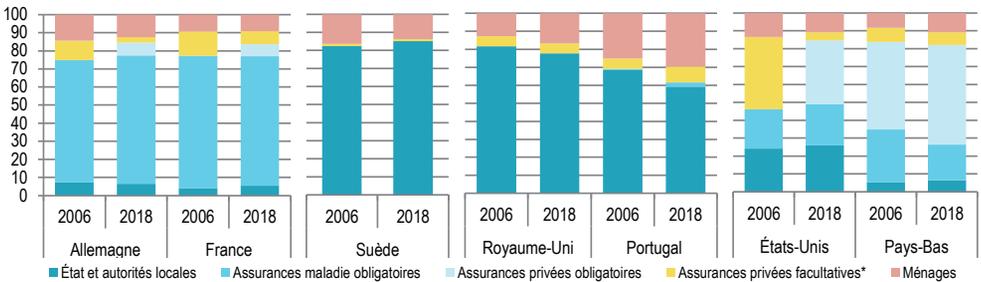
\* Données 2017. \*\* Et autres dispositifs facultatifs.

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

Source > OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

### Graphique 2 Évolution du financement de la DCSi entre 2006 et 2018 dans sept pays de l'OCDE

En % de la DCSi

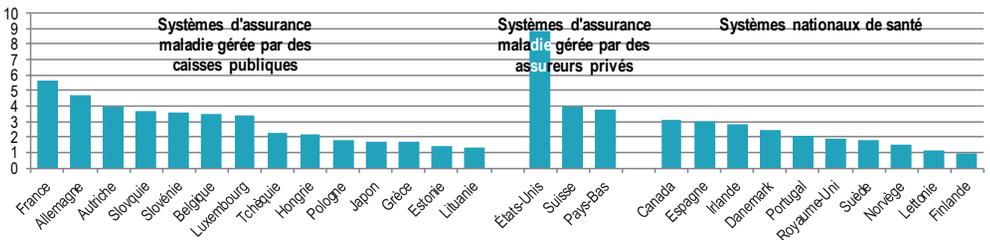


\* Et autres dispositifs facultatifs.

Source > OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

### Graphique 3 Dépenses de gouvernance des systèmes de santé en 2018

En % de la DCSi



Source > OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

#### Pour en savoir plus

- > Lafon, A. Montaut, A. (2017, juin). La place de l'assurance maladie privée dans six pays européens. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 19.
- > Barlet, M., et al. (2019). *La complémentaire santé. Acteurs, bénéficiaires, garanties*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.