

La structure de financement des dépenses de santé entre assurances publiques, régimes privés et ménages varie entre les pays étudiés. Depuis une dizaine d'années, les assurances privées obligatoires se développent dans de nombreux pays. En Allemagne et en France, une partie de l'assurance privée, auparavant facultative, est devenue obligatoire ; les États-Unis connaissent des évolutions comparables du fait de l'*Obamacare*. La crise sanitaire a par ailleurs légèrement modifié la structure de financement de la dépense courante au sens international (DCSi) en 2020 : vers moins de paiement direct des ménages et plus d'interventions publiques. En 2020, la France est le deuxième pays de l'OCDE, derrière les États-Unis, qui consacre la part la plus importante de sa DCSi à la gouvernance de son système (environ 5 % de la DCSi).

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 notamment en Allemagne, en France, aux Pays-Bas ou au Danemark.

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. Parmi les pays bénéficiant d'un système national de santé, cette part dépasse 80 % en Norvège, en Suède, au Danemark et au Royaume-Uni (respectivement 86 % pour les deux premiers, 85 % pour le Danemark et 83 % pour Royaume-Uni). Dans ces pays 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 classiquement en contrepartie de cotisations en général assises sur les revenus d'activité et l'affiliation est obligatoire. Ainsi, au Luxembourg, en Slovaquie, au Japon, en France ou en Tchéquie, plus de 70 % de l'ensemble des dépenses courantes de santé au sens international (DCSi) sont couvertes par l'assurance maladie en 2020 (respectivement 79 %, 77 %, 76 %, 75 % et 70 %). 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 peut également provenir des transferts publics. Ainsi, en 2020, au Luxembourg, en Belgique, ou en Hongrie les recettes pour assurer le financement de la santé proviennent des transferts publics à hauteur respectivement de 38 %, 46 % et 48 % de l'ensemble des dépenses de santé (*encadré*)¹. En France, en 2020, le financement du régime obligatoire est majoritairement assuré par des transferts publics (CSG, taxes et autres contributions sociales) : deux tiers des dépenses du régime obligatoire et 50 % de l'ensemble des

¹ Les données proviennent du questionnaire de l'OCDE sur les régimes de financement des soins.

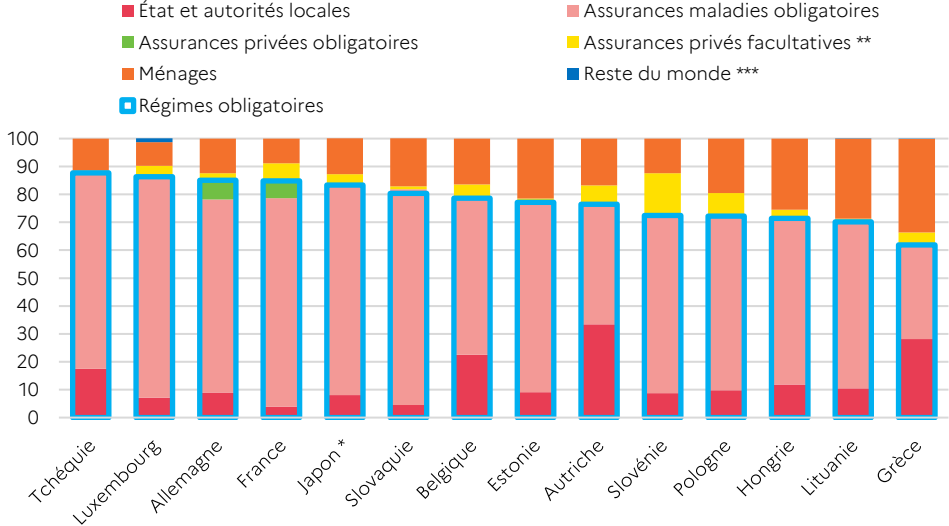
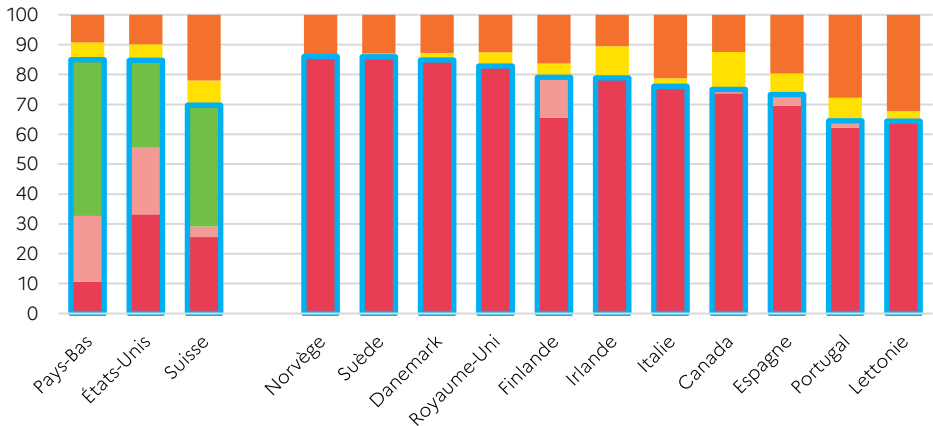
dépenses de santé (les données sur le financement sont issues des comptes de la Sécurité sociale [DSS, 2021], *encadré*). Par ailleurs, depuis la mise en œuvre de la protection universelle maladie en 2016, la couverture santé ne dépend plus au premier chef de l'affiliation professionnelle.

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 remédier aux défaillances du marché ; Tous les résidents doivent contracter une assurance santé (dans une logique universelle), l'État 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 à une assurance maladie, sous peine de se voir infliger des pénalités. À l'instar de la Suisse et des Pays-Bas, les assurances maladie, devenues obligatoires, restent toutefois largement privées.

Graphique 1 Financement de la dépense courante de santé au sens international en 2020

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 services nationaux de santé (à droite)**

* Données 2019 ; ** et autres dispositifs facultatifs ; *** le reste du monde correspond en grande partie au financement à l'assurance santé obligatoire ou volontaire par les non-résidents. Elle concerne majoritairement le Luxembourg (2 % de la DCSi), la Grèce et la Lituanie (moins de 1 % de la DCSi).

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

Sources > DREES, comptes de la santé (pour la France) ; 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 encore 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).

Sur cette même période, d'autres pays ont conforté leurs modèles de financement. Aux Pays-Bas, l'assurance privée obligatoire est légèrement renforcée : elle représente 55 % (en 2019) du financement de la DCSi (contre 49 % en 2006). Des pays du sud de l'Europe ont également réduit, entre 2006 et 2019, 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 : +5 points au Portugal, +2 points en Italie, +1 point en Espagne. Le Royaume-Uni est également dans cette situation de hausse du reste à charge des ménages (+2 points).

La crise sanitaire a modifié la structure de financement de la DCSi entre 2019 et 2020

La crise sanitaire du Covid-19 a modifié la structure de financement de la DCSi dans de nom-

breux pays. Les dépenses de santé liées au Covid-19, essentiellement assurées par les hôpitaux, ont été financées en grande partie par les régimes obligatoires. Par ailleurs, 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 activités liées au Covid-19. Le volume des 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]).

On observe ainsi entre 2019 et 2020 une augmentation de la part de la DCSi pris en charge par les régimes obligatoires et en particulier par l'État et les autorités locales pour de nombreux pays de l'OCDE : +7 points de pourcentage (pp) aux États-Unis, +4 pp aux Pays-Bas et au Portugal, +3 pp en Suisse, en Espagne et au Royaume-Uni, +2 pp en Allemagne, en Suède et en Italie. Pour le cas de la France, la part de la DCSi prise en charge par l'assurance maladie a crû (+2 pp). Corrélativement, les autres postes de financement ont diminué en 2020. La contribution des ménages au financement de la dépense courante de santé a diminué de 3 pp (Portugal, Suisse) à 1 pp (États-Unis, Suède, France et Allemagne). La participation des assurances privées obligatoires ou facultatives à la DCSi a également baissé dans de nombreux pays : France, Allemagne, Pays-Bas, États-Unis, Espagne, Portugal, notamment. Ces assurances interviennent très souvent dans le remboursement des soins dentaires et optiques, ou encore la prise en charge des tickets modérateurs (Lafon et Montaut, 2017).

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

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



* Et autres dispositifs facultatifs.

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

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

Les dépenses de gouvernance comprennent 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 publics¹. Aux États-Unis en

¹ En France, les dépenses de gouvernance comprennent les charges de gestions (allant du traitement des feuilles de soins, à la délivrance des

attestations de couverture par la complémentaire santé solidaire [CSS] ou des admissions en affection de longue durée [ALD], en passant par les frais de

2020, tous financeurs publics et privés confondus, elles représentent 9 % de la DCSi (*graphique 3*). La France¹, la Slovénie et le Danemark suivent avec environ 5 % de la DCSi consacré à la gouvernance (respectivement 5,4 %, 5,0 % et 4,8 %). De manière générale, les dépenses de gouvernance les plus importantes relativement aux dépenses de soins sont observées dans les pays avec une gestion majoritairement réalisée par des caisses de sécurité sociale ou des assureurs privés.

Parmi les systèmes d'assurance maladie gérés par des caisses publiques, après la France et la Slovénie, l'Allemagne consacre 4,4 % de ses dépenses de santé à la gouvernance et la Belgique 3,8 %. Les dépenses de gouvernance des systèmes d'assurance maladie gérés majoritairement par des opérateurs privés à l'instar des Pays-Bas et de la Suisse s'élèvent à hauteur de 4 % de la DCSi ; un niveau élevé mais bien inférieur à celui des États-Unis.

Les systèmes nationaux de santé gérés par l'État ont globalement des dépenses de gouvernance inférieures : ils y consacrent de 0,8 % de la DCSi en Finlande à 3,0 % au Canada ; le Danemark² fait exception : les dépenses de gouvernance y représentent 4,8 % de la DCSi.

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

d'assurance maladie : près de 50 % aux États-Unis et en France, et il est supérieure à 60 % pour la Slovénie, la Suisse, le Canada, l'Irlande et le Portugal.

En France, les organismes complémentaires comptent pour 50 % des dépenses de gouvernance tout en ne finançant que 12,5 % des dépenses de santé. Cela s'explique en partie par la forte « complémentarité » de la couverture complémentaire et de la couverture de base en France (Paris et Polton, 2016 ; Lafon et Montaut, 2017). En effet, 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. Les économies d'échelles dans les coûts de gestion devraient donc être moins importantes dans le cadre du système français que dans d'autres pays. De plus, en France, selon l'OCDE, 96 % des français sont couverts par une assurance privée, contre 84 % des néerlandais (où les assurances privées financent la part la plus élevée de la DCSi parmi les pays de l'OCDE) et 25 % de la population en Allemagne (OCDE, 2021). La Cour des comptes a néanmoins 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]

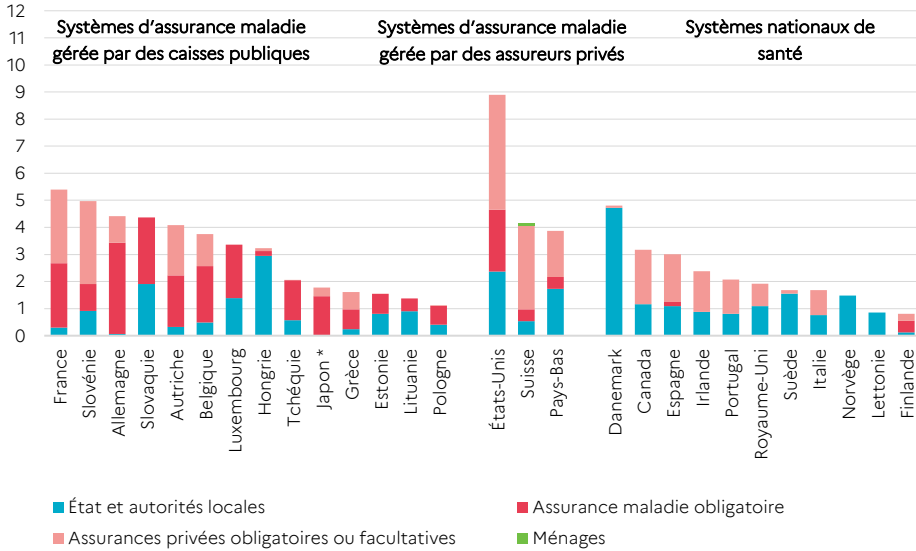
publicité), mais également les budgets de fonctionnement des agences sanitaires et du ministère de la Santé et de la Prévention (*fiche 26*).

¹ Les données sur la gouvernance ont été révisées à baisse pour la France entre cet ouvrage et celui de 2021 (Gonzalez, et al., 2021) [*annexe 3*].

² Entre l'ouvrage sur les comptes de 2021 et celui-ci, une importante révision méthodologique est intervenue sur les dépenses de gouvernance au Danemark. Les données ont été réropolées jusqu'à 2010 et révisées en moyenne (environ +2 points).

Graphique 3 Dépenses de gouvernance des systèmes de santé en 2020

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



* Données 2019.

Note > D'importantes révisions sont intervenues entre le compte 2019 et le compte 2020 en France. Elles sont décrites dans l'annexe 3.

Lecture > En France en 2020, les dépenses de gouvernance des systèmes de santé représentent 5,4 % de la DCSI, dont 2,7 % de dépenses des assurances privées obligatoires ou facultative, 2,4 % de dépenses de l'assurance maladie obligatoire et 0,3 % de dépenses de l'État.

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

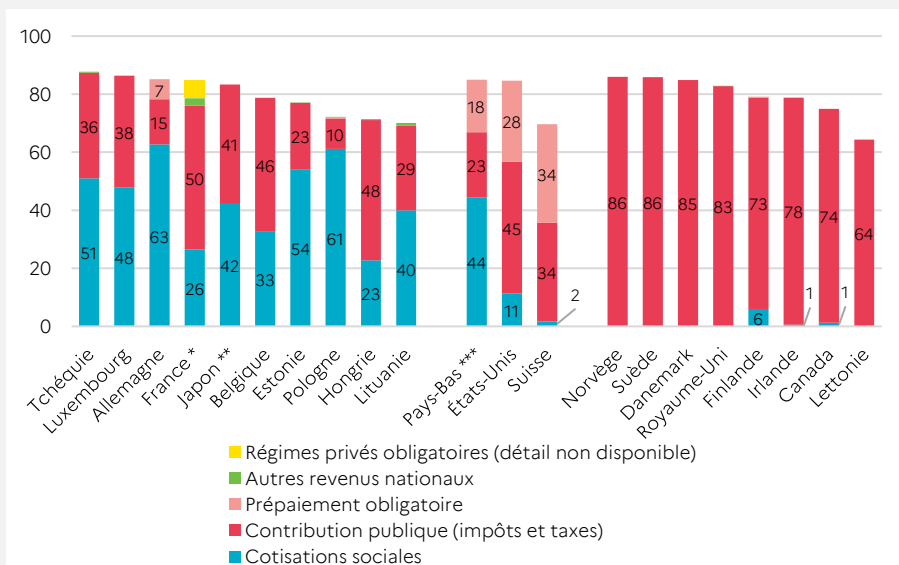
Encadré Les recettes des régimes obligatoires de financement des soins

Les régimes obligatoires de santé sont généralement financés par des prélèvements obligatoires (cotisations et contributions sociales, impôts et taxes).

La part des transferts publics dans les recettes des systèmes de santé varie considérablement selon le système d'assurance maladie en place. Ainsi, dans les systèmes d'assurance maladie gérée par des caisses publiques de sécurité sociale, les dépenses de santé proviennent à parts relativement égales des transferts publics et des cotisations sociales. Au Luxembourg par exemple, les recettes de l'assurance maladie sont respectivement financées à 38 % et à 48 % par les transferts publics et les cotisations sociales. À l'inverse, les pays dans lesquels l'État assure un service national de santé sont quasi exclusivement financés par des contributions publiques : c'est le cas notamment de la Norvège, de la Suède et du Danemark. Enfin, dans les systèmes d'assurance maladie gérée par des assureurs privés, les assurés versent des primes régulières à leur caisse d'assurance maladie (primes d'assurance par exemple) qui complète les recettes des régimes obligatoires de santé (de 18 % aux Pays-bas à 34 % de la part des régimes obligatoires en Suisse).

Graphique Les recettes des régimes obligatoires de santé

En % des dépenses de santé



* 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 (DSS, 2021). 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 donc pas disponible pour ce pays 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 ; ** données 2019 ; *** données 2017.

Note > La catégorie « contribution publique » 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 et taxes et les autres transferts.

Lecture > En France, en 2020, la part des régimes obligatoires est de 85 %. Les recettes des régimes obligatoires proviennent à 26 % des cotisations sociales, à 50 % de la contribution publique et à 3 % d'autres revenus nationaux. Le détail n'est pas disponible pour les régimes privés obligatoires, qui représentent 6 % des régimes obligatoires.

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

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.
- > De Williencourt, C. (2021). *La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*. Rapport DREES.
- > Direction de la sécurité sociale (2021). *Les chiffres clés de la Sécurité sociale*, septembre 2020.
- > Gonzalez, L., *et al.* (2021). *Les dépenses de santé en 2020. Résultats des comptes de la santé*. 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). *Panorama de la santé 2021*. Paris, France : édition OCDE.
- > OCDE (2021). Adaptive Health Financing: Budgetary and Health System Responses to Combat COVID-19. *OECD Journal on Budgeting*, vol. 21/1.
- > Paris, V. et Polton, D. (2016, juin). L'articulation entre assurance maladie obligatoire et complémentaire, une spécificité française ?, *Regards EN3S*, 49.