

### Service national de santé ou assurance maladie, deux approches du financement des soins

Dans la totalité des pays considérés, les **régimes publics et l'assurance maladie obligatoire** financent plus de la moitié des dépenses courantes de santé (*graphique 1*). 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, et cette part dépasse 80 % au Danemark et en Suède. 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 dispensés souvent dans des centres publics où les médecins sont généralement salariés ou payés à la capitation.

Dans les systèmes à dominante assurantielle, les prestations maladie sont versées en contrepartie de cotisations. L'affiliation est obligatoire. Ainsi, en France, en Allemagne, en République slovaque et au Japon, plus de 75 % de l'ensemble des dépenses de santé sont couvertes par les **régimes d'assurance maladie obligatoire**. Concernant l'offre de soins, la médecine y est souvent libérale et les médecins sont surtout rémunérés à l'acte, même si ce mode d'exercice cohabite avec des hôpitaux publics.

Les assurances maladies sont généralement publiques. Dans ce cas, les prestations maladie sont gérées par des caisses de sécurité sociale et les cotisations sociales sont en général assises sur les revenus d'activité. Les dépenses de santé sont remboursées dans la limite d'un montant de base défini par les pouvoirs publics, dit « tarif de référence ». Toutefois, même si l'assurance maladie est en grande partie financée par les cotisations sociales versées par les employeurs et les salariés, une part des recettes des dispositifs peut également provenir des transferts publics. Ainsi, au Japon, 45 % des recettes de l'assurance maladie obligatoire proviennent des transferts publics, 35 % en Belgique et 37 % au Luxembourg.

### Une assurance maladie obligatoire, mais pas nécessairement publique

Certains pays, comme la Suisse et les Pays-Bas, ont mis en place 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 fortement pour garantir un haut niveau de solidarité. Il oblige tous les résidents à contracter une assurance santé, 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. Ainsi, aux Pays-Bas, une partie de la prime est payée par l'employeur et est liée au revenu du salarié. En Suisse, les primes ne sont pas liées au revenu. Elles peuvent dépendre de la classe d'âges des assurés mais il n'est permis de distinguer que trois classes d'âges (moins de 18 ans, 18-25 ans et 25 ans ou plus) afin de mutualiser les risques entre assurés d'âges différents.

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. Les assurances maladies, devenues obligatoires, restent toutefois largement privées. 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. De plus, en Allemagne, les caisses d'assurance maladie publiques se font concurrence. En France, depuis 2016, une assurance maladie complémentaire, financée partiellement par l'employeur, est obligatoire pour les salariés du secteur privé.

### Des dépenses d'administration plus importantes dans les systèmes assurantiels

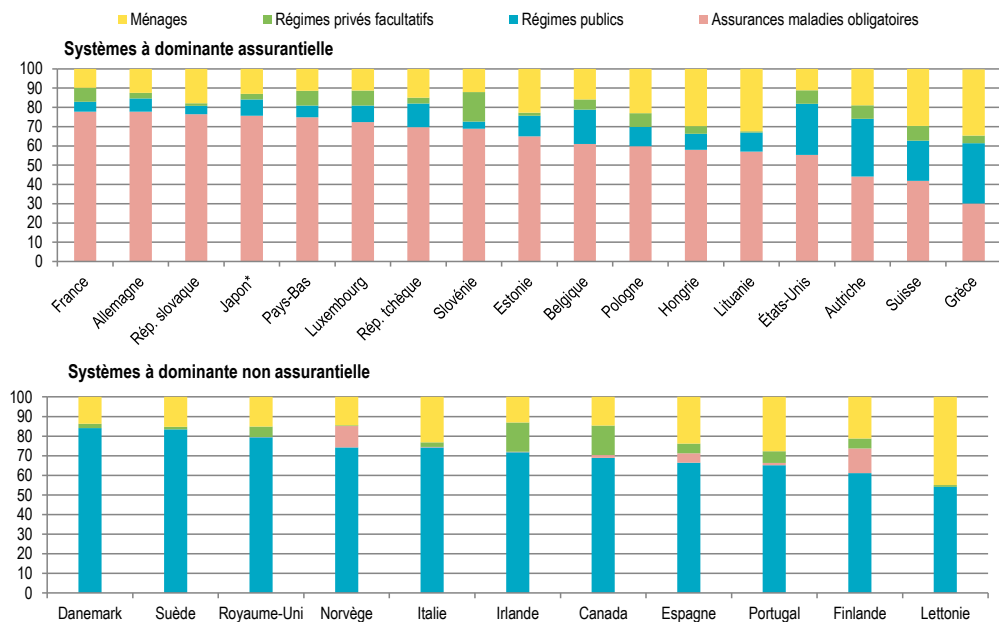
En France, les dépenses d'administration du système de soins, tous financeurs publics et privés confondus, représentent 5,7 % de la dépense courante de santé au sens international en 2016. Cette part est plus importante que dans tous les autres pays considérés, à l'exception des États-Unis (8,3 %). D'une manière générale, les dépenses d'administration les plus importantes relativement aux dépenses de soins sont observées dans les pays à dominante assurantielle (*graphique 2*).

#### 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.
- > OCDE (2017). *Panorama de la santé 2017*, édition OCDE.
- > OCDE. *Health Systems Characteristics*, enquête 2016.
- > OMS. European Observatory of Health Systems and Policies, collection *Health systems in transition*.

**Graphique 1** Financement de la dépense courante de santé au sens international en 2016

En % de la dépense courante de santé internationale



\* 2015.

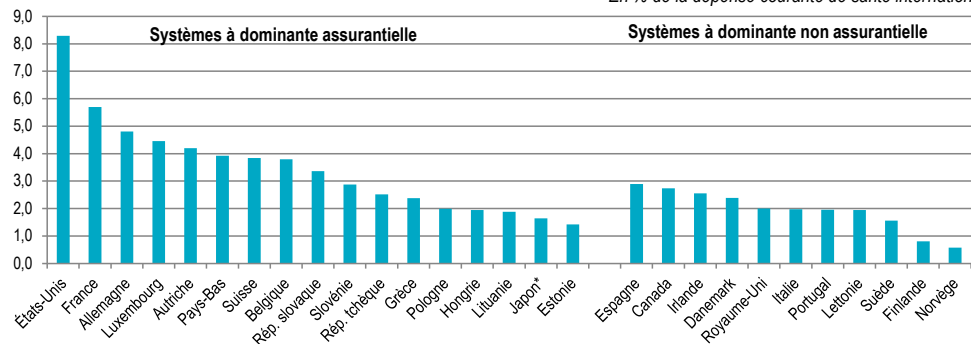
**Note** > Le système international des comptes de la santé distingue différents mécanismes de financement par lesquels les services de santé sont payés et obtenus par les individus. Les **régimes publics** désignent des systèmes gouvernementaux (nationaux, régionaux ou locaux) qui couvrent automatiquement une certaine population et dont le financement est non contributif. Les **assurances maladie obligatoires** se caractérisent par le conditionnement de l'affiliation des assurés au paiement de contributions (qui peuvent être payées par un tiers). Elles peuvent être publiques ou privées, et leur financement n'est pas nécessairement intégralement contributif. Les **régimes privés facultatifs** comprennent des assurances non obligatoires, des financements d'entreprises ou d'ONG. Enfin, le financement par les **ménages** correspond aux paiements des soins restant à la charge des ménages après intervention du système de santé ou des assurances maladie obligatoires et complémentaires.

**Champ** > UE-15, NM (voir glossaire), Suisse, Norvège, États-Unis, Canada et Japon.

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

**Graphique 2** Dépenses d'administration des systèmes de santé en 2016

En % de la dépense courante de santé internationale



\* 2015.

**Note** > Les **dépenses d'administration des systèmes de santé** sont des dépenses non individualisables qui permettent le fonctionnement du système de soins : la formulation et l'administration des politiques gouvernementales, la définition de normes, la régulation et supervision des fournisseurs de soins, la collecte des financements et leur gestion. Il s'agit principalement de dépenses gouvernementales mais elles peuvent aussi inclure des dépenses privées : assureurs privés, observatoires, associations de patients, etc.

**Champ** > UE-15, NM (voir glossaire), Suisse, Norvège, États-Unis, Canada et Japon.

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