

Dépenses de santé par dispositif de financement

Divers régimes, obligatoires ou volontaires, assurent la couverture du coût des soins de santé. Les régimes publics, organisés au niveau national, au niveau régional ou pour des catégories de population particulières, donnent automatiquement droit aux soins aux individus en fonction de leur lieu de résidence. Ils constituent la principale source de financement des dépenses de santé dans plusieurs pays de l'OCDE. L'autre mécanisme le plus répandu est celui des régimes d'assurance maladie obligatoire (publics ou privés) qui couvrent la majeure partie des dépenses de santé des assurés. Malgré une couverture de santé quasi universelle dans bon nombre de pays de l'OCDE, une part importante, mais très variable, des dépenses de santé est supportée par les paiements directs des ménages, sous forme de paiements indépendants ou de participation aux coûts. Enfin, parmi les autres types de financement discrétionnaire de la santé, l'assurance maladie volontaire, sous ses diverses formes, peut apporter une contribution de taille au financement des soins de santé dans certains pays.

Ensemble, les régimes publics et l'assurance maladie obligatoire sont les principales sources de financement de la santé dans tous les pays de l'OCDE (Graphique 7.8). En moyenne, ils couvrent actuellement trois quarts environ du total des dépenses de santé de l'OCDE. Au Danemark, en Norvège, au Royaume-Uni et en Suède, les administrations centrales, régionales ou locales financent environ 80 % ou plus de toutes ces dépenses, le reste étant en grande partie couvert par les paiements directs. L'assurance maladie obligatoire est la principale la source de financement de la santé en Allemagne, en France, au Japon, au Luxembourg et aux Pays-Bas, où elle couvre généralement trois quarts de l'ensemble des dépenses de santé. Alors que l'Allemagne et le Japon s'appuient sur un régime d'assurance maladie publique, la France complète cette couverture par un système de dispositifs d'assurance maladie privés (p. ex. les mutuelles), devenus obligatoires dans certaines conditions d'emploi en 2016.

Aux États-Unis, les régimes fédéraux et régionaux, comme Medicaid, représentent environ un quart de toutes les dépenses de santé du pays. Les régimes d'assurance maladie publics (p. ex. Medicare) couvrent 22 % des dépenses. La majorité de l'assurance maladie privée, considérée comme étant obligatoire depuis l'introduction de l'« Affordable Care Act (ACA) » en 2014 en raison de l'obligation individuelle de s'assurer sous peine de payer une amende, couvre plus d'un tiers du total des dépenses de santé.

Les paiements directs sont généralement la troisième grande source de financement, après les régimes publics et l'assurance maladie obligatoire. En moyenne, les ménages ont financé directement plus d'un cinquième de toutes les dépenses en 2017. On observe toutefois d'importantes différences entre les pays de l'OCDE. Cette part est supérieure à 30 % en Lettonie (42 %), au Mexique (41 %), en Grèce (35 %), en Corée (34 %) et au Chili (34 %), tandis qu'elle est inférieure à 10 % en France. La part

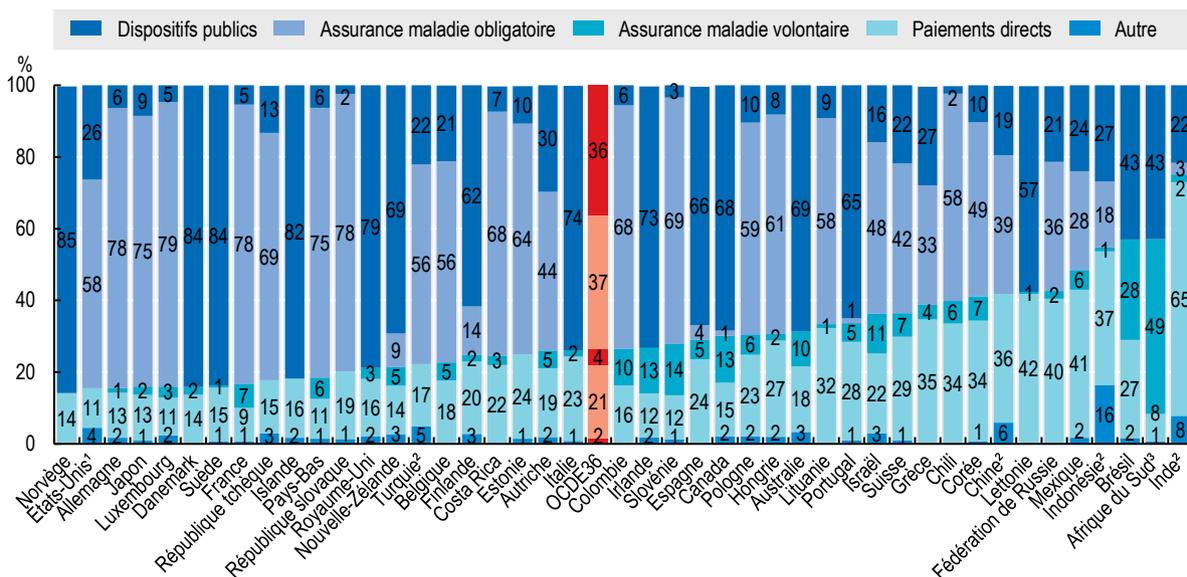
de paiements directs est supérieure à 30 % en Chine, en Inde et dans la Fédération de Russie.

Dans l'objectif de passer à une couverture maladie universelle, un certain nombre de pays de l'OCDE ont augmenté les dépenses des régimes d'assurance obligatoire ou publique au cours des précédentes décennies. Par conséquent, la part des coûts de santé qui était à la charge des ménages et des régimes d'assurance volontaire a largement diminué dans certains pays. Pourtant, si le pourcentage des dépenses de santé couvert par ces deux régimes dans les pays de l'OCDE s'est légèrement réduit, passant de 28 % en 2003 à 26 % en 2017, on observe des différences notables entre pays. Parmi les pays où l'assurance maladie volontaire occupe une place plus importante, cette part a progressé en Corée et en Australie ces dernières années tandis qu'elle est restée plus ou moins stable en Slovénie et au Canada (Graphique 7.9). La part des dépenses couvertes par les paiements directs a considérablement augmenté entre 2009 et 2017 dans plusieurs pays européens, comme la Grèce (5 %), l'Espagne (5 %) et le Portugal (3 %), avant de se stabiliser ces dernières années (Graphique 7.10). Ce phénomène est le fruit des mesures qui ont été mises en œuvre dans plusieurs pays pour équilibrer les budgets publics au lendemain de la crise financière et économique mondiale : introduction ou relèvement de la participation aux coûts pour les soins primaires et hospitaliers, relèvement des seuils de remboursement ou réduction des allocations pharmaceutiques et dentaires, et suppression de la couverture publique pour certaines catégories de population.

Définition et comparabilité

Le financement des dépenses de santé peut être analysé du point de vue des *dispositifs de financement* (les mécanismes de financement par lesquels les services de santé sont payés et obtenus par les individus, p. ex. l'assurance maladie sociale), des *agents de financement* (les organismes gérant les dispositifs de financement, p. ex. les caisses d'assurance sociale) et des *types de recettes* (p. ex. les cotisations d'assurance sociale). Par « financement », il faut entendre ici les mécanismes de financement tels que les définit le Système de comptes de la santé (OCDE, Eurostat et OMS, 2011) ; il englobe les régimes publics, l'assurance maladie obligatoire ainsi que l'assurance maladie volontaire et les fonds privés (paiements directs des ménages, ONG et entreprises privées). Les dépenses à la charge des ménages sont celles que les patients supportent directement : participation aux coûts et, dans certains pays, estimations relatives à la rémunération informelle des prestataires de soins.

Graphique 7.8. Dépenses de santé par type de financement, 2017 (ou année la plus proche)

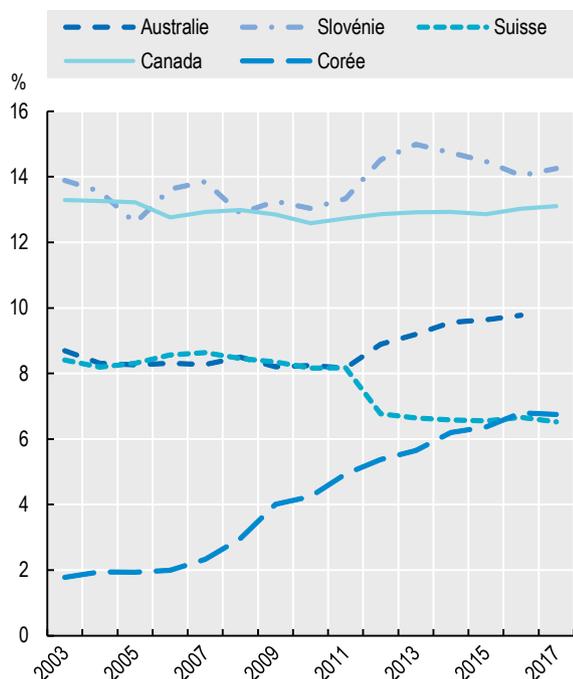


1. Toutes les dépenses des compagnies d'assurance maladie privées aux États-Unis relèvent de l'assurance maladie obligatoire. 2. Les régimes de paiement ne pouvant pas être décomposés en « Assurance maladie volontaire », ISBLSM et entreprises relèvent de la catégorie « Autre ». 3. Les régimes de paiement volontaire ne pouvant pas être décomposés relèvent de la catégorie « assurance maladie volontaire ».

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink <https://doi.org/10.1787/888934069427>

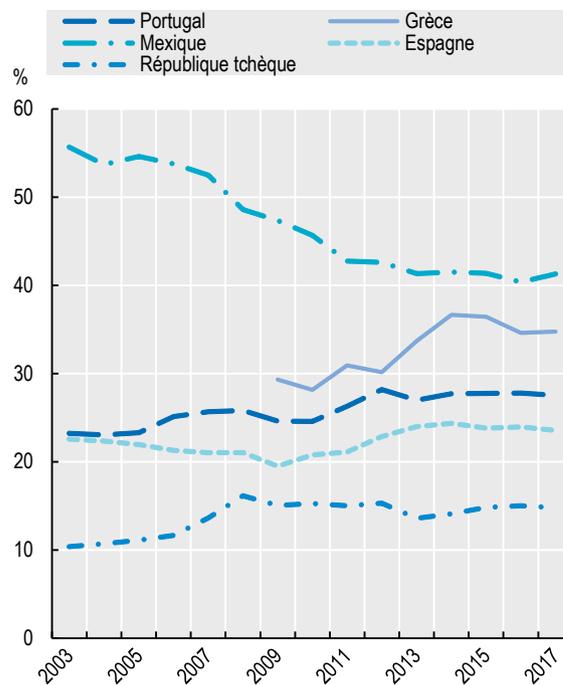
Graphique 7.9. Dépenses de santé de l'assurance maladie volontaire en pourcentage des dépenses totales, dans une sélection de pays, 2003-17



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink <https://doi.org/10.1787/888934069446>

Graphique 7.10. Part des paiements directs dans les dépenses de santé totales, dans une sélection de pays, 2003-17



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink <https://doi.org/10.1787/888934069465>



Extrait de :
Health at a Glance 2019
OECD Indicators

Accéder à cette publication :
<https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2019), « Dépenses de santé par dispositif de financement », dans *Health at a Glance 2019 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/dff14f5e-fr>

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document, ainsi que les données et cartes qu'il peut comprendre, sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région. Des extraits de publications sont susceptibles de faire l'objet d'avertissements supplémentaires, qui sont inclus dans la version complète de la publication, disponible sous le lien fourni à cet effet.

L'utilisation de ce contenu, qu'il soit numérique ou imprimé, est régie par les conditions d'utilisation suivantes :
<http://www.oecd.org/fr/conditionsdutilisation>.