



S. CHAMBARETAUD
Enseignante associée au CNAM
PARIS.

Le financement des systèmes de santé dans les pays développés : analyse comparative

Selon les données de l'OCDE, les dépenses de santé par habitant dans les pays développés varient de 794 \$ au Mexique à 6 714 \$ aux Etats-Unis. Ces pays consacrent, en moyenne, 9 % de leur richesse aux dépenses de santé. La France est au troisième rang, derrière les Etats-Unis et la Suisse : elle affecte 11,1 % de sa richesse à la santé.

A l'horizon 2050, l'augmentation de la part des dépenses de santé dans le PIB se situerait entre +2 points et +4 points de PIB, le vieillissement n'étant à l'origine que de 0,7 point de croissance.

Dans tous les pays, les prélèvements obligatoires constituent la principale source de financement des dépenses de santé. La participation des patients s'élève, en moyenne, à 19 %, mais il existe des disparités importantes entre les pays liées, notamment, à la nature et au poids de l'assurance privée.

Dans tous les pays de l'OCDE, le financement du système de santé est un réel enjeu économique. En 1990, les dépenses de santé représentaient, en moyenne, 7 % de la richesse nationale, 10 ans plus tard, elles atteignaient 8 %, et, en 2006, elles dépassaient 9 % de cette richesse. Dès lors, les deux questions qui se posent sont, d'une part, celle du montant optimal qui doit être alloué aux dépenses de santé et, d'autre part, celle de la répartition de ces dépenses entre les acteurs privés et publics.

L'analyse du financement des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE montre qu'il n'existe pas de valeurs de référence qui seraient valables pour l'ensemble des pays. Même en tenant compte des différences de richesse, le niveau des dépenses de santé – mesuré en pourcentage de la richesse nationale consacrée à la santé ou par le montant des dépenses de santé par habitant – varie considérablement d'un pays à l'autre. En revanche, on observe dans tous les pays une tendance à la hausse de ces dépenses.

Cette tendance à la hausse amène à s'interroger sur les sources de financement possibles et sur la répartition de l'effort entre secteur public et secteur privé. L'intervention des différents acteurs apparaît aujourd'hui largement dépendante des choix politiques qui ont guidé la construction des différents systèmes. Les places respectives de l'Etat, des ménages et des assureurs privés sont ainsi très différentes dans les systèmes libéraux (Etats-Unis) ou dans les systèmes nationaux de santé (Royaume-Uni), même si le secteur public reste la principale source de financement dans tous les pays de l'OCDE.

■ LES DEPENSES DE SANTE DANS LES PAYS DE L'OCDE

1. – Les pays de l'OCDE consacrent en moyenne 9 % de leur richesse à la santé...

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflit d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.

Selon les données de l'OCDE, les dépenses de santé par habitant dans les pays développés varient de 794 \$ au Mexique à 6 714 \$ aux Etats-Unis

► Comparaison des systèmes de santé des pays développés

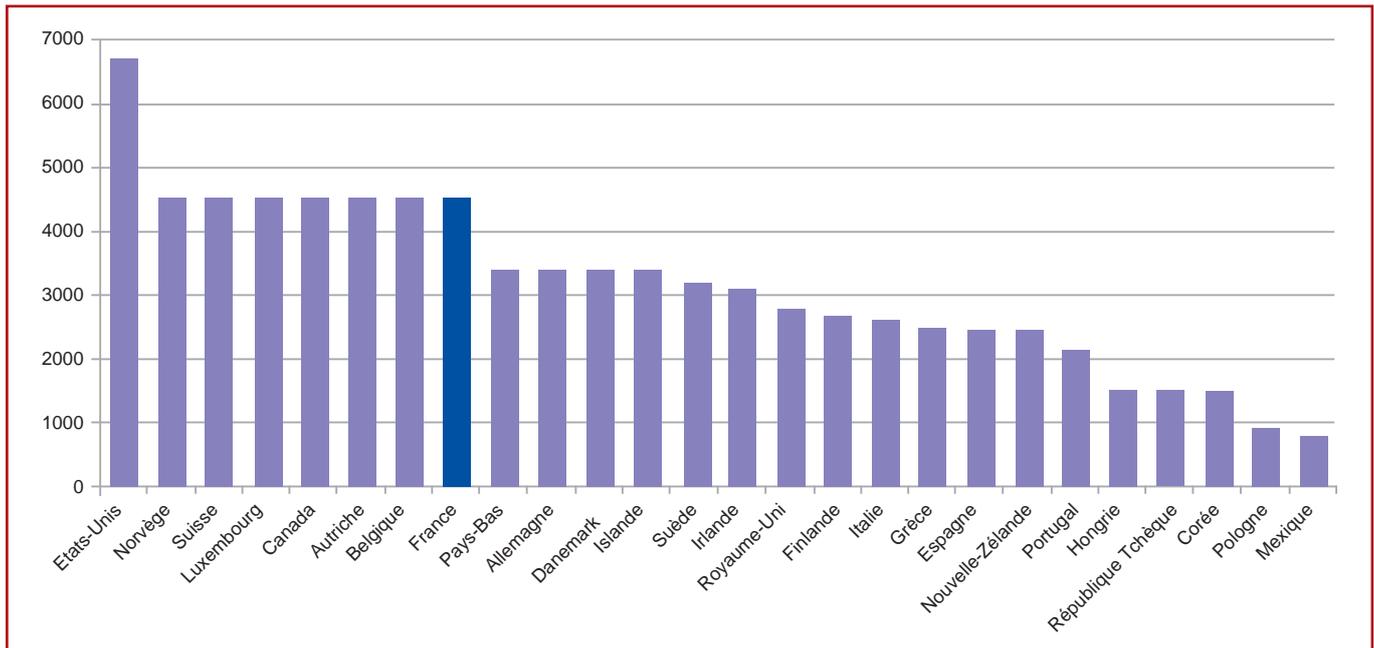


Fig. 1 : Les dépenses de santé par habitant en 2006 (en dollars ppa)². Source : OCDE Eco Santé – 2008.

(fig. 1)¹. La France se situe au huitième rang des pays de l'OCDE, avec 3 150 euros par personne et par an (ce qui correspond à 3 449 \$), soit un niveau comparable à celui de la Belgique, de l'Allemagne ou encore des Pays-Bas.

Toujours selon les données de l'OCDE, les pays développés consacrent entre 6,2 % (Pologne) et 15,3 % (Etats-Unis) de leur richesse aux dépenses de santé en 2006. La France, quant à elle, affecte 11,1 % de sa richesse à la santé, ce qui la situe au troisième rang des pays de l'OCDE, derrière les Etats-Unis et la Suisse.

Le niveau de richesse d'un pays, mesuré à son produit intérieur brut, est très étroitement lié à ses dépenses en santé. Plus le revenu par habitant est élevé, plus les dépenses en santé seront élevées (fig. 2). Certains pays dépensent cependant sensiblement plus qu'on ne s'y attendrait compte tenu de leur niveau de revenu (par exemple les Etats-Unis ou la Suisse), d'autres sensiblement moins (par exemple la Norvège ou la Finlande).

2. –... et cette part sera amenée à augmenter dans les cinquante prochaines années

Depuis les années 1960, le poids des dépenses de santé dans la richesse nationale des pays de l'OCDE n'a cessé d'aug-

menter, passant de 3,8 % du PIB en 1960 à 9,1 % en 2006 (fig. 3). Cette tendance lourde peut se décomposer en plusieurs phases, avec une première période de croissance très rapide jusqu'à la fin des années 1980, puis un ralentissement relatif dans les années 1990, auquel succède une nouvelle phase d'expansion entre 1999 et 2003. Depuis 2004, on peut noter un ralentissement très net de la croissance des dépenses autour de 3,6 % par an.

En 2006, le taux de croissance annuel moyen n'a été que légèrement supérieur à 3 % en termes réels dans les pays de l'OCDE, soit le plus faible taux enregistré depuis 1997.

Dans de nombreuses économies, le ralentissement des dépenses de santé observé ces dernières années a été accentué par une décélération des dépenses pharmaceutiques. En 2006, les dépenses pharmaceutiques ont enregistré en moyenne dans les pays de l'OCDE une hausse de 2 % seulement en termes réels, contre des taux de croissance de 6 % à 7 % par an de 2000 à 2003 et de 3 % à 3,5 % par an en 2004 et 2005.

L'évolution des dépenses de santé est liée à plusieurs facteurs, en particulier à des facteurs d'ordre qualitatifs traduisant à la fois une évolution des comportements de recours aux soins – avec en particulier la généralisation de l'assurance maladie dans la plupart des pays développés – et des modifications majeures de l'offre de soins sous l'impulsion du progrès

¹ Il s'agit des dernières données permettant des comparaisons internationales disponibles, elles datent de 2006.

² ppa : parité pouvoir d'achat.

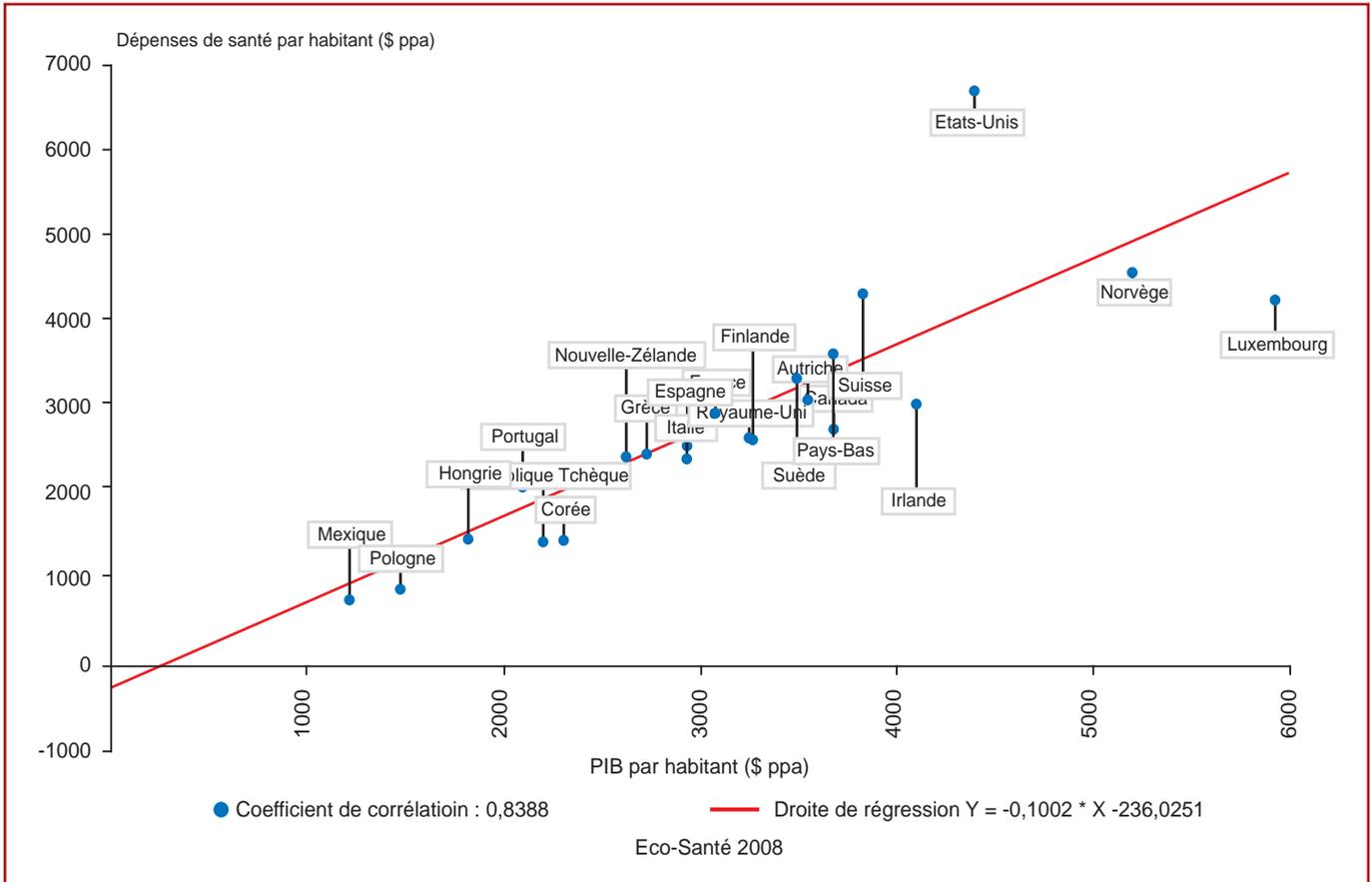


Fig. 2: Les dépenses de santé et la richesse par tête dans les pays de l'OCDE en 2006.

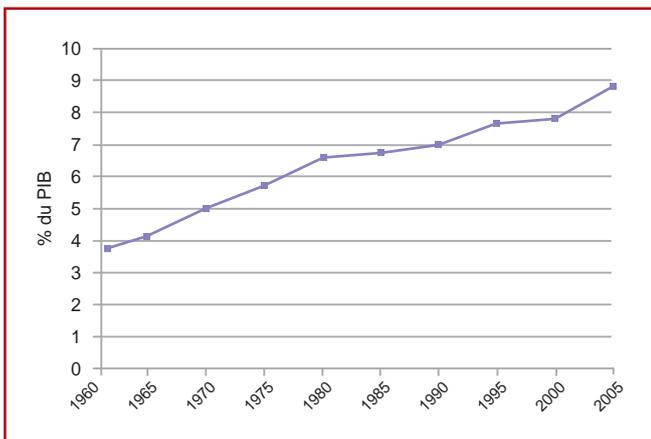


Fig. 3: Evolution de la part des dépenses de santé dans le PIB – Moyenne OCDE. Source: OCDE Eco santé 2008.

médical. L'effet du vieillissement apparaît, quant à lui, plus modéré. Les analyses rétrospectives montrent que l'impact global de la démographie sur les dépenses de santé est d'environ 1 % par an dans les pays développés sur la période 1970-2002 [1].

Les projections réalisées par l'OCDE [2] à l'horizon 2050 retiennent deux scénarios d'évolution des dépenses publiques de santé : un scénario haut qui est la poursuite des tendances observées depuis les années 1980 et un scénario de maîtrise des coûts qui repose sur une politique de régulation plus drastique. Dans le premier scénario, l'augmentation de la part des dépenses de santé dans le PIB serait de 4 points ; elle pourrait être limitée à 2 points dans le second scénario. Il convient de noter que le vieillissement ne joue qu'un rôle mineur dans cette tendance puisqu'il n'est à l'origine que de 0,7 point de croissance. En revanche, le progrès médical et l'évolution des modes de recours aux soins seront les moteurs de la croissance.

■ LES ACTEURS DU FINANCEMENT DES DEPENSES DE SANTE ET LA COUVERTURE DU RISQUE MALADIE

Au-delà des montants consacrés à la santé, les modalités de financement de ces dépenses et l'intervention respective des acteurs publics et privés constituent un deuxième angle

► Comparaison des systèmes de santé des pays développés

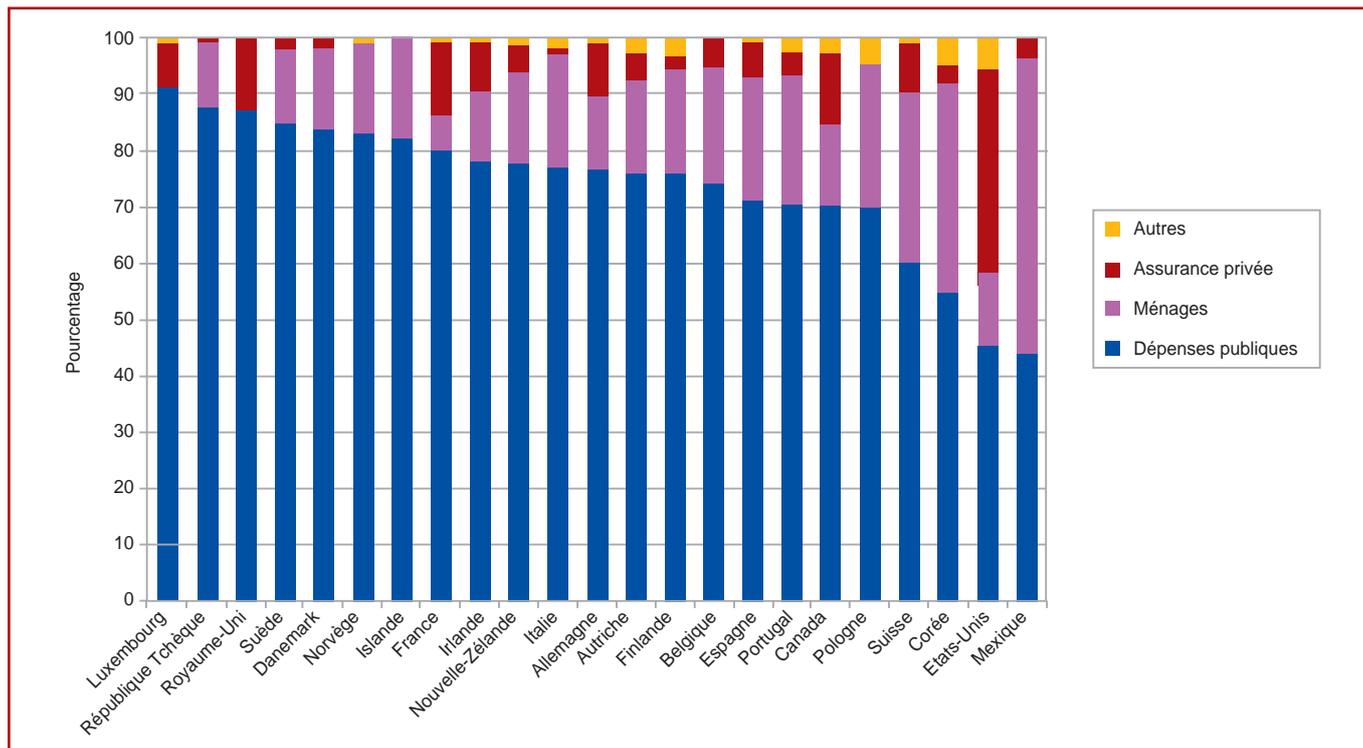


Fig. 4 : Les acteurs du financement des dépenses de santé. Source : OCDE Eco Santé 2008.

d'analyse du financement des systèmes de santé dans les pays développés.

La répartition entre les acteurs est évidemment liée à l'organisation des systèmes de santé. La grille de lecture la plus répandue est celle qui distingue entre systèmes nationaux de santé d'inspiration Beveridgienne (Royaume-Uni, Danemark, Suède, etc.), assurances sociales d'inspiration Bismarckienne (Allemagne, France, Belgique, etc.) et systèmes libéraux (Etats-Unis). Les premiers sont ainsi décrits comme des systèmes totalement publics financés par l'impôt et prenant gratuitement en charge l'ensemble de la population ; les deuxièmes conjuguent une offre de soins le plus souvent libérale avec un financement des dépenses par des assurances sociales obligatoires ; quant aux troisièmes, ils reposent sur le secteur privé, l'Etat n'intervenant que pour les groupes de population les plus vulnérables (les personnes âgées, les enfants vivant dans des familles pauvres, etc.).

1. – Les prélèvements obligatoires sont la principale source de financement des dépenses de santé

Dans tous les pays de l'OCDE, les prélèvements obligatoires sont la principale source de financement du système de santé (fig. 4). Ces prélèvements, qui sont regroupés sous l'appella-

tion "dépenses publiques" dans les comparaisons internationales, comprennent à la fois des impôts et taxes et des cotisations versées dans le cadre des contrats d'assurance maladie obligatoires, que ces contrats soient gérés par des assureurs publics ou privés à but non lucratif³. Les Etats-Unis sont, avec le Mexique, le pays où le poids du secteur public est le plus faible (moins de 50 %), alors qu'au Royaume-Uni ou en Suède, plus de 80 % du financement est public.

La France est au huitième rang en ce qui concerne la part des dépenses de santé financées par le secteur public, derrière le Royaume-Uni et les pays d'Europe du Nord ayant mis en place des systèmes nationaux de santé, mais devant les autres pays dits Bismarckiens (Allemagne, Belgique, Autriche, etc.). En revanche, la France est le pays de l'OCDE où la part des dépenses publiques de santé dans la richesse nationale est la plus élevée : 8,9 %. Elle conjugue en effet un fort taux de prise en charge publique (80 %) et un niveau élevé de dépenses de santé (11,1 % du produit intérieur brut).

Ce même indicateur permet aussi de relativiser la faiblesse de l'intervention publique aux Etats-Unis : le poids des dépenses

³ Cette définition explique la part importante du financement "public" en Suisse. En effet, les assureurs privés participant à l'assurance maladie obligatoire de base sont regroupés avec l'assurance publique.

publiques de santé dans la richesse nationale y est de 7 %, soit un niveau comparable avec celui de la Suède (7,5 %) ou du Royaume-Uni (7,3 %).

2. – L'intervention des assureurs privés est très différente selon les pays

On appelle assurance maladie volontaire les contrats d'assurance prenant en charge certaines dépenses de santé et souscrits librement par des individus ou des groupes d'individus (ainsi, l'assurance maladie volontaire peut être obligatoire pour l'ensemble des membres d'un groupe dans le cadre de contrats collectifs).

Cette définition est plus large que celle de l'assurance maladie complémentaire utilisée en France et permet, à ce titre, de mieux comprendre le rôle du secteur privé dans le domaine de l'assurance maladie. En effet, l'assurance maladie volontaire prend des formes différentes selon les pays :

- **Au Royaume-Uni** par exemple, l'assurance maladie volontaire propose l'accès à un système de santé totalement privé qui permet notamment aux plus aisés d'échapper aux listes d'attente. Cette forme d'assurance, surtout développée dans les systèmes nationaux de santé, est dite duplicative en ce qu'elle prend en charge des biens et services de santé de même nature que ceux fournis par le système public universel et obligatoire.

- **En Allemagne**, l'assurance maladie volontaire prend en charge des groupes de population ne pouvant ou ne voulant pas avoir accès au système public d'assurance maladie comme les hauts revenus ou les fonctionnaires ; 12 % de la population sont concernés par ce type d'assurance. Elle est dite primaire car elle est la source principale de financement des dépenses de santé pour ceux qui ne relèvent pas du secteur public. Elle se rencontre dans les pays ayant mis en place des systèmes d'assurance sociale ne couvrant pas nécessairement la totalité de la population ainsi que dans les pays avec un système libéral comme les Etats-Unis où elle couvre plus de la majorité de la population.

- **Enfin, en France ou en Belgique**, l'assurance maladie volontaire est additionnelle : elle peut intervenir en complément de la prise en charge par le régime obligatoire pour un bien ou service donné (prise en charge de franchises ou tickets modérateurs) ou financer des soins qui ne sont pas pris en charge par le régime obligatoire (dans ce cas, elle est dite supplémentaire).

- ▶ En moyenne, les pays de l'OCDE consacrent 9 % de leur richesse au financement de leur système de santé.
- ▶ Cette part sera amenée à augmenter durant les prochaines années.
- ▶ Les prélèvements obligatoires constituent la principale source de financement des dépenses de santé.
- ▶ Le rôle et le poids des assureurs privés sont très différents selon les pays.
- ▶ En moyenne, la participation des patients s'élève à 19 % des dépenses de santé.

En moyenne, l'assurance maladie volontaire prend en charge 6 % des dépenses de santé. Cette intervention est plus importante dans les pays où cette assurance est primaire et concerne une part importante de la population comme aux Etats-Unis où 36 % des dépenses de santé sont financées par les assureurs privés. En Allemagne, en revanche, ce type d'assurance ne concernant que 12 % de la population, son poids dans les dépenses de santé reste plus modéré, de l'ordre de 9 %.

Dans les systèmes nationaux de santé, l'assurance maladie volontaire est duplicative : elle ne concerne qu'une faible part de la population et son rôle dans le financement des dépenses de santé apparaît marginal.

C'est en France que l'assurance maladie volontaire est la plus développée : la quasi-totalité de la population détient un contrat d'assurance maladie complémentaire, les assureurs privés intervenant à hauteur de 13 % des dépenses de santé ; la France se situe juste après les Etats-Unis, au deuxième rang des pays de l'OCDE (*cf. fig. 4*).

3. – La participation financière des patients est généralisée

Les patients contribuent eux aussi au financement des dépenses de santé dans la totalité des pays de l'OCDE. Différents mécanismes de participation financière des patients sont utilisés : tickets modérateurs, franchises, forfaits.

Il faut cependant noter que dans de nombreux pays, les mécanismes de participation financière des patients sont accompagnés de dispositifs de protection contre les gestes à charge élevés [3]. Par exemple, en Belgique, il existe des plafonds, différents selon les groupes de revenus, au-delà desquels les patients ne sont plus redevables des tickets modérateurs et

► Comparaison des systèmes de santé des pays développés

Pays	Mécanismes de protection ciblés	Mécanismes de protection généraux
Allemagne	En fonction de l'état de santé : maladies chroniques. En fonction de l'âge. Dispositif spécifique pour les femmes enceintes.	Plafonds proportionnels au revenu : 2 % du revenu annuel des ménages (population générale). Plafond annuel de dépenses pour les soins hospitaliers : 280 €.
Belgique	En fonction de l'état de santé : maladies chroniques. En fonction de l'âge.	Plafonds en fonction des revenus : de 450 € à 1 800 €.
France	En fonction de l'état de santé : maladies chroniques. En fonction du statut : femmes enceintes, invalides, accidents du travail, etc.	Néant.
Pays-Bas	Néant.	Plafond annuel de dépenses : entre 0,00 € et 500 €, selon le contrat choisi par l'assuré.
Suède*	En fonction de l'âge. Dispositif spécifique pour les femmes enceintes.	Plafond annuel de dépenses : 522 €.
Suisse	En fonction de l'âge. Dispositif spécifique pour les femmes enceintes.	Plafond annuel de dépenses : entre 600 € et 2 000 €, selon le contrat choisi par l'assuré

* Règles nationales.

Tableau I : Les mécanismes de protection des patients dans quelques pays de l'OCDE.

franchises ; en Allemagne, les patients ayant consacré plus de 2 % de leurs revenus à leurs dépenses de santé sont exonérés de toute participation financière supplémentaire (*tableau I*).

En moyenne, la participation des patients s'élève à 19 % dans les pays de l'OCDE. C'est au Luxembourg et en France que les ménages contribuent le moins, du fait de l'intervention majeure du secteur public au Luxembourg et du rôle joué par l'assurance maladie volontaire en France.

Dans les pays où l'intervention publique est la plus importante, l'assurance maladie privée est peu développée alors

même que la participation des patients peut être non négligeable. Ainsi, la participation des patients aux dépenses de santé s'élève à 13 % en Suède et à 15 % en Norvège. A titre de comparaison, la participation des patients aux Etats-Unis est de 12,8 %.

Bibliographie

1. RAYNAUD D. *In* : Les leviers de la croissance, rapport du CAE, 2005.
2. OECD, Future budget pressures arising from spending on health and long-term care, Economic Outlook, n. 79, 2006.
3. CHAMBARETAUD S, HARTMANN L. Participation financière des patients et mécanismes de protection en Europe, Pratiques et organisation des soins, 2009, à paraître.