

6. ACCÈS AUX SOINS

6.1. Couverture des soins de santé

La couverture des soins de santé par les assurances publiques ou privées favorise l'accès aux produits et services médicaux, et permet de se couvrir contre les aléas financiers d'un accident ou d'une maladie grave (OCDE, 2004a). Toutefois, le pourcentage de la population couverte par de telles assurances ne fournit pas un indicateur complet de l'accessibilité, car la gamme de services couverts et le degré de participation des patients au coût de ces services affectent également l'accès aux soins.

La plupart des pays de l'OCDE ont mis en place une couverture universelle (ou quasi-universelle) des soins pour un ensemble de services de base, tels que les consultations de médecins et de spécialistes, les tests et examens, et les interventions chirurgicales (graphique 6.1.1). En règle générale, les soins dentaires et les médicaments sont partiellement couverts, même si dans un certain nombre de pays ces services ne sont pas couverts du tout (Paris, Devaux et Wei, 2010).

Deux pays de l'OCDE n'ont pas encore de couverture maladie universelle. Au Mexique, le système facultatif d'assurance maladie « Seguro popular » introduit en 2004 pour offrir une couverture aux pauvres et aux personnes non assurées s'est développé rapidement de sorte qu'en 2011, près de 90 % de la population étaient couverts. Aux États-Unis, la couverture de base est principalement fournie par l'assurance maladie privée et 53 % de la population disposaient d'une telle couverture en 2011. Les personnes âgées, à bas revenus ou handicapées, soit 32 % de la population totale, bénéficient d'une couverture financée par des fonds publics, ce qui laisse 15 % de la population sans couverture maladie. Le fait que des personnes soient démunies d'assurance de manière persistante apparaît comme un obstacle majeur à l'accès aux soins et, plus généralement, à la réduction des inégalités sur le plan de la santé (AHRQ, 2011b). Le « Affordable Care Act » adopté en 2010, va étendre la couverture de l'assurance maladie aux États-Unis, qui deviendra obligatoire pour presque tous les citoyens et les résidents légaux à compter de janvier 2014.

La couverture maladie primaire de base, qu'elle soit fournie par une assurance publique ou privée, couvre généralement un « panier » de prestations défini, souvent avec une participation du patient aux coûts. Dans certains pays, on peut souscrire une couverture maladie additionnelle auprès d'une assurance privée afin de couvrir tous les frais non pris en charge par la couverture de base (assurance complémentaire), d'ajouter des services (assurance supplémentaire) ou d'obtenir un accès plus rapide ou un choix plus large de prestataires (assurance duplicative). Dix des 34 pays de l'OCDE font état d'une couverture maladie privée pour plus de la moitié de leur population (graphique 6.1.2).

En France, l'assurance maladie privée fournit à 96 % de la population une assurance *complémentaire* qui couvre la participation au coût dans le régime de sécurité sociale. Les Pays-Bas ont le plus vaste marché de l'assurance *supplémentaire* (89 % de la population), suivis par Israël (80 %), où l'assurance privée prend en charge le coût des médicaments délivrés sur ordonnance et des soins dentaires qui ne sont pas remboursés par le régime public. C'est en Irlande (48 %) et en Australie (45 %) que l'assurance maladie *parallèle* (ou *duplicative*) offrant un accès plus rapide aux services médicaux via le secteur privé en cas de délais d'attente dans le public est la plus développée.

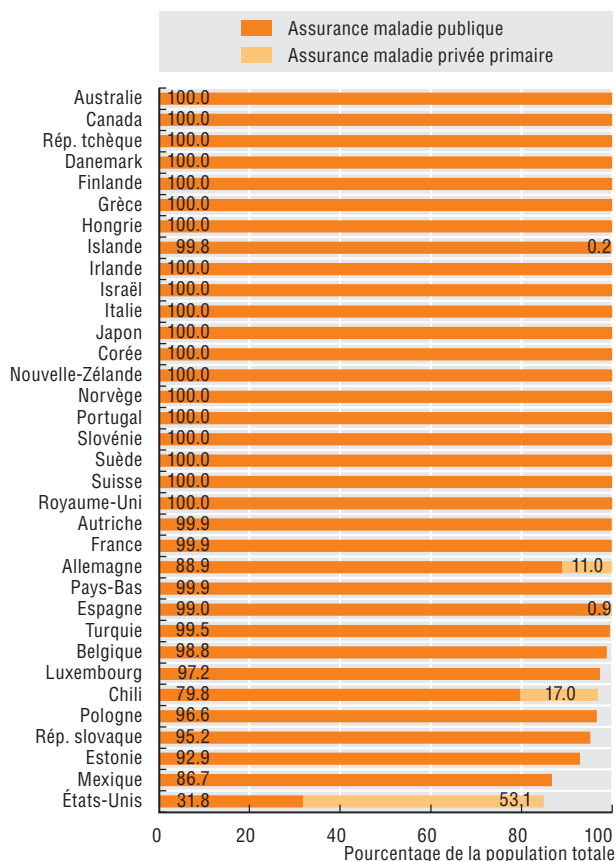
La part de la population couverte par l'assurance maladie privée a augmenté dans certains pays de l'OCDE au cours de la dernière décennie. Elle a doublé en Belgique pour atteindre 80 %, et elle a également augmenté au Mexique et en Turquie, même si le niveau y reste très faible. En revanche, la couverture de l'assurance maladie privée a légèrement baissé au Chili et aux États-Unis, deux pays où elle joue un rôle prépondérant dans la couverture primaire des soins de santé (graphique 6.1.3).

L'importance de l'assurance maladie privée n'est pas liée au développement économique d'un pays. D'autres facteurs, notamment les limites des services financés par des fonds publics, la manière dont se financent les prestataires privés, les interventions des pouvoirs publics sur les marchés de l'assurance maladie privée et l'évolution historique sont susceptibles d'expliquer le développement de ces marchés (OCDE, 2004b).

Définition et comparabilité

La couverture des soins de santé est définie ici comme la part de la population qui reçoit un ensemble défini de produits et de services de santé dans le cadre de programmes publics et de l'assurance maladie privée. Elle englobe les personnes couvertes en leur nom propre et leurs personnes à charge. On entend par couverture publique à la fois les services publics fournis à la population et l'assurance maladie financée par l'impôt ou les cotisations sociales. La souscription d'une assurance privée est souvent volontaire, mais elle peut aussi être imposée par la loi ou obligatoire pour les salariés dans le cadre de leur contrat de travail. Le montant des primes n'est généralement pas lié aux revenus ; toutefois, la souscription d'une couverture privée peut être subventionnée par les pouvoirs publics.

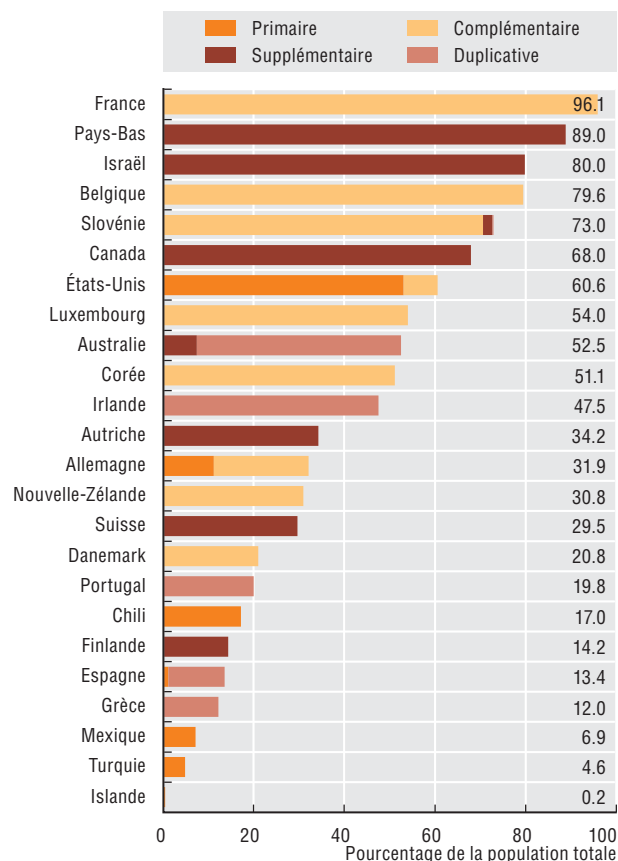
6.1.1. Couverture de l'assurance maladie pour un ensemble de services, 2011



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932922158>

6.1.2. Population couverte par une assurance maladie privée, selon le type d'assurance, 2011 (ou année la plus proche)

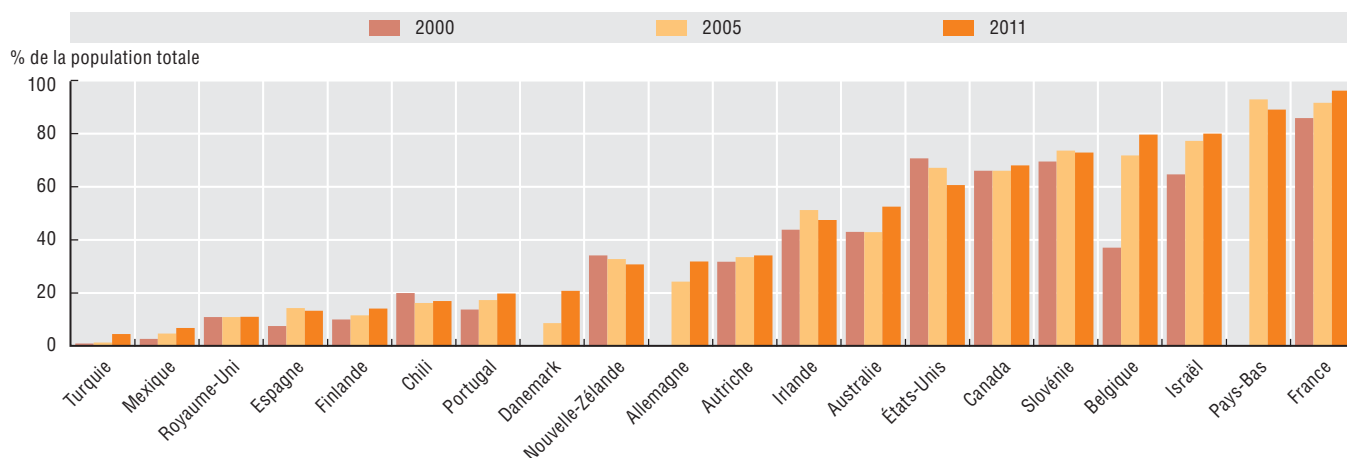


Note : L'assurance maladie privée peut être à la fois complémentaire et supplémentaire au Danemark, en Corée et en Nouvelle-Zélande; à la fois duplicative, complémentaire et supplémentaire en Israël.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932922177>

6.1.3. Évolution de la couverture d'assurance maladie privée, 2000 à 2011



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932922196>



Extrait de :
Health at a Glance 2013
OECD Indicators

Accéder à cette publication :
https://doi.org/10.1787/health_glance-2013-en

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2013), « Couverture des soins de santé », dans *Health at a Glance 2013 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: https://doi.org/10.1787/health_glance-2013-57-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 et toute carte 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.

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à rights@oecd.org. Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) info@copyright.com ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) contact@cfcopies.com.