

Le pourcentage d'individus qui, parmi une population donnée, bénéficient de la prise en charge d'un éventail de services de base donne une première idée de l'accès aux soins et de la protection financière offerte. Cependant, il ne s'agit là que d'une mesure partielle de l'accessibilité et de la couverture des soins, étant limitée au nombre d'individus bénéficiant de ladite couverture. La couverture sanitaire universelle dépend également de la gamme de services pris en charge et du degré de participation des patients à leur coût. Ces services doivent au surplus être d'une qualité suffisante. Les indicateurs de ce chapitre renseignent sur l'accès aux soins et sur différentes dimensions de la couverture, tandis que l'on trouvera au chapitre 6 des indicateurs sur la qualité et les résultats des soins.

La plupart des pays de l'OCDE ont mis en place une couverture universelle (ou quasi-universelle) pour un éventail de services de base qui comprennent d'ordinaire les consultations médicales, les tests et examens, et les soins hospitaliers (Graphique 5.1). Les systèmes nationaux de santé ou l'assurance maladie sociale sont généralement les dispositifs de financement permettant d'atteindre la couverture sanitaire universelle. Quelques pays (les Pays-Bas, la Suisse) sont parvenus à cet objectif au moyen de régimes d'assurance maladie privés obligatoires – accompagnés de subventions publiques et d'un cadre juridique fixant l'étendue et le niveau de la couverture. En Grèce, une loi adoptée en 2016 a comblé le déficit de couverture pour les 10 % de la population qui n'étaient jusqu'alors pas assurés.

Le taux de couverture des services de base reste inférieur à 95 % de la population dans sept pays de l'OCDE, les plus faibles niveaux étant observés au Mexique, aux États-Unis et en Pologne. Le Mexique a élargi sa couverture depuis 2004, mais des lacunes subsistent. Aux États-Unis, les personnes non assurées sont généralement des adultes en âge de travailler, ayant un faible niveau d'études ou de revenu. – leur part dans la population a fortement diminué, passant d'environ 13 %, en 2013, à 9 %, en 2015 (United States Census Bureau, 2018<sup>[1]</sup>) mais demeure relativement stable depuis. En Pologne, la majorité des personnes non assurées sont des Polonais vivant à l'étranger. En Irlande, bien que la couverture soit universelle, moins de la moitié de la population bénéficie d'une prise en charge pour les consultations chez le médecin généraliste.

Les habitants de certains pays peuvent souscrire s'ils le souhaitent une assurance maladie additionnelle auprès d'un prestataire privé. Celle-ci peut couvrir tous les frais non pris en charge par la couverture de base (assurance complémentaire), s'étendre à d'autres services (assurance supplémentaire) ou permettre un accès plus rapide aux soins ou un choix plus large de prestataires (assurance duplicative). Dans huit pays de l'OCDE, plus de la moitié de la population dispose d'une couverture maladie privée additionnelle (Graphique 5.2). En France, la quasi-totalité de la population (96 %) est affiliée à une assurance complémentaire qui couvre les dépenses laissées à la charge des patients dans le système de sécurité sociale – un système d'aides publiques permettant aux ménages modestes de bénéficier de cette assurance gratuitement ou pour un coût réduit. L'assurance complémentaire est également très répandue en Belgique, en Slovaquie et en Corée. Israël et les Pays-Bas représentent le plus vaste marché de l'assurance supplémentaire (plus de 80 % de la population), l'assurance privée y prenant en charge le coût des soins dentaires, des consultations de physiothérapie, de certains médicaments délivrés sur ordonnance et de divers actes non remboursés par

le régime public. C'est en Irlande et en Australie que l'assurance maladie duplicative, offrant un accès plus rapide aux services médicaux privés en cas d'attente dans le secteur public, est la plus développée. Aux États-Unis, 8 % de la population bénéficie d'une assurance maladie privée complémentaire. Il faut compter également que 55 % des habitants ont une couverture maladie primaire privée.

Au cours de la dernière décennie, la population couverte par une assurance maladie privée additionnelle a augmenté, quoique de manière souvent marginale, dans 18 pays de l'OCDE sur 27 présentant des données comparables. C'est en Corée, au Danemark, en Slovaquie et en Finlande que les évolutions ont été les plus notables (Graphique 5.3). Il y a lieu de noter, dans le cas de la Slovaquie, que l'essentiel de la progression observée tient au fait qu'une compagnie d'assurance a ajouté à son offre une police d'assurance supplémentaire gratuite. Plusieurs facteurs déterminent l'évolution de l'assurance maladie privée additionnelle, en particulier l'ampleur du déficit d'accès aux services financés sur fonds publics et les interventions des pouvoirs publics visant les marchés de l'assurance maladie privée.

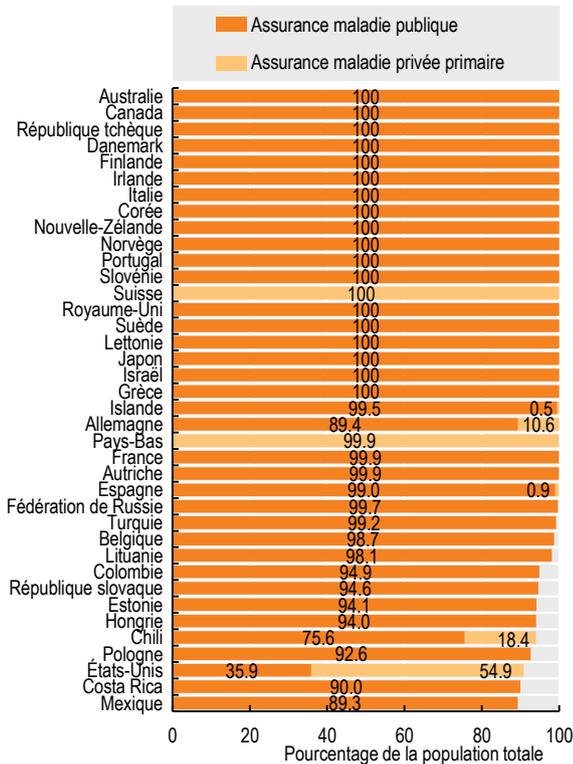
#### Définition et comparabilité

La population bénéficiant d'une couverture de santé correspond ici à la part de la population à même de bénéficier d'un éventail de services de base – que ce soit dans le cadre de régimes publics ou d'une couverture maladie primaire privée. Si sa composition diffère d'un pays à l'autre, cet éventail de services couvre généralement les consultations médicales, les tests et examens ainsi que les soins hospitaliers. La couverture publique désigne les systèmes de santé nationaux et l'assurance maladie sociale. Le financement des systèmes de santé nationaux vient pour l'essentiel des recettes fiscales globales tandis que celui de l'assurance maladie sociale provient, en règle générale, à la fois des charges sociales et de l'impôt. Le financement repose sur le principe de la capacité contributive. La couverture maladie primaire privée désigne la couverture d'assurance applicable à un éventail de services de base, et peut être facultative ou imposée par la loi (à une partie ou à l'ensemble de la population). L'assurance additionnelle privée est toujours facultative. Le montant des primes d'assurance privée n'est généralement pas corrélé aux revenus, la souscription d'une couverture privée pouvant toutefois être subventionnée par les pouvoirs publics.

#### Références

- [3] OCDE (2016), *Review of Health Systems: Mexico*, OECD Reviews of Health Systems, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264230491-en>.
- [2] OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (à paraître), *Greece, Ireland, Poland, Country Health Profiles 2019, State of Health in the EU*.
- [1] United States Census Bureau (2018), *Health Insurance Coverage in the United States*.

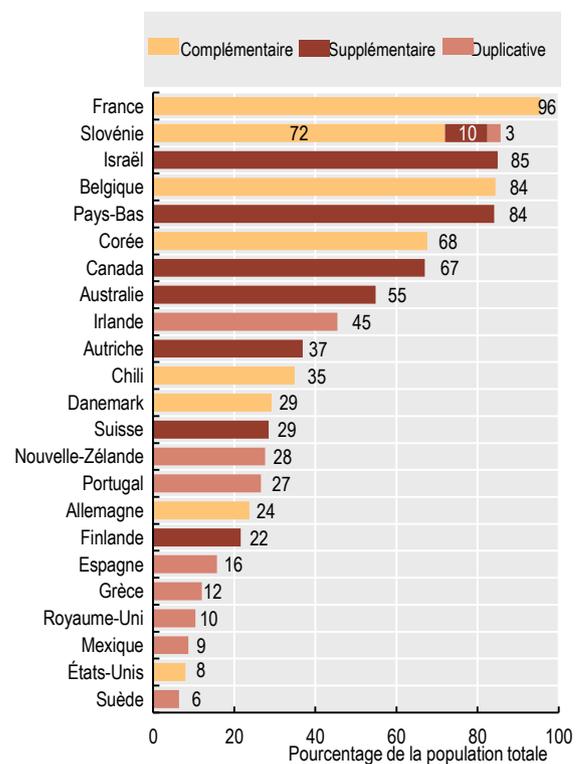
Graphique 5.1. Population bénéficiant d'une couverture pour un ensemble de services de base, 2017 (ou année la plus proche)



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

StatLink <https://doi.org/10.1787/888934068173>

Graphique 5.2. Population couverte par une assurance maladie privée facultative selon le type d'assurance, 2017 (ou année la plus proche)

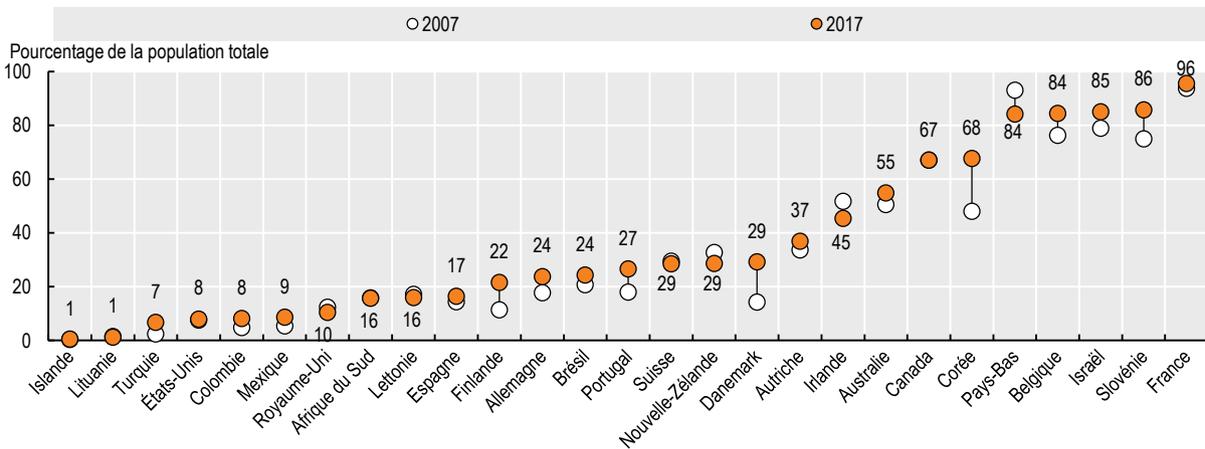


Note : L'assurance maladie privée peut être à la fois complémentaire et supplémentaire en Australie ; à la fois complémentaire et supplémentaire en Corée et au Danemark ; et duplicative, complémentaire et supplémentaire en Israël et en Slovénie. Aux États-Unis, 55 % de la population est couverte par une assurance maladie privée primaire.

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

StatLink <https://doi.org/10.1787/888934068192>

Graphique 5.3. Évolution de la couverture d'assurance maladie privée, 2007 et 2017 (ou année la plus proche)



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

StatLink <https://doi.org/10.1787/888934068211>



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), « Population bénéficiant d'une couverture de santé », dans *Health at a Glance 2019 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/e13f4968-fr>

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>.