

Physiologie des dépenses nationales de santé*

Philip Musgrove,¹ Riadh Zeramdini² et Guy Carrin³

Le présent article contient une analyse des estimations des comptes nationaux de la santé de 191 Etats Membres de l'OMS pour l'année 1997 : des comparaisons simples et des régressions linéaires permettent de décrire les dépenses de santé et la manière dont elles sont financées. Les données couvrent toutes les sources – paiements directs aux prestataires, cotisations d'assurance sociale, fiscalisation (financement par le budget général de l'Etat) et assurance privée, volontaire ou professionnelle – classées en fonction de leur degré de couverture et de leur fiabilité.

Les dépenses de santé totales représentent de 2 à 3 % du produit intérieur brut (PIB) pour les pays à faible revenu (moins de US \$1000 par habitant) et de 8 à 9 % en moyenne pour les pays à revenu élevé (plus de US \$7000). Assez curieusement, le niveau de variation relative de cette part du PIB est aussi marqué dans les pays pauvres que dans les pays riches, et l'écart est encore plus net si l'on considère les montants en dollars. Les pays pauvres et les gens pauvres qui ont le plus besoin de protection contre les aléas financiers sont aussi ceux qui sont les moins protégés par une forme quelconque de prépaiement ou de partage des risques. Dans les tranches à bas revenu, le niveau des paiements directs aux prestataires est en moyenne assez élevé et représente de 20 à 80 % du total ; dans les tranches à haut revenu, cette part se réduit nettement et l'écart se resserre. Toutefois, en chiffres absolus, les dépenses sous forme de paiements directs aux prestataires n'en augmentent pas moins avec le revenu. Dans les pays à haut revenu, la part financée par l'Etat augmente également plus vite, y compris en pourcentage du PIB, et l'on observe une convergence des niveaux de financement assuré par l'Etat. La santé représente une part grandissante du budget à mesure que le revenu augmente, passant de 5 à 6 % à environ 10 %, ce qui semble contredire le lien entre besoins totaux de santé et besoins de dépenses publiques, et ce pour n'importe quelle combinaison de services. Dans le cadre des dépenses publiques, il n'y a pas de convergence dans les types de financement – fiscalisation par opposition à assurance sociale. L'assurance privée est généralement négligeable, sauf dans certains pays riches.

Mots clés Dépenses de santé/statistique/orientations ; Organisation financement ; Financement individuel ; Secteur soins ; Modèle linéaire (source : MeSH, INSERM).

Article publié en anglais dans *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80(2): 134–142.

Champ de l'analyse

Dans le présent article, nous allons examiner ce que les 191 Etats Membres de l'OMS dépensent pour la santé ainsi que la manière dont ces dépenses sont financées, qu'il s'agisse de paiements directs aux prestataires ou de paiements anticipés, notamment de cotisations d'assurance sociale, de crédits budgétaires, ou de formules d'assurance volontaire ou professionnelle. Nous avons eu recours à des comparaisons simples et à des régressions linéaires pour déterminer si ces dépenses étaient suffisantes et comment la charge financière se trouvait répartie entre les différentes sources de financement et les ménages. La plupart des analyses portent sur la totalité des Etats Membres, de manière à maximiser le nombre des observations et couvrir un large éventail de revenus. Certaines analyses ont également été faites à l'échelon régional ; leurs résultats sont parfois signalés, mais sans entrer dans les détails.

Notre principale source de données a été le catalogue d'estimations des comptes nationaux de la santé préparé par l'OMS et actualisé au 31 mai 2001. Par suite de ces

actualisations, les chiffres ne correspondent pas toujours à ceux publiés auparavant (1). Les estimations se rapportent à 1997, bien qu'elles puissent se fonder sur des données relatives à des exercices antérieurs. Nous ne traitons pas ici des sources de données primaires ou des méthodes d'estimation vu qu'il en a été question ailleurs (2). Comme la qualité des informations varie beaucoup d'un pays à l'autre, les premières estimations pour 1997 ont été classées en trois catégories : « données complètes de grande fiabilité », « données incomplètes de fiabilité grande à moyenne » ou « données incomplètes de faible fiabilité ». Initialement, 15 pays seulement figuraient dans la dernière catégorie. Comme la classification n'a pas été modifiée lorsque la qualité des données s'est améliorée, on peut se dire que les données concernant un pays sont au moins aussi bonnes qu'il ressort de la classification adoptée ici. D'ailleurs, nous ne pensons pas que l'emploi de données actualisées puisse modifier sensiblement la physiologie qui se dégage de la présente étude.

Tant dans les représentations graphiques qui suivent que dans les analyses statistiques, la distinction est toujours faite

* D'après : Musgrove P, Zeramdini R. *A summary description of health financing in WHO Member States* (CMH Working Paper Series, Paper No. WG3:3. Disponible à l'adresse URL : www.cmhealth.org/wg3_paper3.pdf).

¹ Economiste principal, Santé, Nutrition et Population, Banque mondiale, 1818 H Street NW, Washington, DC 20433 (Etats-Unis d'Amérique) (mél. : Pmusgrove@worldbank.org). (Correspondance)

² Chercheur associé, Département Administration générale et financement de la santé, Formulation des options politiques : financement, allocation des ressources, réglementation et législation, Organisation mondiale de la Santé, Genève (Suisse).

³ Economiste sanitaire principal, Département Administration générale et financement de la santé, Formulation des options politiques : financement, allocation des ressources, réglementation et législation, Organisation mondiale de la Santé, Genève (Suisse).

entre les trois catégories de données. Le Tableau 1 (voir p. 119) fournit les estimations de l'OMS et le Tableau 2 classe les pays par Région OMS et selon le niveau de revenu par habitant, de la façon suivante : très faible revenu (<US \$1000), faible revenu (de US \$1000 à 2200), revenu moyen (US \$2200 à 7000) et revenu élevé (>US \$7000). Bien que les Régions OMS soient encore stratifiées en fonction des taux estimatifs de mortalité des adultes et des enfants (3), comme on le voit au Tableau 2, nous n'avons pas analysé les données par strate, car il n'y a parfois qu'un très petit nombre de pays dans une cellule de mortalité par Région.

L'analyse commence par les dépenses de santé totales par rapport au produit intérieur brut (PIB), en tant que fonction du PIB par habitant (PIBH). Pour faire apparaître les rapports avec le revenu, nous avons pris les algorithmes naturels de tous les montants financiers. La Figure 1 montre la part des dépenses de santé totales dans le PIB sous la forme d'un pourcentage de celui-ci (DST%PIB), en tant que fonction du Ln (PIBH), sur la fourchette de revenus 6–11 (environ US \$400 à 60 000). Les Figures 2 à 4 concernent la même fourchette de revenus. Toutes les analyses graphiques et la plupart des analyses statistiques concernent des parts en pourcentage, se rapportant aux dépenses de santé totales, aux recettes de l'Etat, ou aux dépenses publiques totales ou des seules autorités centrales. En revanche, comme les comparaisons par rapport aux dépenses de santé qui seraient nécessaires obligent à employer des montants en US \$, les niveaux de dépenses de santé totales par habitant, de dépenses réglées directement aux prestataires et de dépenses publiques totales sont comparés au revenu par habitant exprimé en parité des pouvoirs d'achat en dollars (PPA\$).

Que dépensent les pays pour la santé ?

Le DST%PIB s'élève de 2 à 9 % à mesure que le revenu progresse (Figure 1). L'analyse de régression montre que les

Fig. 1. Dépenses de santé totales en pourcentage du produit intérieur brut (PIB) par rapport au PIB par habitant (191 pays)

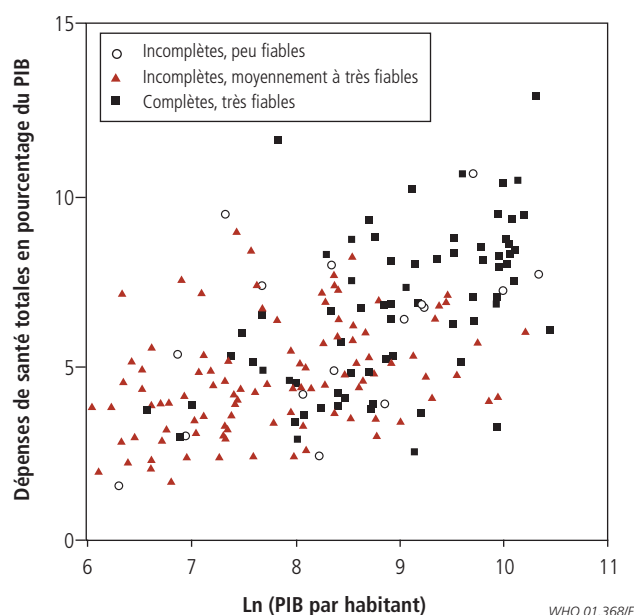
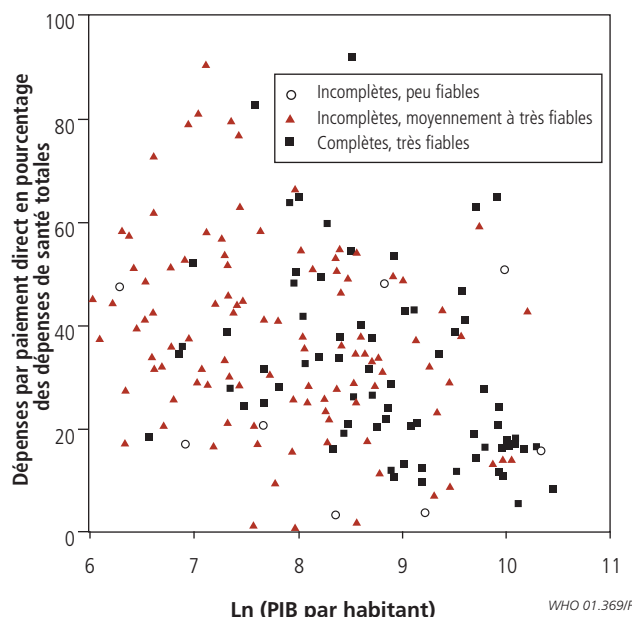


Fig. 2. Dépenses par paiement direct (DPD) en proportion des dépenses de santé totales (DST) par rapport au produit intérieur brut (PIB) par habitant (191 pays)



dépenses de santé sont (quelque peu) un produit de luxe : le coefficient de régression portant sur le revenu de tous les pays confondus est de 0,0109, et de 0,0137 pour les 72 pays fournissant des chiffres de dépenses nationales de grande qualité. La statistique complète du modèle de régression pour les trois groupes de pays classés selon la qualité de leurs données, ainsi que pour la totalité des 191 pays, figure au Tableau 3. Dans ce modèle de régression, comme dans tous les autres, la valeur absolue du coefficient est plus élevée pour les données de grande qualité, mais la différence entre les coefficients estimatifs pour tous les pays et pour le groupe de grande fiabilité n'est jamais significative et, dans les deux cas, ces coefficients sont toujours différents de zéro. L'adéquation de la droite de régression, ajustée sur le nombre de degrés de liberté, est sensiblement améliorée si l'on ne se sert que des données les plus fiables. Bref, l'inclusion de données de qualité inférieure multiplie les interférences, sans pour autant modifier notablement la pente des différentes relations.

Une comparaison plus valable consisterait à se servir du revenu par habitant, déduction faite des dépenses de subsistance, plutôt que du revenu sans déduction pour les besoins fondamentaux, mais il n'existe pas d'estimation communément admise de ce concept. Beaucoup de pays sont si pauvres (28 ont des revenus inférieurs à US \$1000 par an, Tableau 2) que dépenser ne serait-ce que 4 % du revenu total pour la santé équivaut à une part considérable des revenus autres que de subsistance, comparable à celle des pays plus riches. La part des dépenses de santé dans le revenu total varie beaucoup à tous les niveaux de revenu : l'écart type de cette part est de 0,014 pour le groupe des très bas revenus, et de 0,0198 à 0,021 pour les trois groupes de revenus les plus élevés.

La part santé du PIB va de <3 % à 6 % dans les pays africains dont les revenus sont inférieurs à US \$2500. C'est aussi élevé que les 5 à 10 % répartis dans les Amériques à des niveaux de revenu de US \$10 000 à 20 000, ou que la fourchette de 3 à 6 % dans la Région de la Méditerranée orientale,

Tableau 2. Regroupement des pays par Région OMS, strate de mortalité et PIB par habitant

Région OMS ^a	Strate de mortalité (enfants/adultes)	Catégorie de revenus en PPA (PIB par habitant)			
		Très bas (<US \$1000)	Bas (US \$1000–2200)	Moyens (US \$2200–7000)	Hauts (>US \$7000)
AFRO	Toutes deux élevées	Bénin, Burkina Faso, Guinée-Bissau, Madagascar, Mali, Niger, Nigéria, Sierra Leone, Tchad	Angola, Cameroun, Cap-Vert, Comores, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée équatoriale, Mauritanie, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Togo	Algérie, Gabon, Libéria	Maurice, Seychelles
	Elevée/très élevée	Burundi, Congo, Erythrée, Ethiopie, Kenya, Malawi, Mozambique, Rwanda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Zambie	Côte d'Ivoire, Lesotho, Ouganda, République centrafricaine	Botswana, Namibie, Swaziland, Zimbabwe	Afrique du Sud
AMRO	Toutes deux très basses Toutes deux basses		Cuba	Belize, Brésil, Colombie Dominique, El Salvador, Grenade, Guyana, Honduras, Jamaïque, Panama, Paraguay, République dominicaine, Sainte-Lucie, Saint-Vincent, Venezuela	Canada, Etats-Unis d'Amérique Antigua-et-Barbuda, Argentine, Bahamas, Barbade, Chili, Costa Rica, Mexique, Saint-Kitts-et-Nevis, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay
	Toutes deux élevées		Haïti	Bolivie, Equateur, Guatemala, Nicaragua, Pérou	
EMRO	Toutes deux basses			République islamique d'Iran, Jordanie, Liban, République arabe syrienne, Tunisie	Arabie saoudite, Bahreïn, Chypre, Emirats arabes unis, Jamahiriya arabe libyenne, Koweït, Oman, Qatar
	Toutes deux élevées	Afghanistan, Somalie, Yémen	Djibouti, Pakistan, Soudan	Egypte, Iraq, Maroc	
EURO	Toutes deux très basses			Croatie	Allemagne, Andorre, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Irlande, Islande, Israël, Italie, Luxembourg, Malte, Monaco, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République tchèque, Royaume-Uni, Saint-Marin, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse
	Toutes deux basses	Bosnie	Arménie, Azerbaïdjan, Ouzbékistan, Tadjikistan	Albanie, Bulgarie, Ex-République yougoslave de Macédoine, Géorgie, Kirghizistan, Roumanie, Turkménistan, Turquie, Yougoslavie	
	Basse/ élevée		République de Moldova	Bélarus, Kazakhstan, Lettonie, Lituanie, Ukraine	Estonie, Fédération de Russie, Hongrie

(Tableau 2, suite)

Région OMS ^a	Strate de mortalité (enfants/adultes)	Catégorie de revenus en PPA (PIB par habitant)			
		Très bas (<US \$1000)	Bas (US \$1000–2200)	Moyens (US \$2200–7000)	Hauts (>US \$7000)
SEARO	Toutes deux basses	Bhoutan, Myanmar	Bangladesh, Inde, Népal, République populaire démocratique de Corée	Indonésie, Sri Lanka, Thaïlande, Maldives	
	Toutes deux élevées				
WPRO	Toutes deux très basses			Australie, Brunéi Darussalam, Japon, Nouvelle-Zélande, Singapour	
	Toutes deux basses	Cambodge, Iles Marshall, Kiribati, Micronésie, Mongolie, République démocratique populaire lao, Tuvalu, Viet Nam	Chine, Fidji, Iles Cook, Iles Salomon, Nauru, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, Samoa, Tonga, Vanuatu	Malaisie, Nioué, Palaos, République de Corée	

^a AFRO = Bureau régional OMS de l'Afrique ; AMRO = Bureau régional OMS des Amériques ; EMRO = Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale ; EURO = Bureau régional OMS de l'Europe ; SEARO = Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-est ; WPRO = Bureau régional OMS du Pacifique occidental.

pour le même intervalle de revenu. Ce résultat paradoxal – à savoir que les pays qui semblent avoir moins de marge de manœuvre varient cependant autant que ceux qui en ont davantage – est apparu à maintes reprises dans les analyses.

Les parts de PIB se traduisent par une large fourchette de montants en US \$ par habitant. Toutes les dépenses de santé sont converties en US \$ aux mêmes taux de PPA\$ que les revenus étant donné qu'on ne dispose pas d'indices des prix propres aux dépenses de santé. C'est dans les pays pauvres que les différences relatives sont les plus fortes ; elles y atteignent jusqu'à 5 : 1 pour des revenus inférieurs à US \$5000, mais elles sont d'environ 2 : 1 dans la plupart des pays affichant des revenus de US \$10 000 à 20 000. Comme il n'existe pas de nettes différences régionales dans la forme ou la pente du rapport entre dépenses et revenus, nous n'avons pas indiqué les différences par Région. Il existe de plus grandes différences dans la manière dont la santé est financée, mais celles-ci n'influent pas systématiquement sur le total. Dans la plupart des pays, les dépenses de santé totales sont faibles (moins de US \$45 par personne et par an dans 25 pays dont le revenu est inférieur à US \$1000) et elles se situent au-dessous de US \$110 dans 32 autres pays où le revenu est inférieur à US \$2200.

Certains pays dépensent moins que le coût d'une enveloppe de prestations d'un bon rapport coût/efficacité évalué, en 1993, à US \$12 par habitant dans les pays très pauvres, et à US \$22 dans les pays à revenu moyen (4). Cela ne suffit pas à mettre à la disposition de l'ensemble de la population ne serait-ce que quelques prestations grandement justifiées, que la justification se fonde sur le rapport coût/efficacité, sur la protection contre les dépenses catastrophiques ou sur d'autres critères encore. Ainsi entendues, des dépenses insuffisantes se différencient des dépenses de santé faibles entraînant une perte du potentiel de croissance économique (5).

Tableau 3. Statistiques du modèle de régression pour les dépenses de santé totales en pourcentage du produit intérieur brut

Statistiques du modèle de régression	Qualité des données			Toutes données confondues
	Basse	Moyenne à haute	Haute	
Constantes	-0,0328	-0,0020	-0,0567	-0,0353
Erreur type	0,0437	0,0119	0,0220	0,0098
<i>t</i>	-0,7484	-0,1702	-2,5090	-3,6092
Probabilité ^a	0,4675	0,8652	0,0144	0,0004
Coefficient du Ln (PIBH)	0,0110	0,0060	0,0137	0,0109
Erreur type	0,0051	0,0015	0,0025	0,0012
<i>t</i>	2,1218	4,1782	5,4798	9,3725
Probabilité ^a	0,0563	0,0001	0,0000	0,0000
<i>R</i> ²	0,2572	0,1461	0,3002	0,3173
<i>R</i> ² ajusté	0,2000	0,1377	0,2902	0,3137
<i>n</i>	15	104	72	191

^a Probabilité que la vraie valeur du coefficient soit zéro.

Payer d'avance ou lorsqu'on a besoin de soins ?

Parce qu'elle est liée au risque financier, la distinction fondamentale entre les dépenses de santé consiste à séparer le prépaiement sous toutes ses formes du paiement direct au prestataire lors de la fourniture des soins. Les petits frais réglés directement ne gênent personne, exception faite des plus démunis. Toutefois, les grosses dépenses doivent être couvertes par le prépaiement afin que le malade ne risque pas de s'appauvrir ou de renoncer à des soins dont il a besoin. Comme

Tableau 4. Statistiques du modèle de régression pour les paiements directs en pourcentage des dépenses de santé totales

Statistiques du modèle de régression	Qualité des données			Toutes données confondues
	Basse	Moyenne à haute	Haute	
Constantes	0,5735	0,8066	1,0781	0,8664
Erreur type	0,3090	0,1355	0,1938	0,0926
t	1,8559	5,9530	5,5627	9,3600
Probabilité ^a	0,0863	0,0000	0,0000	0,0000
Coefficient du Ln (PIBH)	-0,0375	-0,0555	-0,0862	-0,0635
Erreur type	0,0366	0,0171	0,0214	0,0110
t	-1,0246	-3,2059	-4,0220	-5,7494
Probabilité ^a	0,3242	0,0018	0,0001	0,0000
R ²	0,0747	0,0915	0,1878	0,1488
R ² ajusté	0,0035	0,0826	0,1761	0,1444
n	15	104	72	191

^a Voir renvoi a, Tableau 3.

plus un individu est pauvre, plus le seuil des dépenses catastrophiques est bas, on pourrait s'attendre que, dans les pays pauvres, la part des paiements directs soit faible. Pourtant, c'est exactement le contraire qui se produit : dans les pays à bas revenu, la part moyenne du paiement direct est élevée et extrêmement variable (20 à 80 % de l'ensemble des dépenses de santé, Figure 2).

A mesure que les revenus s'élèvent, la fourchette se rétrécit également : l'écart type de la part des paiements directs s'abaisse de 0,220 à 0,160 entre les groupes à bas et haut revenu. Exception faite des quatre ou cinq pays fournissant des données extrêmement fiables, il existe une nette frontière du maximum de la part du paiement direct dans le total qui, à la Figure 2, prend la forme d'une diagonale descendant vers le bas. Cette frontière apparaît séparément en Afrique subsaharienne, dans les Amériques et en Méditerranée orientale et en Afrique du Nord, mais non en Europe, où la part des paiements directs est presque toujours inférieure à 40 %. L'analyse de régression donne un coefficient de revenus de -0,0635 pour la part des dépenses par paiement direct en pourcentage des dépenses de santé totales (DPD%DST) pour l'ensemble des pays, et de -0,0862 pour les pays fournissant des données de grande qualité. Les deux coefficients sont nettement négatifs (Tableau 4). La part décroissante des paiements directs ne compense pas l'élévation des dépenses de santé totales, de telle sorte que le montant en dollars dépensé en paiements directs s'élève rapidement mais pas tout à fait proportionnellement à mesure qu'augmentent les revenus et les dépenses totales. Les montants de dépenses en valeur absolue sont analysés ci-après.

Une part globale donnée de financement direct ne fait guère courir de risque financier aux ménages lorsqu'elle est faible et proportionnellement répartie en fonction de la capacité contributive des uns et des autres. Tout le monde achète les biens et services de santé qui sont individuellement abordables, et uniquement ceux-ci. Dans d'autres cas, un important risque financier est révélé par le pourcentage de ménages dont les dépenses de santé sont jugées supérieures à

50 % de leur revenu, déduction faite des dépenses de nourriture, ce qui s'appelle des dépenses catastrophiques. Dans des enquêtes à domicile effectuées dans 21 pays, cette proportion est généralement inférieure à 5 % des ménages mais, dans quelques cas, elle dépasse 10 % (6). Cette part est sans rapport avec le niveau de revenu. L'échantillon est assez restreint et ne compte pas de pays à haut revenu ; et il n'y a pas de correspondance bien nette entre le niveau de dépenses par paiement direct et la fraction des ménages où ce type de dépenses atteint des niveaux très élevés. Les résultats préliminaires de l'étude OMS portant sur un échantillon plus important de 44 pays, dont quelques-uns sont plus riches que les 21 pays envisagés ici, semblent illustrer cet effet : la part des ménages à dépenses catastrophiques et la part des dépenses catastrophiques dans le total s'abaissent quelque peu l'une et l'autre avec l'élévation du revenu.

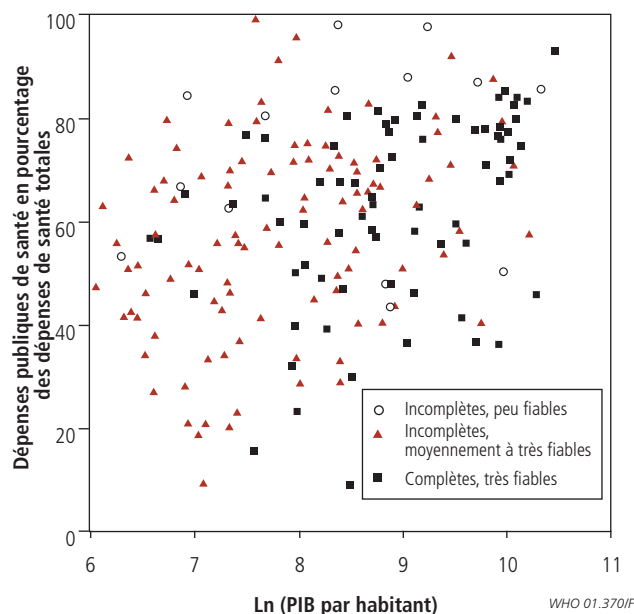
Généralement, les données d'enquêtes sur les ménages ne disent pas comment les familles ont financé des dépenses catastrophiques, mais, en Inde, la nécessité de se faire soigner pousse souvent les familles à vendre certains biens ou à emprunter de l'argent, même dans les catégories de revenu supérieures. Seule la moitié environ de la totalité des familles peut faire face à une urgence médicale grâce aux revenus courants ou aux économies, et la ponction faite dans les économies les expose à d'autres risques (7). Des constatations analogues ressortent d'une enquête effectuée dans le nord du Viet Nam en 1995 : 30 % seulement des ménages pauvres pouvaient compter sur leurs économies pour payer les prestations de santé, alors que 40 % devaient restreindre d'autres dépenses (nourriture, combustible), emprunter de l'argent ou vendre du bétail (8). Elargir le paiement anticipé et limiter le paiement direct aux seuls services d'un coût abordable concourent essentiellement à réduire le risque de perte de patrimoine ou d'appauvrissement.

Comment le prépaiement est-il financé ?

Certaines formules ne sont pas très répandues et ne représentent qu'une faible part des dépenses de santé, telles les « cartes de santé » achetées à l'avance et qui permettent à leurs acquéreurs d'obtenir une quantité limitée de soins. C'était le cas du programme de cartes de santé lancé en Thaïlande en 1983. Cette formule a été transformée, en 1992, en un programme d'assurance-maladie volontaire offrant un large éventail de prestations (9). Hormis les solutions de ce genre, il existe trois moyens fondamentaux de financer le prépaiement : l'assurance privée (volontaire ou liée à l'emploi), les cotisations d'assurance-maladie et la fiscalisation (financement par le budget de l'Etat). Toute l'action de santé financée par l'Etat est payée d'avance ; les dépenses privées se divisent entre la prise en charge par l'assurance et le paiement direct. Lorsque la part de l'assurance privée est négligeable, comme c'est le cas dans la plupart des pays et dans pratiquement tous les pays pauvres, la distinction entre prépaiement et paiement direct coïncide avec celle entre dépenses publiques et dépenses privées. La dépense publique devient le complément du paiement direct. Par rapport aux dépenses de santé totales, les dépenses publiques marquent une frontière analogue, plutôt pour la part minimale que pour la part maximale (Figure 3).

La part des dépenses publiques de santé, exprimée en pourcentage des dépenses de santé totales (DPS%DST), s'élève

Fig. 3. Dépenses publiques de santé (DPS) en proportion des dépenses de santé totales (DST) par rapport au produit intérieur brut (PIB) par habitant (191 pays)



en fonction du revenu, selon un coefficient de régression de 0,0573 pour l'ensemble des pays et de 0,0758 pour les pays dont les données sont les plus fiables (Tableau 5). L'Europe est la seule Région où la part publique est toujours supérieure à 40 % et presque toujours à 60 %, sans guère de rapport avec le revenu. Enfin, la variation relative des dépenses publiques se rétrécit : l'écart type recule de 0,228 dans le groupe des bas revenus à 0,160 dans les hauts revenus. On assiste au même phénomène que pour la réduction de la variation de la part du paiement direct dans les dépenses de santé totales.

Le financement public comprend à la fois les cotisations d'assurance sociale (le modèle Bismarck) et la fiscalisation ou financement par le budget de l'Etat (le modèle Beveridge). Ce dernier prédomine, et c'est souvent la seule solution dans la plupart des pays (Figure 4). Les pays où la sécurité sociale est le principal mode de financement public se concentrent en Europe (10). Dans les pays à revenu élevé, l'un ou l'autre modèle permet d'offrir une protection financière pratiquement universelle et intervient pour une forte part des dépenses de santé totales. En revanche, dans les pays à bas revenu, ni l'un ni l'autre n'intervient souvent pour ne serait-ce que la moitié des dépenses totales.

La distinction sécurité sociale/fiscalisation ne s'atténue pas à mesure que le revenu augmente. Les pays à revenu élevé s'en remettent essentiellement à l'un ou à l'autre modèle, tandis que, dans les pays à bas revenu, une part de la population est couverte par l'assurance sociale, une autre étant protégée grâce à un financement par le budget du ministère de la santé. Plus particulièrement en Amérique latine, il existe une grande diversité de formules, et la population théoriquement couverte par un régime a souvent recours à des services financés par un autre (11). L'absence de convergence et la diversité des montages financiers tiennent à des raisons historiques sans aucun rapport avec le revenu. On débat beaucoup des mérites respectifs de l'assurance sociale et de la fiscalisation (12),

Tableau 5. Statistique du modèle de régression pour les dépenses publiques de santé en pourcentage des dépenses de santé totales

Statistiques du modèle de régression	Qualité des données			Toutes données confondues
	Basse	Moyenne à haute	Haute	
Constantes	0,4329	0,1150	-0,0605	0,1288
Erreur type	0,1397	0,1375	0,1940	0,0950
<i>t</i>	1,3539	0,8368	-0,3123	1,3557
Probabilité ^a	0,1988	0,4047	0,7557	0,1768
Coefficient du Ln (PIBH)	0,0363	0,0586	0,0758	0,0573
Erreur type	0,0379	0,0174	0,0214	0,0113
<i>t</i>	0,9598	3,3611	3,5310	5,0524
Probabilité ^a	0,3546	0,0011	0,0007	0,0000
<i>R</i> ²	0,0662	0,0997	0,1511	0,1190
<i>R</i> ² ajusté	-0,0056	0,0909	0,1390	0,1143
<i>n</i>	15	104	72	191

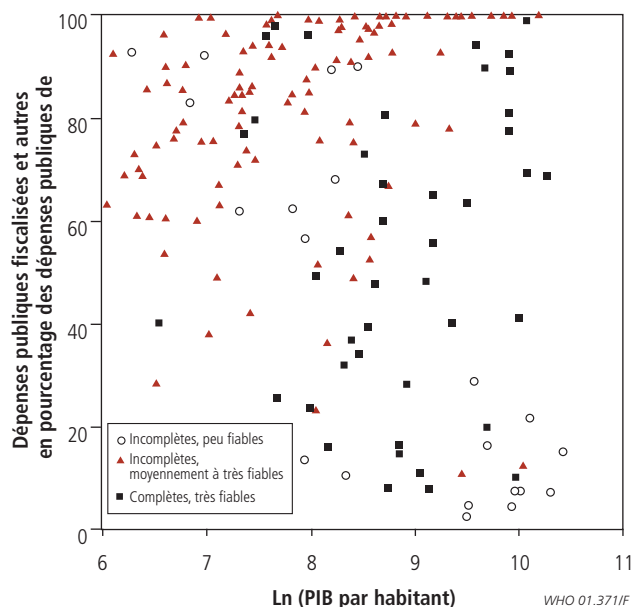
^a Voir renvoi a, Tableau 3.

mais les statistiques de financement n'autorisent à elles seules aucune conclusion, notamment lorsque les dépenses publiques des deux sortes ne représentent qu'une modeste part du total.

La troisième grande modalité de paiement anticipé – l'assurance privée – est pratiquement inexistante dans la majorité des pays. En effet, dans 47 pays (dont cinq seulement en Afrique), elle intervient pour 5 % des dépenses privées de santé, et encore cela ne représente-t-il que 1 à 2 % des dépenses totales. L'assurance privée est même un luxe plus grand encore que la prise en charge publique puisqu'elle n'occupe une place importante que dans les hauts revenus, essentiellement dans un petit nombre de pays des Amériques et d'Europe. Ce n'est guère surprenant puisqu'il y a tant de pays pauvres et tant de gens qui ne peuvent s'offrir une part significative de cette forme de protection financière. A moins qu'ils ne soient protégés par des systèmes de protection sanitaire financés par l'Etat, y compris le subventionnement éventuel de l'assurance privée, beaucoup de gens s'en remettent à la formule du paiement direct et s'exposent au risque de dépenses catastrophiques (1). Même lorsqu'elle est à la portée d'une plus grande partie de la population, l'assurance privée n'est pas largement répandue dans la plupart des pays pour des questions d'efficacité qui tiennent à la répartition du risque médical parmi les individus ainsi qu'à l'incertitude qui règne tant de leur côté que de celui des assureurs (13).

La part de l'assurance dans les dépenses de santé totales varie énormément d'un pays à l'autre, allant d'un volume important de paiement anticipé (comme c'est le cas en Afrique du Sud et aux Etats-Unis d'Amérique) à une sorte de complément des services financés par l'Etat (comme au Canada et dans plusieurs pays d'Europe et d'Amérique latine). L'importance de l'assurance privée dépend également de l'obligation qui est parfois faite aux nantis (comme c'est le cas aux Pays-Bas) de quitter le régime public et de s'assurer dans le privé, ou encore de la possibilité qui leur est offerte (au Chili, par exemple) d'orienter leurs cotisations de sécurité sociale vers le secteur privé. Les employeurs qui souscrivent pour leurs salariés représentent une part importante de

Fig. 4. Dépenses fiscalisées et autres en proportion des dépenses publiques de santé (DPS) par rapport au produit intérieur brut (PIB) par habitant (191 pays)



l'assurance au Brésil et aux Etats-Unis d'Amérique, et une bonne part du financement de la santé dans le secteur structuré de beaucoup d'autres pays.

Quelle part des dépenses publiques va à la santé ?

Les dépenses publiques de santé peuvent être faibles parce que l'ensemble des dépenses publiques est faible, ou parce qu'une faible part de cet ensemble est consacrée à la santé, ou encore pour ces deux raisons à la fois. Le rapport entre les dépenses publiques de santé et les dépenses publiques générales (DPS%DPG) dépasse rarement 20 % et il est inférieur à 10 % dans la plupart des pays, y compris la quasi-totalité des pays de l'Afrique et de la Méditerranée orientale. La part des dépenses de santé augmente en fonction du revenu, d'environ 5 à 10 %, avec un coefficient de revenu de 0,0159 pour l'ensemble des pays et de 0,0161 pour les pays présentant des données plus fiables (Tableau 6). La variation par rapport à la part moyenne demeure relativement constante parmi les quatre groupes de revenus, l'écart type variant de 0,038 à 0,045.

Les estimations faites par le FMI de cette relation déterminent les dépenses totales du gouvernement central par rapport au PIB, ainsi que les parts attribuées à la santé, à l'éducation, à la défense et au service de la dette (14, 15). Ces estimations ne correspondent pas à celles auxquelles l'OMS s'est livrée des comptes nationaux de la santé dès lors qu'une bonne part des dépenses est engagée par des autorités sous-nationales, comme c'est le cas au Brésil, en Chine et en Inde. La part moyenne du PIB dépensée par les gouvernements centraux n'augmente que légèrement (de 24 à 29 %) des pays à très bas revenu aux pays à revenu moyen, s'élevant encore jusqu'à 32 % parmi les pays à haut revenu. Au sein des groupes à bas revenu, et souvent au sein même de

Tableau 6. Statistiques du modèle de régression pour les dépenses publiques de santé en pourcentage des dépenses publiques totales

Statistiques du modèle de régression	Qualité des données			Toutes données confondues
	Basse	Moyenne à haute	Haute	
Constantes	-0,0952	-0,0019	-0,0291	-0,0283
Erreur type	0,0904	0,0302	0,0471	0,0216
t	-1,0535	-0,0630	-0,6183	-1,3111
Probabilité ^a	0,3113	0,9499	0,5384	0,1914
Coefficient du Ln (PIBH)	0,0240	0,0123	0,0161	0,0159
Erreur type	0,0107	0,0038	0,0052	0,0026
t	2,2427	3,1981	3,1064	6,1483
Probabilité ^a	0,0430	0,0018	0,0027	0,0000
R ²	0,2789	0,0911	0,1211	0,1667
R ² ajusté	0,2235	0,0822	0,1085	0,1622
n	15	104	72	191

^a Voir renvoi a, Tableau 3.

Tableau 7. Statistiques du modèle de régression pour les paiements directs par habitant en fonction du revenu par habitant

Statistiques du modèle de régression	Qualité des données			Toutes données confondues
	Basse	Moyenne à haute	Haute	
Constantes	-4,8996	-3,9062	-3,1264	-4,0405
Erreur type	1,7530	0,5643	0,6495	0,3738
t	-2,7950	-6,9213	-4,8129	-10,8094
Probabilité ^a	0,0152	0,0000	0,0000	0,0000
Coefficient du Ln (PIBH)	1,0330	0,9529	0,8839	0,9733
Erreur type	0,2078	0,0715	0,0718	0,0446
t	4,9716	13,3135	12,2967	21,8270
Probabilité ^a	0,0003	0,0000	0,0000	0,0000
R ²	0,6553	0,6370	0,6835	0,7170
R ² ajusté	0,6288	0,6334	0,6790	0,7155
n	15	103	72	190

^a Voir renvoi a, Tableau 3.

chaque strate de mortalité, il existe une variation allant jusqu'à 3:1.

L'incapacité de mobiliser une part importante du revenu d'un pays pour l'usage public n'explique généralement pas la faiblesse des dépenses de santé dans les pays pauvres, mais elle aide à rendre compte des maigres parts que les gouvernements centraux affectent à la santé dans des pays comme El Salvador, la Chine et les Emirats arabes unis. En Chine, les dépenses de santé sont beaucoup plus élevées lorsqu'on inclut l'ensemble des structures de gouvernement et non pas uniquement les autorités centrales. Lorsque le revenu est élevé et la mortalité faible, les parts convergent quelque peu pour ce qui est des dépenses totales, mais moins pour les dépenses de santé. Le rapport entre les deux fractions du PIB diverge dès lors que le gouvernement central joue un

Tableau 8. Statistiques du modèle de régression pour les dépenses de santé totales par habitant en fonction du revenu par habitant

Statistiques du modèle de régression	Qualité des données			Toutes données confondues
	Basse	Moyenne à haute	Haute	
Constantes	-5,2843	-4,1739	-4,7881	-4,6958
Erreur type	0,8546	0,2674	0,3860	0,1909
t	-6,1832	-15,6077	-12,4014	-24,6026
Probabilité ^a	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
Coefficient du Ln (PIBH)	1,2748	1,1330	1,2223	1,2052
Erreur type	0,1013	0,0339	0,0427	0,0228
t	12,5839	33,4118	28,6098	52,9171
Probabilité ^a	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
R ²	0,9241	0,9162	0,9212	0,9368
R ² ajusté	0,9182	0,9154	0,9200	0,9364
n	15	104	72	191

^a Voir renvoi a, Tableau 3.

Tableau 9. Statistiques du modèle de régression pour les dépenses publiques de santé par habitant en fonction du revenu par habitant

Statistiques du modèle de régression	Qualité des données			Toutes données confondues
	Basse	Moyenne à haute	Haute	
Constantes	-1,4957	-2,1643	-2,8433	-2,3769
Erreur type	0,8496	0,3189	0,3590	0,2081
t	-1,7603	-6,7857	-7,9202	-11,4216
Probabilité ^a	0,1018	0,0000	0,0000	0,0000
Coefficient du Ln (PIBH)	1,0688	1,1115	1,1944	1,1431
Erreur type	0,1007	0,0404	0,0397	0,0248
t	10,6120	27,4823	30,0667	46,0341
Probabilité ^a	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
R ²	0,8965	0,8810	0,9281	0,9181
R ² ajusté	0,8885	0,8798	0,9271	0,9177
n	15	104	72	191

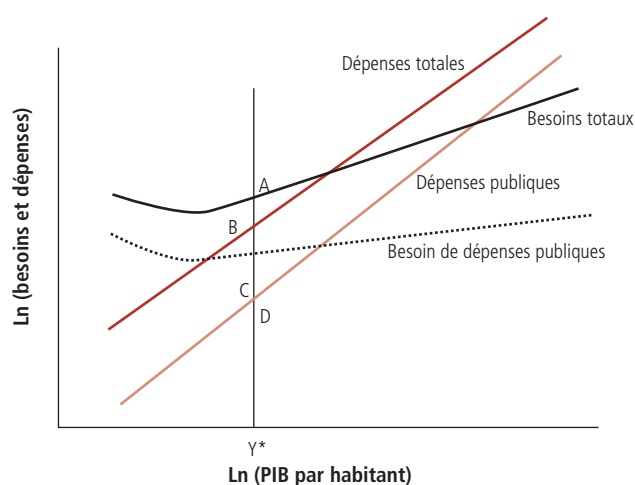
^a Voir renvoi a, Tableau 3.

plus grand rôle dans l'économie. Cela correspond bien à l'élargissement de la variation que l'on constate dans la part du PIB allant à la santé.

Résumé des observations

En ce qui concerne les parts, l'analyse des estimations des comptes nationaux de la santé n'aboutit pas à des conclusions fracassantes ou inattendues. L'analyse des montants absolus en dollars montre que les dépenses par paiement direct, les dépenses totales de santé et les dépenses publiques totales s'élèvent toutes avec le revenu. Les élasticité double-logarithmiques respectives sont de 0,9733, 1,2052 et 1,1431, pour l'ensemble des pays (Tableaux 7-9). Lorsqu'on se sert

Fig. 5. Besoins supposés et dépenses réelles correspondant à un ensemble essentiel de services de santé, par rapport au produit intérieur brut (PIB) par habitant



A-B Ecart besoins totaux/dépenses totales pour un PIB de

C-D Ecart besoins de dépenses publiques/dépenses publiques pour un PIB de

WHO 01.372IF

uniquement de données ultrafiabiles, les coefficients estimatifs correspondants sont de 0,8839, 1,2223 et 1,1944. Ces élasticité signifient que la part des dépenses par paiement direct dans le PIB diminue légèrement à mesure que les pays s'enrichissent, et que les dépenses de ce genre absorbent une part décroissante des revenus autres que de subsistance et deviennent, en moyenne, moins lourdes. En revanche, les dépenses de santé totales et les dépenses publiques totales de toutes sortes s'élèvent avec le revenu.

Les relations entre les différents concepts de dépenses de santé se répartissent en deux groupes : certaines ne tendent pas à converger lorsque le revenu s'élève, alors que d'autres convergent de toute évidence. Le premier groupe comprend la part du PIB dépensée pour la santé ; la part des dépenses publiques financée par le budget (fiscalisée) plutôt que par la sécurité sociale ; et la part de la santé dans les dépenses totales de l'Etat. Les pays font preuve tout au plus de peu de régularité dans la répartition de ces différentes parts. Lorsque le revenu augmente, il s'opère une convergence du niveau moyen des parts des dépenses de santé représentées par les dépenses publiques (en augmentation) et les dépenses réglées directement aux prestataires (en diminution). La communauté de profils est même encore plus nette pour ce qui est de la variation de ces parts à un niveau donné de revenu. A mesure que le revenu augmente, la variation relative des dépenses de santé dans les différents pays se rétrécit ; la part des dépenses publiques devient plus uniformément élevée et celle des dépenses par paiement direct plus uniformément faible. L'augmentation du prépaiement, d'origine publique pour l'essentiel, est ce qui permet à la part du paiement direct de baisser nettement. Cela réduit d'autant le risque de dépenses catastrophiques pour les ménages, tout en évitant que le jeu de l'offre et de la demande ne rende l'assurance privée, de type concurrentiel, inefficace en ce sens que, si les primes sont calculées en fonction des risques, ceux qui en ont le plus grand besoin seront ceux qui peuvent le moins se l'offrir (15).

Plusieurs conclusions s'imposent, qui sont résumées ci-dessous.

- Dans de nombreux pays pauvres, les dépenses de santé totales sont très faibles, même par rapport au coût d'un ensemble d'interventions éminemment justifiées.
- Les dépenses par paiement direct sont déjà catastrophiques pour un certain pourcentage des ménages. Même si les consommateurs étaient disposés à payer plus pour obtenir des services de meilleure qualité, les pauvres ne pourraient payer beaucoup plus et nécessiteraient des conditions préférentielles (16).
- Le paiement anticipé grâce à l'assurance-maladie se limite aux riches et à ceux qui ont un travail régulier. Les pauvres ne pourront s'offrir une assurance valable que si l'Etat les aide.

Ces conclusions, jointes à la nécessité de fournir des biens et services publics ayant de vastes effets externes (ce que le marché privé ne saurait assurer adéquatement), rendent les dépenses publiques de santé particulièrement importantes dans les pays pauvres. Mais ce sont aussi les pays où les dépenses publiques de santé sont proportionnellement les plus faibles. Ce qui s'y passe effectivement semble être à l'opposé de ce qu'il faudrait faire.

Les besoins par rapport aux dépenses effectives

On ne dira pas ici combien un pays devrait dépenser pour la santé, parce qu'il n'existe aucun consensus à propos des services à financer pour la population et que les différentes « enveloppes » de prestations n'ont pas le même prix. Il est particulièrement difficile de spécifier la dépense privée volontaire qui convient, vu que les individus se différencient non seulement sur le plan des besoins, mais aussi sur celui des goûts et de l'aversion du risque. Quoi qu'il en soit, une enveloppe donnée de prestations correspond à un coût minimal relativement bien défini, dès lors qu'il est fourni à toute la population. Si un pays entend fournir cette enveloppe de prestations, il lui faut dépenser au moins le montant minimum correspondant. (Il se peut qu'il dépense beaucoup plus pour le même ensemble, vu que le mode de financement de la santé peut grandement influencer sur les coûts.)

Le coût d'une enveloppe dépendra de plusieurs caractéristiques du pays, et notamment de son revenu. La fourniture de l'enveloppe pourra coûter plus cher dans les pays à haut revenu que dans les pays à bas revenu, parce que certains éléments y coûteront plus cher. Mais, dans les pays pauvres, atteindre tout le monde pourra, en revanche, coûter plus cher parce que la population y est très éparpillée. Le bas niveau de scolarisation et le moins bon état de santé pourront aussi obliger à des interventions plus intensives. Ainsi, la nécessité de dépenser pour les prestations contenues dans

l'enveloppe pourra être constante, ou diminuer en fonction du revenu par habitant, tout au moins lorsque les revenus sont bas.

Quels que soient le revenu et le besoin total par rapport à l'enveloppe, le besoin de dépenses publiques pour offrir ces prestations, en tant que part du besoin total, diminue presque inévitablement en fonction du revenu. Cela peut prendre la forme soit d'une baisse absolue, soit d'une progression plus lente, lorsque le pays s'enrichit. Les gens peuvent dépenser davantage à titre privé, parce que les dépenses par paiement direct coûtent moins cher, ou ils peuvent s'offrir une couverture plus confortable par l'assurance privée. Une augmentation des dépenses publiques ne ferait qu'exclure une part de ces dépenses privées.

La relation entre les dépenses totales effectives et les dépenses publiques totales est exactement l'inverse de celle des besoins : la différence entre elles s'amenuise à mesure que le revenu augmente. Tout écart entre les besoins et les dépenses effectives est plus grand pour l'élément public que pour le total (Figure 5). Pour un pays à PIB par habitant de Y^* , les dépenses ne suffisent pas à fournir l'enveloppe de prestations à tout le monde et il existe un écart, A-B ; l'écart public, C-D, est bien plus grand. Même si l'écart total était un jour comblé, les dépenses publiques pourraient demeurer insuffisantes. Une part de la population ne profiterait pas de ces prestations, et les dépenses supplémentaires iraient à d'autres interventions et seraient moins équitablement réparties. Ces constatations montrent que, pour les pays pauvres, il ne s'agit pas simplement de dépenser davantage pour la santé, mais de dépenser plus équitablement en augmentant le prépaiement, notamment pour les dépenses qui risquent d'être catastrophiques, et les ressources publiques. Les pays riches n'ont pas convergé vers un seul modèle de financement de la santé ou une seule formule institutionnelle, mais ils tendent tous à assurer un haut niveau de protection contre le risque financier grâce au prépaiement. ■

Remerciements

Nous remercions Jean-Pierre Poullier, Patricia Hernández, Chandika Indikadahena et Takondwe Mwase de l'OMS pour les estimations concernant les budgets nationaux de la santé, Peter Heller du FMI pour les données relatives au régime fiscal appliqué par le gouvernement central et à ses dépenses et Ke Xu de l'OMS pour les calculs concernant les frais catastrophiques en matière de santé. Les discussions avec Alan Tait de la Commission Macroéconomie et Santé et Alex Preker de la Banque mondiale, ainsi qu'avec les personnes citées précédemment, ont été extrêmement précieuses.

Conflit d'intérêts : aucun déclaré.

Bibliographie

1. *Rapport sur la santé dans le monde, 2000 – Pour un service de santé plus performant*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000.
2. Poullier JP, Hernández P. *Estimates of national health accounts (NHA) for 1997*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2000. WHO/GPE Discussion Paper No. 27.
3. Lozano R. Mortality regionalization in the world. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2000 (note non publiée).
4. Banque mondiale. *Rapport sur le développement dans le monde 1993. Investir dans la santé*. Washington (DC) : Banque mondiale, 1993.
5. Ruger JP, Jamison DT, Bloom DE. Health and the economy. In : Merson ME, Lack RE, Mills AJ. *International public health*. Gaithersburg (MD) : Aspen ; 2000. p. 617–66.
6. Xu K, Murray CJL, Lydon P, Ortiz de Iturbide J. *Estimates of the fairness of*

- financial contribution*. Genève : Organisation mondiale de la Santé. WHO/ GPE Discussion Paper No. 26.
7. Banque mondiale. *India's future health system : issues and options*. Washington (DC) : Banque mondiale, Health, Nutrition and Population Sector Unit, Inde ; 2001.
 8. Ensor T, San PB. Access and payment for health care : the poor of Northern Vietnam. *International Journal of Health Planning and Management* 1996;11:69–83.
 9. Supakankunti S. Future prospects of voluntary health insurance in Thailand. *Health Policy and Planning* 2000;15:85–94.
 10. *La réforme des systèmes de santé. Etude de dix-sept pays de l'OCDE*. Paris : Organisation de Coopération et de Développement économiques ; 1994.
 11. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism : towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy* 1997;41:1–39.
 12. Jönsson B, Musgrove P. Government financing of health care. In : Schieber GJ. *Innovations in health care financing. Proceedings of a World Bank conference, 10–11 March, 1997, Washington, DC*. Washington (DC) : Banque mondiale, 1997.
 13. Arrow K. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review* 1963;53:941–73.
 14. *International financial statistics*. Washington (DC) : Fonds monétaire international ; 2000.
 15. *Government financial statistics*. Washington (DC) : Fonds monétaire international ; 2000.
 16. Newbrander W, Collins D, Wilson L. *Ensuring equal access to health services : user fee systems and the poor*. Boston (MA) : Management Sciences for Health ; 2000.

Tableau 1. Estimations des comptes nationaux de la santé des 191 Etats Membres de l'OMS pour 1997, chiffres révisés au 31 mai 2001^a

Pays	Parts en % ^b									Dépenses par habitant en PPA \$ ^c		
	DST/ PIB	DPS/ DST	DPrS/ DST	DPS/ DPG	Sécu/ DST	Rec. gén./ DPS	Ress. ext./ DPS	Ass. pr./ DPrS	DPD/ DPrS	DST	DPS	DPD
Afghanistan	1,4	52,6	47,4	3,6	0,0	92,5	7,5	0,0	100,0	7	4	4
Afrique du Sud	10,3	47,3	52,7	12,7	0,0	99,8	0,2	77,8	20,2	770	364	82
Albanie	3,8	71,5	28,5	9,5	17,5	81,6	0,9	46,0	54,1	107	76	16
Algérie	4,0	79,8	20,2	11,3	66,7	33,3	0,0	0,0	100,0	195	155	39
Allemagne	10,5	76,6	23,4	14,5	90,7	9,3	0,0	29,5	66,0	2336	1789	361
Andorre	9,3	86,6	13,4	22,1	84,8	15,3	0,0	0,0	100,0	1557	1348	209
Angola	4,1	47,9	52,1	6,1	0,0	89,1	10,9	0,0	100,0	62	30	32
Antigua-et-Barbuda	5,5	62,9	37,1	15,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	508	320	188
Arabie saoudite	4,0	80,2	19,8	9,4	0,0	100,0	0,0	10,5	31,9	444	356	28
Argentine	8,0	55,2	44,8	20,1	60,2	39,7	0,2	24,8	75,3	953	526	322
Arménie	7,8	41,5	58,5	12,2	0,0	92,1	7,9	0,0	100,0	160	67	94
Australie	8,4	68,3	31,8	16,2	0,0	100,0	0,0	29,6	50,7	1917	1309	309
Autriche	8,0	71,4	28,6	11,2	59,5	40,5	0,0	27,0	58,8	1819	1299	306
Azerbaïdjan	2,9	79,3	20,7	10,6	0,0	94,4	5,6	0,0	100,0	58	46	12
Bahamas	6,5	53,7	46,3	13,7	0,0	100,0	0,0	0,0	92,6	785	421	337
Bahreïn	5,0	58,5	41,5	8,7	0,0	100,0	0,0	0,0	90,9	706	413	267
Bangladesh	4,5	45,4	54,6	9,1	0,0	92,0	8,0	0,0	95,0	50	23	26
Barbade	7,0	71,0	29,0	15,1	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	901	640	262
Bélarus	5,9	82,6	17,4	10,5	0,0	99,9	0,1	0,0	100,0	344	285	60
Belgique	8,6	71,0	29,0	12,2	88,0	12,0	0,0	6,8	46,7	1995	1416	271
Belize	4,7	51,0	49,0	8,2	0,0	95,5	4,5	0,0	100,0	226	115	111
Bénin	3,1	48,5	51,5	6,0	0,0	85,8	14,2	0,0	100,0	27	13	14
Bhoutan	4,7	72,2	27,8	10,1	0,0	70,3	29,7	0,0	100,0	27	19	7
Bolivie	4,7	63,9	36,1	9,1	65,3	24,9	9,8	7,8	85,7	104	66	32
Bosnie-Herzégovine	4,0	55,4	44,6	6,2	0,0	69,1	30,9	0,0	100,0	20	11	9
Botswana	3,4	70,5	29,5	5,9	0,0	98,5	1,6	52,9	37,1	220	155	24
Brésil	6,5	40,4	59,7	9,7	0,0	100,0	0,0	48,1	52,0	438	177	136
Brunéï Darussalam	5,4	40,6	59,4	4,5	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	939	381	557
Bulgarie	4,4	80,0	20,0	8,9	10,5	89,5	0,0	0,0	93,5	209	167	39
Burkina Faso	4,0	67,6	32,4	11,3	0,0	76,4	23,6	0,0	100,0	32	22	10
Burundi	2,1	42,2	57,8	4,0	0,0	69,4	30,6	0,0	100,0	12	5	7
Cambodge	7,2	9,4	90,6	7,0	0,0	49,0	51,0	0,0	100,0	87	8	79
Cameroun	3,0	34,2	65,8	7,2	0,0	71,0	29,0	0,0	81,6	44	15	23
Canada	9,0	69,9	30,1	15,4	1,6	98,4	0,0	36,1	56,9	2181	1524	374
Cap-Vert	2,6	71,8	28,2	4,7	0,0	75,8	24,2	0,0	100,0	87	62	24
Chili	7,0	36,3	63,7	10,8	89,3	10,3	0,4	33,7	66,3	609	221	257
Chine	4,2	39,4	60,6	13,6	87,0	12,6	0,4	0,0	78,9	125	49	60
Chypre	6,4	36,3	63,7	6,3	80,9	19,1	0,0	0,0	97,9	1085	394	677
Colombie	9,3	57,6	42,4	18,2	40,3	59,5	0,2	38,9	61,1	569	328	147
Comores	4,5	68,2	31,8	8,7	0,0	75,8	24,2	0,0	100,0	53	36	17
Congo	2,8	64,6	35,4	4,8	0,0	84,5	15,5	0,0	100,0	28	18	10
Costa Rica	7,0	78,3	21,7	21,6	84,9	14,5	0,6	3,0	97,0	498	390	105
Côte d'Ivoire	3,0	46,0	54,0	5,7	0,0	81,6	18,4	14,9	85,1	46	21	21
Croatie	8,2	80,5	19,5	13,2	92,6	7,4	0,0	0,0	100,0	530	427	103
Cuba	6,3	87,5	12,5	10,0	20,9	79,0	0,1	0,0	100,0	87	76	11

^a Les données en gras sont, de l'avis de l'OMS, complètes et très fiables ; celles en caractères normaux sont incomplètes et moyennement à très fiables ; et celles en caractères maigres (c'est-à-dire pâles) sont incomplètes et peu fiables.

^b Abréviations : DST = dépenses de santé totales ; DPS = dépenses publiques de santé ; DPrS = dépenses privées de santé ; DPG = dépenses publiques générales ; Sécu = sécurité sociale ; Rec. gén. = recettes générales (financement fiscalisé) ; Ress. ext. = ressources extérieures ; Ass. pr. = assurance privée ; DPD = dépenses par paiement direct.

^c PPA \$ = parité des pouvoirs d'achat en dollars.

De la politique à l'action

(Tableau 1, suite)

Pays	Parts en % ^b										Dépenses par habitant en PPA \$ ^c		
	DST/ PIB	DPS/ DST	DPrS/ DST	DPS/ DPG	Sécu/ DST	Rec. gén./ DPS	Ress. ext./ DPS	Ass. pr./ DPrS	DPD/ DPrS	DST	DPS	DPD	
Danemark	8,2	82,3	17,7	12,9	0,0	100,0	0,0	7,9	92,1	1969	1620	322	
Djibouti	4,6	44,4	55,6	5,7	0,0	96,7	3,3	0,0	29,8	62	27	10	
Dominique	5,9	69,6	30,4	11,0	0,0	97,5	2,5	17,7	82,4	309	215	77	
Egypte	4,3	31,8	68,2	4,5	39,6	56,1	4,3	0,4	93,2	123	39	78	
El Salvador	8,1	38,7	61,3	22,6	43,3	53,6	3,1	2,7	97,1	328	127	195	
Emirats arabes unis	3,7	79,3	20,7	26,9	0,0	100,0	0,0	19,1	65,9	771	611	105	
Equateur	3,7	50,8	49,2	7,0	48,8	49,1	2,1	10,6	65,4	120	61	39	
Erythrée	4,4	65,8	34,2	5,3	0,0	83,1	16,9	0,0	100,0	42	28	14	
Espagne	7,0	77,2	23,5	13,5	10,9	89,1	0,0	23,4	76,6	1162	897	210	
Estonie	6,4	78,9	21,2	13,6	0,0	99,9	0,1	0,0	46,1	481	379	47	
Etats-Unis d'Amérique	13,0	45,5	54,6	18,0	31,9	68,1	0,0	60,6	28,2	3915	1780	603	
Ethiopie	4,7	41,4	58,6	8,1	0,0	85,9	14,1	0,0	87,6	29	12	15	
Ex-République yougoslave de Macédoine	6,5	84,8	15,2	15,6	89,6	9,9	0,5	0,0	100,0	276	234	42	
Fédération de Russie	5,2	76,8	23,2	10,6	83,8	15,7	0,5	0,0	100,0	376	289	87	
Fidji	4,0	66,7	33,3	7,4	0,0	99,2	0,8	0,0	100,0	179	119	60	
Finlande	7,3	76,1	23,9	10,7	19,6	80,4	0,0	10,4	83,0	1517	1154	301	
France	9,4	77,7	22,3	13,3	100,0	3,2	0,0	55,4	47,1	1994	1550	209	
Gabon	3,1	66,5	33,5	6,2	0,0	92,6	7,4	0,0	100,0	197	131	66	
Gambie	3,0	78,7	21,3	11,5	0,0	86,2	13,8	0,0	100,0	45	36	10	
Géorgie	4,4	8,6	91,4	2,6	0,0	91,6	8,4	0,0	100,0	222	19	203	
Ghana	3,6	55,1	44,9	9,6	0,0	72,1	27,9	0,0	100,0	63	35	28	
Grèce	8,5	57,7	42,3	11,9	37,2	62,8	0,0	5,3	89,4	1177	679	445	
Grenade	4,6	65,7	34,3	10,4	0,0	98,2	1,8	0,0	100,0	265	174	91	
Guatemala	4,3	44,9	55,1	15,5	57,7	36,3	6,1	3,8	92,3	149	67	76	
Guinée	3,6	57,2	42,8	9,7	0,0	73,9	26,1	0,0	100,0	58	33	25	
Guinée-Bissau	3,9	64,0	36,0	2,2	0,0	79,2	20,8	0,0	100,0	34	22	12	
Guinée équatoriale	3,6	56,0	44,0	7,9	0,0	85,9	14,1	0,0	100,0	59	33	26	
Guyana	4,6	81,5	18,5	8,6	0,0	99,4	0,6	0,0	93,9	180	147	31	
Haïti	3,6	33,5	66,5	10,2	0,0	63,4	36,6	0,0	43,2	45	15	13	
Honduras	6,4	55,4	44,6	17,0	9,7	84,9	5,3	0,1	91,4	158	88	64	
Hongrie	6,8	75,3	24,7	10,4	35,5	64,5	0,0	0,0	46,9	677	510	78	
Iles Cook	5,3	67,1	32,9	10,3	0,0	99,8	0,2	0,0	100,0	319	214	105	
Iles Marshall	9,2	61,9	38,1	14,1	0,0	61,5	38,5	0,0	100,0	141	87	54	
Iles Salomon	3,5	95,3	4,7	11,4	0,0	85,3	14,8	0,0	6,7	102	98	0	
Inde	5,5	15,3	84,7	4,7	0,0	96,0	4,1	0,0	97,3	109	17	90	
Indonésie	2,7	22,9	77,1	3,0	69,5	23,0	7,5	16,0	84,0	82	19	53	
Iran (République islamique d')	5,9	46,4	53,6	10,4	25,7	74,3	0,0	0,0	100,0	275	128	148	
Iraq	4,2	58,9	41,1	12,5	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	136	80	56	
Irlande	7,0	75,6	24,4	16,3	8,3	91,7	0,0	32,9	54,7	1453	1099	193	
Islande	8,0	83,7	16,3	18,9	31,5	68,5	0,0	0,0	100,0	1951	1633	318	
Israël	8,6	70,3	29,8	12,5	0,0	100,0	0,0	0,0	90,2	1553	1091	417	
Italie	8,3	67,5	32,5	11,2	0,4	99,6	0,0	3,9	72,5	1742	1176	410	
Jamahiriya arabe libyenne	3,7	47,6	52,4	2,6	0,0	100,0	0,0	0,0	90,9	260	124	124	
Jamaïque	5,4	56,0	44,0	8,7	0,0	97,3	2,7	26,4	53,5	210	118	50	
Japon	7,4	79,5	20,5	16,7	89,0	11,0	0,0	0,0	78,9	1810	1439	293	
Jordanie	7,1	70,3	29,7	13,4	0,0	97,8	2,2	0,0	73,7	285	200	62	
Kazakhstan	3,3	65,5	34,5	10,1	47,0	52,5	0,5	0,0	100,0	172	113	59	
Kenya	7,6	28,2	71,8	7,9	13,5	60,1	26,3	4,7	73,9	76	21	40	
Kirghizistan	4,0	69,4	30,6	10,4	0,8	94,0	5,2	0,0	100,0	90	62	27	

(Tableau 1, suite)

Pays	Parts en % ^b										Dépenses par habitant en PPA \$ ^c		
	DST/ PIB	DPS/ DST	DPrS/ DST	DPS/ DPG	Sécu/ DST	Rec. gén./ DPS	Ress. ext./ DPS	Ass. pr./ DPrS	DPD/ DPrS	DST	DPS	DPD	
Kiribati	8,9	99,2	0,9	12,9	0,0	98,5	1,5	0,0	100,0	175	174	1	
Koweït	3,3	87,4	12,6	8,4	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	628	549	79	
Lesotho	5,3	76,0	24,0	12,4	0,0	79,5	20,5	0,0	100,0	96	73	23	
Lettonie	6,0	60,6	39,4	9,6	52,5	47,4	0,1	0,0	100,0	338	205	133	
Liban	9,8	29,6	70,4	6,8	26,9	72,6	0,5	23,7	76,3	501	148	269	
Libéria	2,5	66,7	33,3	6,7	0,0	88,8	11,2	0,0	100,0	94	62	31	
Lituanie	6,6	73,9	26,1	14,4	68,6	31,4	0,0	0,0	90,9	280	207	66	
Luxembourg	5,9	92,5	7,5	12,7	86,0	14,0	0,0	19,5	99,2	2076	1920	155	
Madagascar	2,3	57,2	42,8	7,6	0,0	87,1	12,9	0,0	100,0	17	10	7	
Malaisie	2,3	57,6	42,4	5,6	0,0	98,8	1,2	0,0	100,0	214	123	91	
Malawi	7,3	50,6	49,4	14,6	0,0	61,3	38,7	1,6	35,4	41	21	7	
Maldives	7,1	74,5	25,5	10,9	0,0	91,6	8,4	0,0	100,0	274	204	70	
Mali	4,2	45,8	54,2	7,9	0,0	74,9	25,1	0,0	89,9	28	13	14	
Malte	6,3	58,9	41,1	8,9	98,5	1,5	0,0	0,0	92,6	873	514	332	
Maroc	4,6	28,6	71,4	3,9	8,4	89,8	1,8	23,1	76,9	142	41	78	
Maurice	3,4	51,1	48,9	7,1	0,0	79,1	20,9	0,0	100,0	277	141	135	
Mauritanie	2,9	69,7	30,3	7,8	0,0	84,8	15,2	0,0	100,0	44	31	13	
Mexique	5,3	43,3	56,7	6,0	73,6	27,6	0,0	2,7	93,7	406	176	216	
Micronésie (Etats fédérés de)	7,6	79,7	20,3	11,3	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	164	131	33	
Monaco	7,0	50,0	50,0	17,8	93,8	6,3	0,0	0,0	100,0	1549	775	775	
Mongolie	5,5	62,7	37,3	13,4	12,2	76,5	11,4	0,0	73,3	88	55	24	
Mozambique	3,9	56,2	43,8	11,2	0,0	39,8	60,2	0,0	41,2	28	16	5	
Myanmar	2,3	18,6	81,4	4,4	0,0	99,9	0,1	0,0	100,0	26	5	21	
Namibie	7,9	54,3	45,7	11,1	0,0	91,6	8,4	91,3	3,0	411	223	6	
Nauru	4,9	97,4	2,6	9,6	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	213	208	6	
Népal	4,7	20,6	79,5	5,3	0,0	67,1	32,9	0,0	73,5	58	12	34	
Nicaragua	7,3	49,5	50,5	22,1	18,7	61,2	20,1	0,0	100,0	318	157	161	
Niger	3,0	51,1	48,9	6,0	0,0	61,0	39,1	0,0	81,4	19	10	8	
Nigéria	1,9	27,0	73,0	3,5	0,0	53,8	46,2	0,0	100,0	14	4	10	
Nioué	7,6	97,3	2,7	13,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	774	753	21	
Norvège	8,1	83,0	17,0	15,2	0,0	100,0	0,0	0,0	88,9	2152	1785	326	
Nouvelle-Zélande	7,6	77,3	22,7	12,7	0,0	100,0	0,0	29,8	68,9	1381	1068	216	
Oman	3,2	82,1	17,9	6,9	0,0	100,0	0,0	0,0	49,9	319	262	28	
Ouganda	3,7	50,7	49,3	11,5	0,0	38,2	61,8	0,6	59,1	42	21	12	
Ouzbékistan	4,6	82,9	17,1	11,6	0,0	99,4	0,6	0,0	100,0	94	78	16	
Pakistan	4,0	22,9	77,1	2,9	55,1	42,0	2,9	0,0	100,0	66	15	51	
Palaos	6,1	87,5	12,5	8,9	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	520	455	65	
Panama	7,6	66,7	33,3	18,7	60,6	38,8	0,6	16,8	76,8	396	264	101	
Papouasie-Nouvelle-Guinée	3,3	90,6	9,5	9,6	0,0	83,5	16,5	0,0	100,0	78	71	7	
Paraguay	7,5	33,1	66,9	13,6	47,8	48,8	3,5	20,8	69,2	338	112	156	
Pays-Bas	8,7	68,9	31,1	12,6	93,8	6,2	0,0	57,5	23,2	1960	1350	142	
Pérou	3,5	57,3	42,7	11,8	61,1	36,3	2,6	7,1	86,4	160	91	59	
Philippines	3,5	48,5	51,5	7,2	30,9	67,6	1,5	4,6	95,4	132	64	65	
Pologne	6,1	72,0	28,0	10,1	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	456	328	128	
Portugal	10,7	55,6	44,4	14,2	6,3	93,7	0,0	2,7	90,6	1619	900	652	
Qatar	5,3	57,5	42,5	7,6	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	1433	824	609	
République arabe syrienne	2,5	33,6	66,4	2,9	0,0	99,5	0,5	0,0	100,0	74	25	49	
République centrafricaine	2,4	51,4	48,6	4,0	0,0	75,7	24,3	0,0	77,3	25	13	9	
République de Corée	5,0	41,0	59,0	10,1	71,9	28,1	0,0	11,3	78,2	743	305	342	
République démocratique du Congo	1,6	74,1	25,9	12,3	0,0	90,5	9,5	0,0	100,0	15	11	4	

De la politique à l'action

(Tableau 1, suite)

Pays	Parts en % ^b										Dépenses par habitant en PPA \$ ^c		
	DST/ PIB	DPS/ DST	DPrS/ DST	DPS/ DPG	Sécu/ DST	Rec. gén./ DPS	Ress. ext./ DPS	Ass. pr./ DPrS	DPD/ DPrS	DST	DPS	DPD	
République démocratique populaire lao	4,3	36,8	63,2	6,0	0,6	86,3	13,1	0,0	100,0	74	27	47	
République de Moldova	8,0	75,4	24,6	11,9	0,0	97,6	2,4	0,0	100,0	173	130	42	
République dominicaine	6,4	29,1	70,9	10,5	22,3	75,4	2,3	13,2	77,0	291	85	159	
République populaire démocratique de Corée	3,0	83,5	16,5	5,6	0,0	99,0	1,0	0,0	100,0	31	25	5	
République tchèque	7,1	91,7	8,3	14,7	89,5	10,5	0,0	0,0	100,0	910	835	76	
République-Unie de Tanzanie	5,1	47,1	52,9	14,8	0,0	63,3	36,7	0,0	85,9	21	10	10	
Roumanie	4,1	62,9	37,1	7,5	18,7	80,3	1,0	0,0	100,0	253	159	94	
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	6,7	83,7	16,3	14,3	11,6	88,4	0,0	21,3	67,1	1399	1171	153	
Rwanda	5,2	34,1	65,9	8,7	0,9	28,5	70,6	0,2	62,4	35	12	14	
Sainte-Lucie	4,1	62,3	37,7	9,0	0,0	97,0	3,0	0,0	100,0	226	141	85	
Saint-Kitts-et-Nevis	4,7	68,4	31,6	10,9	0,0	92,5	7,5	0,0	100,0	498	340	157	
Saint-Marin	7,6	85,2	14,8	9,9	93,6	6,4	0,0	0,0	100,0	2350	2002	348	
Saint-Vincent-et-Grenadines	6,3	63,8	36,2	9,8	0,0	99,9	0,1	0,0	100,0	286	182	103	
Samoa	3,5	71,4	28,6	12,5	0,0	97,8	2,2	0,0	100,0	176	126	50	
Sao Tomé-et-Principe	3,0	66,7	33,3	2,9	0,0	78,8	21,3	0,0	100,0	45	30	15	
Sénégal	4,5	55,7	44,3	13,2	0,0	83,6	16,4	0,0	100,0	61	34	27	
Seychelles	6,4	77,1	22,9	8,8	0,0	78,0	22,0	0,0	100,0	736	568	169	
Sierra Leone	3,0	41,4	58,6	7,2	0,0	73,2	26,8	0,0	100,0	17	7	10	
Singapour	3,2	35,8	64,2	5,5	23,2	76,8	0,0	0,0	100,0	663	237	425	
Slovaquie	7,8	79,8	20,2	12,4	92,8	7,2	0,0	0,0	100,0	736	587	149	
Slovénie	8,9	79,3	20,7	16,3	96,3	3,7	0,0	48,1	51,9	1236	981	133	
Somalie	2,4	62,5	37,5	5,6	0,0	92,6	7,4	0,0	100,0	11	7	4	
Soudan	4,4	20,9	79,1	3,4	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	46	10	36	
Sri Lanka	3,2	49,5	50,5	6,0	0,0	95,8	4,2	1,0	99,0	94	47	47	
Suède	8,1	84,3	15,8	11,5	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	1743	1469	275	
Suisse	10,2	74,1	26,8	14,5	79,3	20,7	0,0	41,7	16,6	2598	1924	116	
Suriname	6,2	62,1	37,9	19,9	44,7	22,8	32,5	0,0	100,0	191	119	72	
Swaziland	3,4	72,3	27,7	8,2	0,0	79,3	20,7	0,0	100,0	148	107	41	
Tadjikistan	3,0	66,0	34,0	9,4	0,0	96,6	3,5	0,0	100,0	22	14	7	
Tchad	3,1	79,3	20,7	13,2	0,0	78,0	22,0	0,0	100,0	25	20	5	
Thaïlande	3,7	56,9	43,1	8,5	8,4	91,5	0,1	13,6	86,2	234	133	87	
Togo	2,8	42,8	57,2	4,3	0,0	84,7	15,3	0,0	100,0	40	17	23	
Tonga	7,9	46,8	53,2	13,1	0,0	90,7	9,3	0,0	100,0	342	160	182	
Trinité-et-Tobago	5,0	43,6	56,4	7,6	0,0	100,0	0,0	5,9	88,0	373	162	185	
Tunisie	5,3	40,4	59,6	6,7	42,7	57,2	0,1	0,0	90,9	281	114	152	
Turkménistan	3,9	74,5	25,5	11,7	9,9	87,7	2,4	0,0	100,0	110	82	28	
Turquie	4,2	71,6	28,4	10,1	33,2	66,8	0,0	0,2	99,6	265	190	75	
Tuvalu	8,9	71,4	28,6	7,7	0,0	94,2	5,8	0,0	100,0	151	108	43	
Ukraine	5,4	75,0	25,0	9,3	0,0	99,2	0,8	0,0	100,0	177	133	44	
Uruguay	10,0	45,9	54,1	13,7	51,7	47,7	0,6	63,3	36,7	922	424	183	
Vanuatu	3,3	64,3	35,8	9,6	0,0	51,6	48,4	0,0	100,0	104	67	37	
Venezuela	4,1	64,1	35,9	10,5	33,4	66,6	0,0	4,7	86,6	247	159	77	
Viet Nam	4,5	20,3	79,7	4,0	0,0	93,3	6,7	0,0	100,0	71	14	56	
Yémen	2,9	37,9	62,1	3,3	0,0	90,1	9,9	0,0	100,0	22	8	14	
Yougoslavie	7,8	58,7	41,4	13,8	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	170	100	70	
Zambie	6,0	56,5	43,5	13,4	0,0	60,7	39,3	0,0	73,3	45	25	14	
Zimbabwe	9,5	59,1	40,9	15,4	0,0	61,9	38,1	21,0	67,0	242	143	66	