

Trois types de systèmes de santé coexistent dans les pays occidentaux, qui diffèrent notamment par leur mode de financement des dépenses de santé : les systèmes d'assurance maladie gérés par des assurances publiques (comme en France ou en Allemagne), les systèmes nationaux de santé (comme au Royaume-Uni) et les systèmes d'assurance maladie gérés principalement par des assureurs privés (comme aux États-Unis). La crise sanitaire a légèrement modifié la structure de financement de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) vers moins de paiements directs des ménages, une moindre participation des régimes privés volontaires et plus d'interventions publiques. Depuis une dizaine d'années, la part des assurances privées obligatoires a, par ailleurs, augmenté en Allemagne et en France, où une partie de l'assurance privée – auparavant facultative – est devenue obligatoire. Les États-Unis connaissent des évolutions comparables depuis la mise en place de l'Obamacare. Enfin, le poids des dépenses de gouvernance dépend du système de santé : en moyenne, elles sont plus faibles pour les systèmes nationaux de santé et plus élevées pour les systèmes d'assurance maladie gérés par des assureurs privés.

Trois types de systèmes de santé, aux financements différents

Schématiquement, trois approches de financement des dépenses de santé dominent dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) : (1) les systèmes d'assurance maladie gérés par des assurances publiques, (2) les systèmes d'assurance maladie gérés par des assureurs privés et (3) les systèmes nationaux de santé.

En pratique, dans la majorité des pays étudiés, les systèmes de santé présentent toutefois certaines caractéristiques hybrides, même s'ils se rapprochent davantage de l'un ou de l'autre de ces trois schémas.

Systèmes nationaux de santé

Dans les pays du nord et du sud de l'Europe, au Royaume-Uni, en Irlande et au Canada, l'État assure un système national de santé financé par l'impôt. Dans ce type de système de santé, dit *beveridgien*¹, les administrations centrales, régionales et locales sont responsables du financement du système de santé et disposent du droit de lever des impôts pour couvrir les dépenses de santé engagées. Les résidents de ces pays sont automatiquement couverts par le système national de santé, qu'ils contribuent ou non à son financement, et le parcours de soins y est très encadré : les soins primaires sont

souvent dispensés dans des centres publics où les médecins sont généralement salariés ou payés à la capitation². Une offre de soins privée peut toutefois se développer en marge de l'offre publique, mais les patients qui souhaitent y avoir recours supportent le coût total des traitements et des soins reçus (directement ou *via* des assurances privées facultatives).

Dans les pays avec un système national de santé, l'État est le premier financeur des dépenses de santé : il prend en charge plus de 60 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi), et même plus de 80 % en Suède, en Norvège, en Islande, au Danemark et au Royaume-Uni (*graphique 1*). Le reste est pris en charge par les assurances privées facultatives (14 % des dépenses de santé au Canada, 12 % en Irlande), ou par les ménages. Le reste à charge (RAC) des ménages varie fortement entre les pays : il est inférieur à 17 % dans les pays du nord de l'Europe (jusqu'à 16 % en Finlande), mais il est plus élevé dans les pays du sud et représente de 19 % à 34 % des dépenses de santé en Italie, en Espagne, au Portugal et en Grèce.

Systèmes d'assurance maladie gérés par des assurances publiques

Ce type de système de santé est présent dans les pays dont le système de protection sociale est ancien et d'inspiration bismarckienne³ tels que la

¹ Du nom de l'économiste William Beveridge qui l'a mis en place au lendemain de la Seconde Guerre mondiale. Construits sur le principe de solidarité, les modèles beveridgiens offrent des avantages sociaux à l'ensemble de la population, indépendamment du statut socio-économique (c'est l'appartenance à la communauté nationale qui fonde le droit à une aide).

² La capitation est une rémunération annuelle versée à un médecin pour prendre soin d'un patient inscrit à son cabinet.

³ Du nom du chancelier allemand Otto von Bismarck qui, en réponse aux mouvements socialistes et ouvriers, a proposé une assurance maladie obligatoire assise sur les revenus du travail et dont les droits sont acquis sur la base de l'activité professionnelle.

France, l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique et, depuis les années 1990, dans les pays d'Europe de l'Est. Ces systèmes se caractérisent par l'existence d'une assurance maladie publique qui couvre largement la population ; les prestations maladie sont versées en contrepartie de cotisations, en général assises sur les revenus d'activité, et l'affiliation est obligatoire. Les dépenses de santé sont dès lors remboursées dans la limite d'un montant de base défini par les pouvoirs publics. Concernant l'offre de soins, la médecine y est souvent libérale et les médecins sont principalement rémunérés à l'acte, même si ce mode d'exercice cohabite avec des hôpitaux publics où les professionnels de santé sont salariés.

Au Luxembourg, en Croatie, en France, en Tchéquie ou en Slovaquie, entre 70 % et 80 % de l'ensemble de la DCSi est financée par l'Assurance maladie en 2022 (74 % en France) [graphique 1].

De manière générale, l'assurance privée volontaire joue un rôle mineur au sens où elle finance moins de 10 % de la DCSi, et la part non couverte par l'assurance obligatoire publique reste largement à la charge des ménages. La Slovénie fait toutefois figure d'exception : l'assurance privée volontaire y représente 15 % de la DCSi. En Allemagne, certains salariés peuvent choisir de souscrire une assurance privée (qui est alors obligatoire) à la place de l'assurance publique. En France, la couverture par l'assurance maladie publique est complétée par des dispositifs d'assurance maladie privés, devenus obligatoires en 2016 pour la plupart des salariés du secteur privé (6 % de la DCSi). L'État finance également une partie des dépenses de santé (4 %), incluant des mesures à destination des personnes les plus modestes de manière à garantir l'universalité de la couverture santé.

Systèmes d'assurance maladie gérés par des assureurs privés

Les Pays-Bas et la Suisse, au fonctionnement initialement bismarckien, ont mis en place un système d'assurance maladie obligatoire pour tous les résidents, mais en ont confié la gestion à des assureurs privés mis en concurrence. Ainsi, dans ces deux pays, les assurances privées obligatoires financent respectivement 52 % et 41 % de la DCSi (graphique 1).

¹ Dans l'Union européenne, les assurances maladie privées n'ont pas le droit de discriminer ou de faire varier les franchises en fonction du sexe de l'assuré depuis la directive 2004/113/CE du Conseil de l'Europe du 13 décembre 2004.

² Medicaid est un programme d'assistance en matière de santé qui s'adresse aux personnes à faible revenu de tous âges. Medicare est un programme qui s'adresse aux personnes de 65 ans ou plus, aux personnes handicapées et aux patients sous dialyse, quel que soit leur revenu.

³ Les assurances facultatives couvrent des soins qui ne sont pas pris en charge par la couverture de base (dentaire et optique par exemple). En France, et dans les systèmes d'assurance maladie gérés par des assu-

L'État intervient toutefois pour pallier les défaillances du marché et pour garantir un haut niveau de solidarité. Il définit ainsi le panier de soins de base minimal et met en place des dispositifs d'aide à la souscription de cette assurance pour les personnes aux revenus modestes. Il impose également des limites à la sélection des risques afin que les assureurs ne puissent ni refuser un souscripteur en raison de son état de santé ou de son âge, ni moduler les tarifs en cours de contrat en fonction des dépenses de santé observées. Enfin, il impose des contraintes dans la fixation des primes d'assurance. Des disparités subsistent toutefois entre ces deux pays : en Suisse, les primes d'assurance doivent être uniformes pour tous les individus de la même zone géographique ayant opté pour le même niveau de franchise ; elles ne peuvent varier qu'en fonction de l'âge et du sexe de l'assuré¹, et non en fonction du risque individuel de ce dernier (Dormont, *et al.*, 2012). Aux Pays-Bas, une partie de la prime est payée par l'employeur et est liée aux revenus du salarié (Lafon et Montaut, 2017).

Aux États-Unis, où l'assurance maladie (privée ou publique) était auparavant complètement facultative, le Patient Protection and Affordable Care Act (ACA ou « Obamacare ») oblige, depuis 2014, les particuliers à souscrire à une assurance maladie. Les plus modestes sont couverts par des assurances publiques : le Children's Health Insurance Program pour les plus jeunes ; Medicare pour les personnes âgées ; ou Medicaid pour les personnes à faibles revenus que la réforme a étendu aux personnes ayant des revenus allant jusqu'à 138 % du seuil de pauvreté américain² (CLEISS, 2023). À l'instar de la Suisse et des Pays-Bas, les assurances maladies – devenues obligatoires – restent toutefois largement privées : aux États-Unis, 30 % de la DCSi est financée par les assurances privées obligatoires en 2022.

Dans les systèmes d'assurance maladie gérés par des assureurs privés comme dans les systèmes de santé publics, sauf exception, l'assurance privée volontaire³ finance moins de 10 % de la DCSi.

rances publiques, l'assurance privée facultative est principalement complémentaire : elle intervient sur l'ensemble du panier de base où, pour chaque soin, un copaiement est laissé à la charge de l'assuré. L'assurance privée facultative est dite supplémentaire lorsqu'elle rembourse des prestations non incluses dans le panier de soins de base, souvent l'optique et le dentaire ; cela concerne principalement les systèmes d'assurance maladie gérés par des assureurs privés. Enfin, au Royaume-Uni, et plus généralement dans les services nationaux de santé, l'assurance privée facultative intervient principalement à titre duplicatif. Pour couvrir les dépenses engagées auprès des fournisseurs de soins privés et, dans une moindre mesure, à titre complémentaire pour certains soins (dentaire, optique) (Lapinte, *et al.*, 2024).

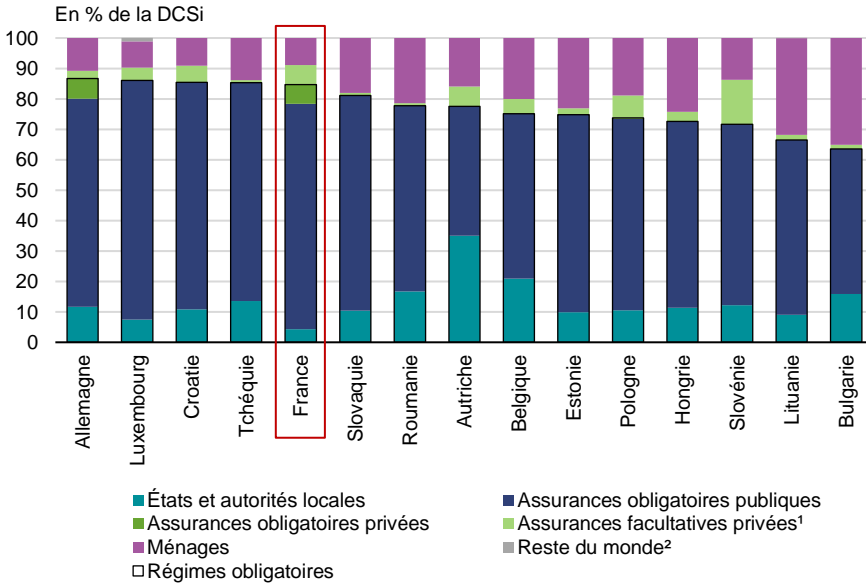
Une distinction très schématique, qui peut évoluer

Il convient toutefois de noter que cette distinction entre services nationaux de santé, assurance maladie publique et assurance maladie privée est très schématique. En pratique, dans la majorité des pays étudiés, les systèmes de santé présentent certaines caractéristiques hybrides, même s'ils se rapprochent davantage de l'un ou de l'autre de ces trois schémas. Plusieurs pays à dominance bismarckienne, dont la France et l'Allemagne, ont ainsi introduit des mécanismes concurrentiels à l'intérieur du système d'assurance maladie (*paragraphes suivants*). Le modèle autrichien est quant à lui caractérisé par un modèle mixte de financement, dans lequel l'État et l'assurance maladie contribuent à parts presque égales au financement des soins de santé (respectivement 35 % et 43 % de la DCSI). En pratique, les administrations fédérales et locales financent pour l'essentiel les services hospitaliers, alors que les caisses de sécurité sociale financent les autres composantes de la dépense, tels que les soins ambulatoires ou les dépenses pharmaceutiques (OCDE, 2011).

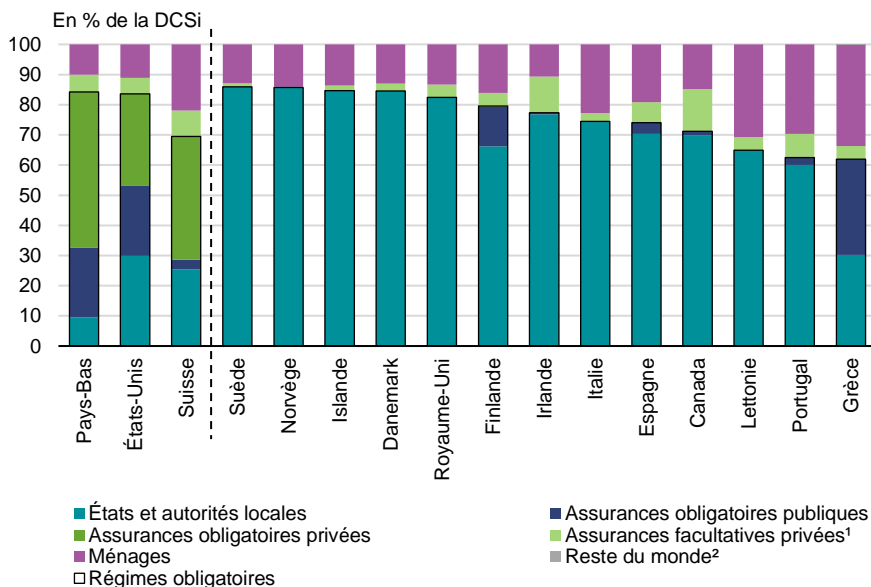
Enfin, de manière similaire, les systèmes de santé des pays d'Europe de l'Est, initialement financés par l'État, s'orientent depuis les années 1990 vers des modèles bismarckiens articulés autour de caisses d'assurance maladie obligatoires (Hassenteufel, 2013). La transition n'étant pas complètement achevée dans l'ensemble de ces pays, l'État finance parfois encore une part significative de la DCSI. En Pologne, par exemple, quelques actes spécifiques sont encore financés par le budget de l'État (11 % de la DCSI en 2022), le reste dépendant du système généralisé de cotisations d'assurance maladie (Garabiol, 2006). Ce phénomène est également présent dans certains pays du Sud qui, dans une optique d'accès universel aux soins, ont effectué une transition vers un modèle beveridgien. En raison d'un contexte économique défavorable dans les années 2000, la transition reste incomplète dans plusieurs de ces pays (Cohu et Lequet-Slama, 2006). Cela s'observe nettement en Grèce où les caisses de Sécurité sociale financent encore près d'un tiers de la DCSI en 2022.

Graphique 1 Financement de la DCSI en 2022

a. Systèmes d'assurance maladie gérés par des assurances publiques



b. Systèmes d'assurance maladie gérés par des assureurs privés (à gauche) et services nationaux de santé (à droite)



1. Et autres dispositifs facultatifs.

2. Le reste du monde correspond en grande partie au financement à l'assurance maladie obligatoire ou volontaire par les non-résidents. Cette part, qui demeure très marginale, concerne surtout le Luxembourg (1 % de la DCSi), la Lituanie et la Grèce (moins de 1 % de la DCSi).

Note > Le Système international des comptes de la santé (SHA) distingue différents mécanismes de financement décrits dans l'annexe 1.

Lecture > En France, en 2022, la DCSi est financée à 4 % par l'État et les autorités locales, à 74 % par les assurances obligatoires publiques, à 6 % par les assurances privées obligatoires, à 6 % par les assurances privées facultatives et à 9 % par les ménages.

Sources > DREES, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

Une relative stabilité de la structure de financement des soins dans le temps

La structure de financement des soins de santé est restée globalement stable dans les pays étudiés entre 2006 et 2022. Pour certains d'entre eux, les crises successives, économiques et sanitaires, ont affecté sa structure ; ces modifications demeurent néanmoins pour la plupart marginales.

En Italie, en Espagne et au Portugal, le niveau des dépenses restant à la charge des ménages a augmenté depuis la crise économique de 2008 (*graphique 2*), ce de manière persistante : +0,8 point de pourcentage (pp) en Espagne entre 2006 et 2019, +2,1 pp en Italie et +5,1 pp au Portugal. Cette augmentation résulte probablement des politiques budgétaires mises en place après la crise, notamment de l'instauration ou de l'augmentation des tickets modérateurs¹ ainsi que du relèvement des seuils de remboursement (OCDE, 2021).

La crise sanitaire du Covid-19 a également modifié la structure de financement de la santé ; les dépenses de santé liées au Covid-19, essentiellement assurées par des hôpitaux, ont été davantage financées par des régimes obligatoires, ce qui a entraîné une hausse de la part de la DCSi prise en charge par les régimes obligatoires entre 2019 et 2022 dans l'ensemble des pays étudiés : + 3,2 pp au Royaume-Uni, +1,4 pp aux Pays-Bas, +1,3 pp en France, +2,7 pp en Allemagne, +3,5 pp en Espagne.

Conjointement à cette hausse, la part des dépenses de santé financée par les assurances privées facultatives et les ménages a baissé sur cette même période, dans des proportions très variables entre pays et indépendamment du type de système de santé : -0,5 pp pour les ménages et -0,8 pp pour les assurances facultatives en France, -2,5 pp et -0,2 pp respectivement en Allemagne, -1,3 pp et -0,4 pp en Finlande ou -1,0 pp et -0,7 pp au Portugal. Ces baisses s'expliquent principalement par le fait que, malgré la reprise de certains soins de santé après les périodes

¹ Le ticket modérateur est la partie des dépenses de santé qui reste à la charge des ménages une fois que

l'Assurance maladie a remboursé sa part, hors dépassements d'honoraires éventuels.

de confinement (Arnaud et Lefebvre, 2023), des soins n'ont pas été réalisés durant cette période, notamment en raison de la baisse des niveaux de détection, de diagnostic et de traitement de certaines maladies : les niveaux de 2019 de ces soins – pour lesquels la part de financement par les ménages et les assurances privées est plus importante qu'elle ne l'est pour les soins liés au Covid-19, comme pour l'ensemble des soins en moyenne – n'ont pas été rattrapés depuis (Arnaud et Lefebvre, 2023).

En France, en Allemagne et aux États-Unis, des réformes du système de santé ont accru la part des assurances privées obligatoires dans le financement des soins

Depuis 2006, la structure de financement des systèmes de santé a évolué vers plus d'interventions des assureurs privés obligatoires en France, en Allemagne et aux États-Unis, du fait des réformes du système de santé (graphique 2).

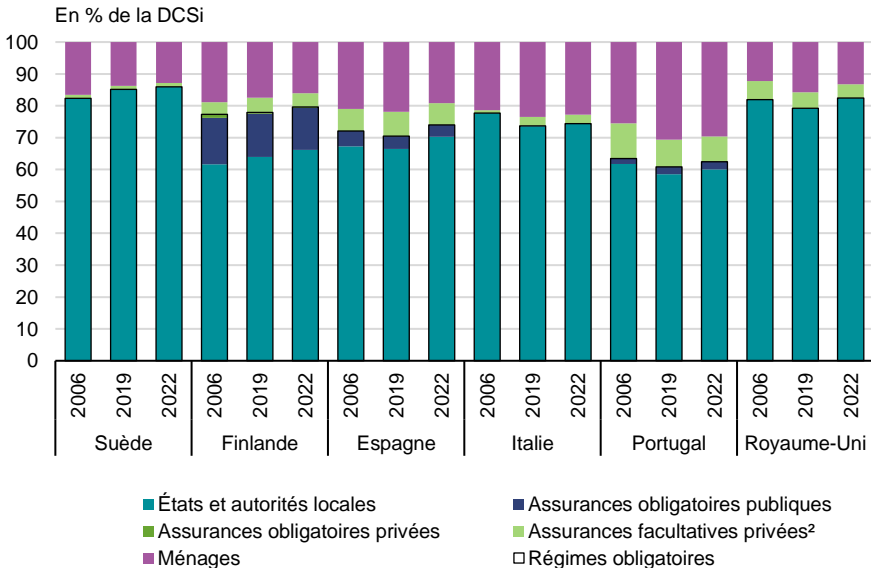
En Allemagne et en France, une partie de l'assurance privée – auparavant facultative – est devenue obligatoire. En Allemagne, certains travailleurs, dont

les indépendants et les fonctionnaires, peuvent ainsi sortir de l'assurance maladie publique et s'assurer auprès d'un organisme privé. En France, depuis 2016, une assurance maladie complémentaire – financée partiellement par l'employeur – est devenue obligatoire pour les salariés du secteur privé, en complément de l'assurance publique. Pour ces deux pays, l'assurance privée obligatoire, inexistante jusqu'en 2016 en France et en 2009 en Allemagne finance respectivement 6,6 % et 6,2 % de la DCSi en 2022 (soit un peu moins qu'avant la crise due au Covid-19 : ces parts atteignaient 7,1 % et 6,8 % en 2019).

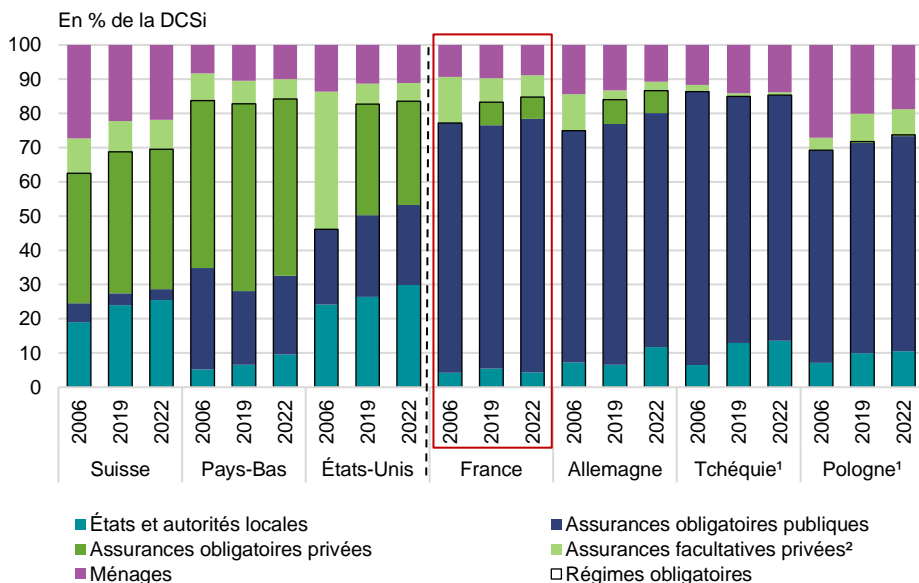
Aux États-Unis, sous l'effet de l'ACA, l'assurance privée obligatoire auparavant inexistante a atteint 32,4 % du financement des soins en 2019. Dans le même temps, la part de l'assurance privée facultative a baissé d'environ 34 points de pourcentage (pp) [6,0 % en 2019 contre 40,2 %]. En 2021, l'obligation de détenir une assurance santé approuvée par l'ACA a été supprimée au niveau fédéral, néanmoins maintenue dans certains États : la part des assurances privées obligatoires a alors légèrement baissé pour atteindre 30,4 % de la DCSi en 2022.

Graphique 2 Structure du financement de la DCSi en 2006, 2019 et 2022

a. Services nationaux de santé



b. Systèmes d'assurance maladie gérés par des assureurs privés (à gauche) et systèmes d'assurance maladie gérés par des assurances publiques (à droite)



1. En 2006, pas de distinction disponible entre assurances obligatoires privées et publiques en Tchéquie et en Pologne.
2. Et autres dispositifs.

Lecture > En 2022, en France, les régimes obligatoires financent 85 % des dépenses de santé. Les assurances privées facultatives et les ménages financent respectivement 6 % et 9 % des dépenses. En 2006, ces taux s'établissaient respectivement à 77 %, 13 % et 9 %.

Sources > DREES, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

Les recettes des régimes obligatoires de financement des soins

Les dépenses de santé sont généralement financées par des prélèvements obligatoires – cotisations sociales ou impôts et taxes – des prépaiements volontaires (primes d'assurance) ou d'autres ressources nationales et revenus de l'étranger. Cette partie porte uniquement sur les recettes des régimes obligatoires, qu'ils soient privés ou publics¹. La structure des recettes de ces régimes varie selon le système de financement en place (*graphique 3*).

Dans les services nationaux de santé, les impôts et les taxes constituent l'essentiel des recettes des régimes obligatoires. Cette part atteint même 100 % en Lettonie, en Suède, en Norvège, au Royaume-Uni et au Danemark.

Dans les systèmes d'assurance maladie gérés par des assurances publiques, les cotisations sociales occupent une place bien plus importante que dans les services nationaux de santé. Elles représentent même plus de 50 % des régimes obligatoires dans

la plupart des pays étudiés, et financent jusqu'à 84 % de ces régimes en Pologne.

En France, les cotisations sociales représentent 36 % des recettes des régimes obligatoires. La CSG, qui est un impôt portant sur l'ensemble des revenus et qui est intégralement affecté à la protection sociale, en représente 22 %. Le reste est financé principalement par d'autres impôts (32 %).

Dans les services nationaux de santé et dans les systèmes à assurances publiques, les prépaiements obligatoires représentent une part marginale des ressources des régimes obligatoires ; à l'inverse, dans les systèmes d'assurance maladie gérés par des assureurs privés, les primes d'assurance constituent une part importante des recettes (entre 18 % aux Pays-Bas et 50 % en Suisse). En France et en Allemagne, les prépaiements obligatoires constituent une faible part des recettes des régimes obligatoires, le privé obligatoire finançant moins de 10 % de la DCSi (6 % des recettes en France).

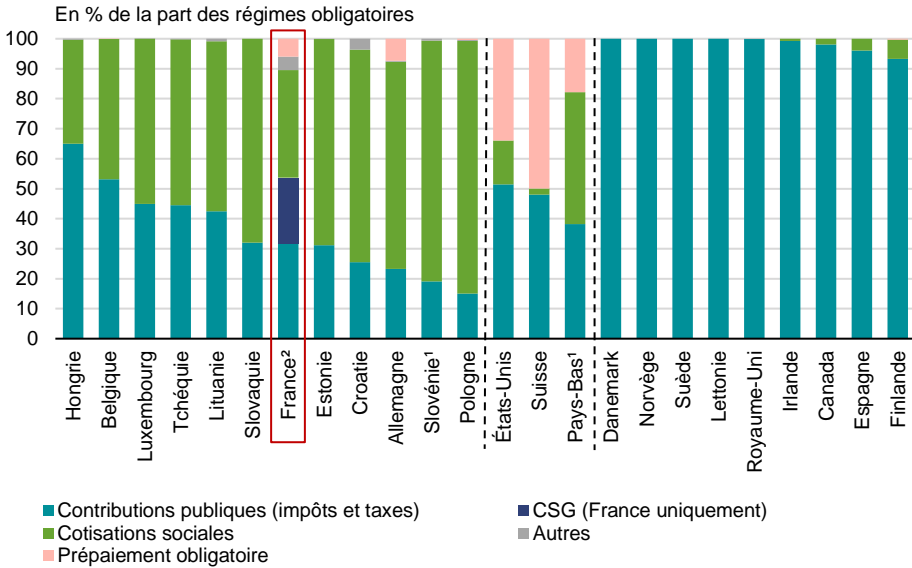
¹ Les régimes obligatoires correspondent aux États et collectivités territoriales, aux assurances publiques obligatoires et aux assurances privées obligatoires.

Elles constituent le montant que l'assuré doit payer à l'assureur en échange de la couverture fournie par la police d'assurance. Une partie de ces primes demeurent souvent à la charge de l'employeur et, dans

certains cas, peuvent également être subventionnées par l'État.

Graphique 3 Les recettes des régimes obligatoires selon le financement public en 2022

Systèmes d'assurance maladie gérés par des assurances publiques (à gauche), systèmes d'assurance maladie gérés par des assureurs privés (au milieu) et services nationaux de santé (à droite)



1. Données 2021.

2. Les données pour la France sont issues du rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale ainsi que des chiffres-clés de la Sécurité sociale et portent sur l'année 2022 (DSS, 2023). Elles concernent uniquement la branche maladie du régime général de l'Assurance maladie. La segmentation entre les différents types de financement des régimes privés obligatoires n'est pas disponible pour la France et se limite aux seuls régimes publics obligatoires. Néanmoins, les organismes complémentaires étant essentiellement financés par les prépaiements obligatoires, la part des assurances privées obligatoires dans le financement des soins a été ajoutée à titre indicatif dans la catégorie « prépaiement obligatoire ».

Note > La catégorie « Contributions publiques » inclut les transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique, les transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique et les transferts directs étrangers. En France, les contributions publiques comprennent les contributions sociales diverses, impôts, taxes et autres transferts.

Lecture > En France, en 2022, la branche maladie du régime général de l'Assurance maladie est financée à 36 % par les cotisations sociales, à 32 % par les contributions publiques et à 22 % par la CSG, à 6 % par les prépaiements obligatoires et à 5 % par d'autres revenus nationaux.

Sources > DSS, 2023 pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

Des dépenses de gouvernance en moyenne plus faibles dans les systèmes nationaux de santé

Les dépenses de gouvernance englobent l'ensemble des services qui soutiennent le fonctionnement des systèmes de santé : la gestion des remboursements par les divers opérateurs (publics ou privés), les autres frais d'administration de ces organismes, les frais publicitaires pour les opérateurs privés, ainsi que le budget des ministères en charge de la santé et des différents opérateurs publics.

Aux États-Unis, en 2022, tous financeurs publics et privés confondus, les dépenses de gouvernance représentent 7,9 % de la DCSi (graphique 4). La Slovaquie et la France suivent avec respectivement 7,8 % et 5,0 % de la DCSi consacrée à la gouvernance. De manière générale, les dépenses de gouvernance croissent avec le poids des assureurs privés et des caisses d'assurance publiques. Dans les systèmes nationaux de santé gérés par l'État, les dépenses de gouvernance sont souvent plus faibles : de 0,8 % de la DCSi en Finlande à 3,2 % au Canada. Le Danemark fait figure d'exception avec 4,6 % de la DCSi destiné aux dépenses de gouvernance.

Les dépenses de gestion des assurances privées (obligatoires ou facultatives) dans les coûts de gestion sont relativement élevées pour plusieurs pays de l'OCDE, quel que soit le système de santé qui domine : elles sont ainsi supérieures à 1,5 % aux États-Unis, en France, en Autriche, en Suisse, aux Pays-Bas, au Canada, en Espagne et en Irlande.

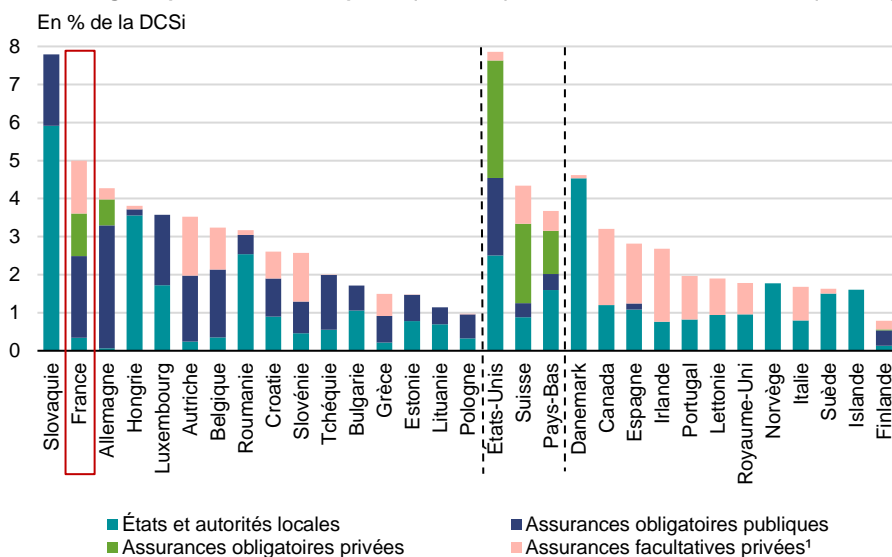
Aux États-Unis, où les frais de gestion des assurances privées représentent 3,3 % de la DCSI, la duplication des coûts fixes, la multiplication des opérations de publicité et de marketing qui résultent de la concurrence entre organismes expliquent en partie ce montant.

En France, les dépenses de gestion des assurances privées comptent pour 50,4 % des dépenses de

gouvernance, alors qu'elles ne financent que 12,4 % des dépenses de santé en 2022. Cela s'explique par le fait que, en France, l'assurance maladie privée intervient dans une logique de cofinancement public et privé ; pour chaque soin, un copaiement est laissé à la charge de l'assuré, ce qui ne permet pas d'effectuer des économies d'échelle dans les coûts de gestion (Paris et Polton, 2016 ; Lafon et Montaut, 2017). Selon les données du Système international des comptes de la santé (SHA) de l'OCDE, les dépenses de gouvernance du système de santé français ont ainsi augmenté de 13 % entre 2012 et 2022, essentiellement du fait des organismes complémentaires, facultatifs et obligatoires, dont les dépenses de gouvernance ont crû de 29 % entre 2012 et 2022. ■

Graphique 4 Dépenses de gouvernance des systèmes de santé en 2022

Systèmes d'assurance maladie gérés par des assurances publiques (à gauche), systèmes d'assurance maladie gérés par des assureurs privés (au milieu) et services nationaux de santé (à droite)



1. Et autres dispositifs facultatifs.

Lecture > En France, en 2022, les dépenses de gouvernance des systèmes de santé représentent 5 % de la DCSI, dont 0,3 % de dépenses de l'État, 2,1 % de dépenses de l'assurance obligatoire publique, 1,1 % de dépenses des assurances obligatoires privées et 1,4 % de dépenses des assurances privées facultatives.

Sources > DREES, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

Pour en savoir plus

- > **Arnaud, F., Lefebvre, G.** (2023). *Les dépenses de santé en 2022 – Édition 2023. Résultats des comptes de la santé*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **CLEISS** (2023). *Le régime américain de sécurité sociale*. Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale.
- > **Cohu, S., Lequet-Slama, D.** (2006, mars). Les systèmes de santé du Sud de l'Europe : des réformes axées sur la décentralisation. DREES, *Études et Résultats*, 475.
- > **Direction de la Sécurité sociale** (2023, septembre). *Les chiffres clés de la sécurité sociale*.
- > **Dormont, B., Geoffard, P.-Y., Lamiraud, K.** (2012, mai). Assurance maladie en Suisse : les assurances supplémentaires nuisent-elles à la concurrence sur l'assurance de base ? Insee, *Économie et Statistique*, 455-456, pp. 71-87.
- > **Garabiol, P.** (2006). *L'assurance maladie en Europe – Étude comparée*. Fondation Robert Schuman.
- > **Gonzalez, L., et al.** (2021, septembre). *Les dépenses de santé en 2020 – Résultats des comptes de la santé – Édition 2021*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Hartmann, L.** (2008). Le coût du système de santé américain. *Les Tribunes de la santé*.
- > **Hassenteufel, P.** (2013) Quelle européenisation des systèmes de santé ? *Informations sociales*, 175, pp. 48-59.
- > **Lafon, A., Montaut, A.** (2017, juin). La place de l'assurance maladie privée dans six pays européens. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 19.
- > **Lapinte, A., Pollak, C., Solotareff, R.** (2024). *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties – Édition 2024*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **OCDE** (2011). Chapitre 2 – Réformer un système de santé très apprécié, mais coûteux. Dans *Études économiques de l'OCDE*, 12, pp. 89-140.
- > **OCDE** (2021). *Panoramas de la santé 2021*. Paris, France : Éditions OCDE.
- > **Paris, V., Polton, D.** (2016, juin). L'articulation entre assurance maladie obligatoire et complémentaire, une spécificité française ? *Regards EN3S*, 49.