

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 services 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) : celle-ci inclut désormais 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 France, où une partie de l'assurance privée – auparavant facultative – est devenue obligatoire. Les États-Unis connaissent une évolution comparable 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 services 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 services nationaux de santé¹.

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.

Services 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 service national de santé financé par l'impôt. Dans ce type de système de santé, dit *beveridgien*², 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 service 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 capitation³. 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 service national de santé, l'État est le premier financeur des dépenses de santé : il prend en charge près de 60 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi), et même plus de 80 % en Suède, 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 15 % dans les pays du nord de l'Europe, mais il est plus élevé dans les pays du sud : 29 % au Portugal, 24 % en Italie et 21 % en Espagne.

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 bismarckienne⁴ tels que la

¹ La classification alternative des systèmes de protection sociale d'Esping-Andersen en trois catégories (libéral, social-démocrate, corporatiste), peut également être mobilisée (Esping-Andersen, 1990).

² 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).

³ La capitation est une rémunération annuelle versée à un médecin pour prendre soin d'un patient inscrit à son cabinet.

⁴ Du nom du chancelier allemand Otto von Bismarck qui, en réponse aux mouvements socialistes et ouvriers, a proposé une assurance maladie obligatoire assise sur

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 (au moins dans la conception initiale du dispositif), 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 Allemagne, en Tchéquie ou en Slovaquie, entre 70 % et 80 % de l'ensemble de la DCSi est financée par l'assurance maladie en 2023 (73 % 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 Slovaquie fait toutefois figure d'exception : l'assurance privée volontaire y représente 14 % 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 (3 %), 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 51 % et 42 % de la DCSi (graphique 1).

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'assurance¹. 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 varient qu'en fonction de l'âge de l'assuré, 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, 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 ») a instauré en 2014 une obligation individuelle de souscription à une assurance maladie. Cette obligation concernait tous les résidents permanents, avec des aides publiques pour les plus modestes. Toutefois, depuis janvier 2019, l'obligation fédérale de souscrire et de cotiser à une assurance santé a été supprimée, même si certains États (Californie, Massachusetts) ont maintenu une obligation individuelle à leur échelle. Les assurances publiques mises en place à destination des plus modestes ont en revanche été maintenues : 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, 2025). À l'instar de la Suisse et des Pays-Bas, les assurances maladies restent toutefois largement privées : aux États-Unis, 32 % de la DCSi est financée par les assurances privées obligatoires en 2023.

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.

les revenus du travail et dont les droits sont acquis sur la base de l'activité professionnelle.

¹ Plus généralement, 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 assurances 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

Une distinction très schématique, qui évolue

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*). Par exemple, en France, le lien cotisé-cotisant n'existe plus vraiment, depuis l'introduction de la CMU, en 1999. Le modèle autrichien est quant à lui caractérisé par un modèle mixte de financement, dans lequel l'État et l'assurance maladie contribuent dans des proportions proches au financement des soins de santé (respectivement 33 % et 44 % 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, 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 (12 % de la DCSi en 2023), tandis que le reste dépend du système généralisé de cotisations d'assurance maladie (Garabioli, 2006). À l'inverse, l'Italie et l'Espagne ont effectué une transition vers un modèle *beveridgien* dans les années 1980, suivies par le Portugal dans les années 1990, dans une logique d'accès universel aux soins. En raison d'un contexte économique défavorable dans les années 2000, la transition reste incomplète dans plusieurs de ces pays (Cohu, Lequet-Slama, 2006).

La Grèce a connu une trajectoire de ce type : dans l'objectif de garantir un accès universel et équitable aux soins, les caisses professionnelles déjà existantes, financées par cotisations, devaient être remplacées en 1983 par un Système national de santé (ESY), financé par l'impôt. Néanmoins, cette réforme

n'a été que partiellement mise en œuvre, de sorte que le système de santé grec est hybride, marqué par une forte fragmentation institutionnelle et un recours important au secteur privé (Burgi, 2017). Cette situation perdure malgré des tentatives de rationalisation¹. En 2023, les caisses de Sécurité sociale financent encore près d'un tiers de la DCSi du pays.

L'évolution de la structure de financement des soins de santé entre 2010 et 2023

Une structure de financement globalement stable, malgré des évolutions liées aux crises économiques dans certains pays européens

La structure de financement des soins de santé est restée globalement stable dans les pays étudiés entre 2010 et 2023. 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, en Grèce et au Portugal, le niveau des dépenses restant à la charge des ménages a augmenté suite à la crise économique de 2008 (*graphique 2*), ce de manière persistante : +2,5 points en Espagne entre 2010 et 2019, +3,3 points en Italie, +5,3 points en Grèce et +5,9 points au Portugal. Cette augmentation résulte probablement des politiques budgétaires mises en place après la crise, notamment l'instauration ou l'augmentation des tickets modérateurs² ainsi que le relèvement des seuils de remboursement (OCDE, 2021).

Entre 2019 et 2023, la part des dépenses restant à la charge des ménages diminue en Espagne, en Italie et au Portugal, et retrouve même son niveau de 2010 en Espagne (aux alentours de 21 %). En Grèce, elle continue de croître : +0,7 point sur la période.

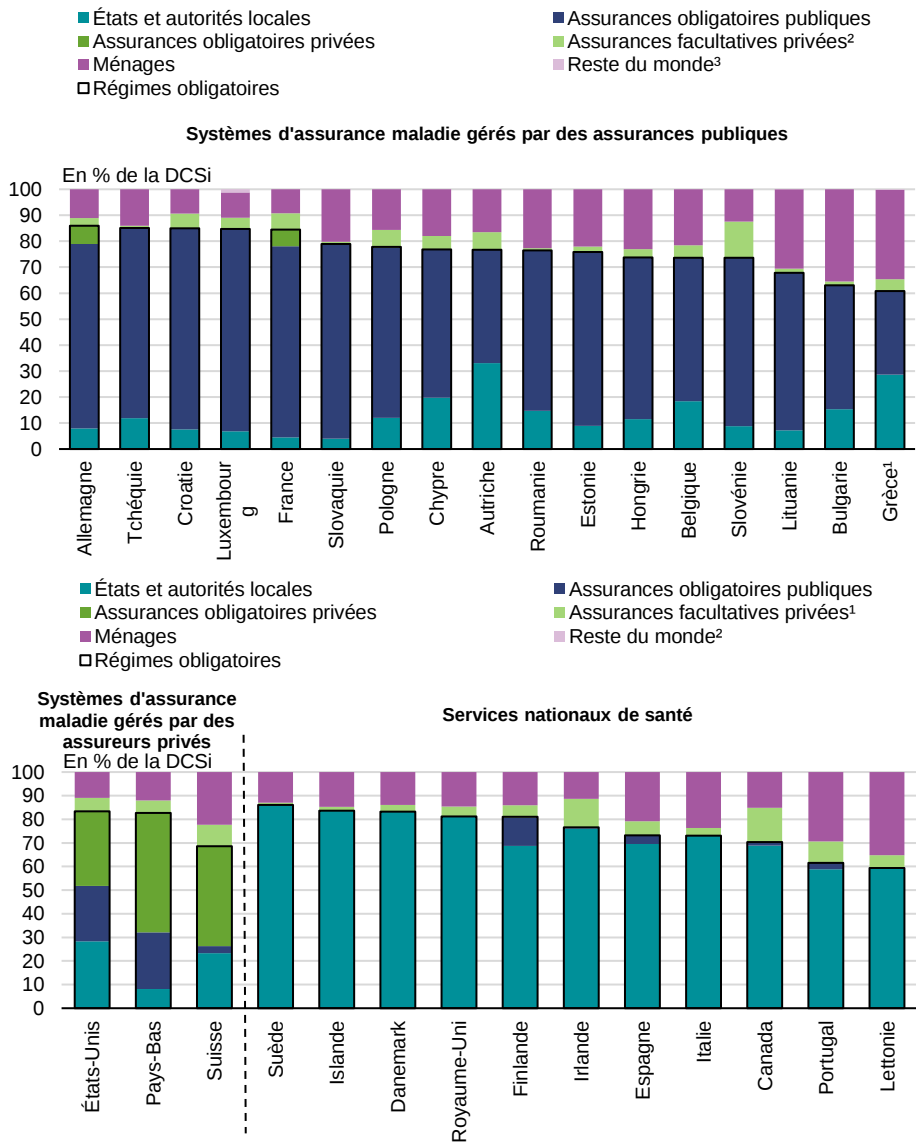
Conjointement à cette hausse, la part des dépenses de santé financées par les assurances privées facultatives et les ménages a baissé sur cette même période, dans des proportions très variables entre pays, et indépendamment du type de système de santé : -1,2 point pour les ménages et -1,1 points pour les assurances facultatives en France, -1,0 point et -0,2 point respectivement en Suède, -3,0 points et -0,8 point en Espagne ou -1,4 point et -0,8 point au Royaume-Uni.

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].

¹ Ainsi, la Grèce a créé en 2012 l'EOPYY (organisation nationale pour la prestation de services de santé), qui visait à fusionner plusieurs caisses d'assurance santé en un seul organisme.

² 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.

Graphique 1 Financement de la DCSi en 2023



1. La Grèce est ici classée parmi les pays où le système d'assurance maladie est géré par des assurances publiques, car celles-ci financent près d'un tiers des dépenses de santé, soit une part supérieure à celle financée par l'État. En raison de son système de santé hybride, la Grèce était rattachée aux pays disposant d'un service national de santé dans les éditions précédentes du Panorama.

2. Et autres dispositifs facultatifs.

3. 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 2023, la DCSi est financée à 3 % par l'État et les autorités locales, à 73 % par les assurances obligatoires publiques, à 6 % par les assurances privées obligatoires, à 7 % par les assurances privées facultatives et à 10 % 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 crise sanitaire aux conséquences toujours visibles sur la répartition du financement

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 en 2020 et 2021 dans l'ensemble des pays étudiés (Didier, Lefebvre, 2024).

En 2023, la part de la DCSi prise en charge par les régimes obligatoires continue de progresser en Suède, en Finlande et en Allemagne, où cette proportion augmente de manière continue depuis 2010. À l'inverse, une tendance à la baisse s'observe depuis 2021 dans les autres pays, résultant en une part de la DCSi financée par les régimes obligatoires supérieure ou proche de son niveau d'avant crise : jusqu'à +2,2 points au Royaume-Uni, +1,8 point en France et +0,7 point au Portugal entre 2019 et 2023 (-0,1 point aux Pays-Bas et -0,2 point en Italie).

En France et aux États-Unis, une hausse de la part des assurances privées obligatoires suite à des réformes du système de santé

Au-delà des effets conjoncturels induits par les crises, certaines évolutions plus structurelles sont également à l'œuvre dans la répartition du financement des soins de santé. Depuis 2010, la structure de financement des systèmes de santé a évolué vers plus d'interventions des assureurs privés obligatoires en France et aux États-Unis, du fait des réformes du système de santé (*graphique 2*).

En France, depuis 2016, l'assurance maladie complémentaire – financée partiellement par l'employeur – est devenue obligatoire pour les salariés du secteur privé, en complément de l'assurance publique. L'assurance privée obligatoire finance ainsi 6,4 % de la DCSi en 2023 (soit un peu moins qu'en 2019, avant la crise due au Covid-19, où cette part atteignait 6,7 %).

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. En 2021, l'obligation de détenir une assurance santé approuvée par l'ACA a été supprimée au niveau fédéral, mais maintenue dans certains États : la part des assurances privées obligatoires a alors légèrement baissé pour atteindre 31,6 % de la DCSi en 2023. Au contraire, la part de l'assurance privée facultative

a baissé d'environ 33 points entre 2019 et 2023 (de 38,9 % à 6,0 %).

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 élevée 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 35 % des recettes des régimes obligatoires. La CSG², assise sur une assiette large de revenus et intégralement affectée à la protection sociale, en représente 22 %. Le reste est financé principalement par d'autres impôts (32 %).

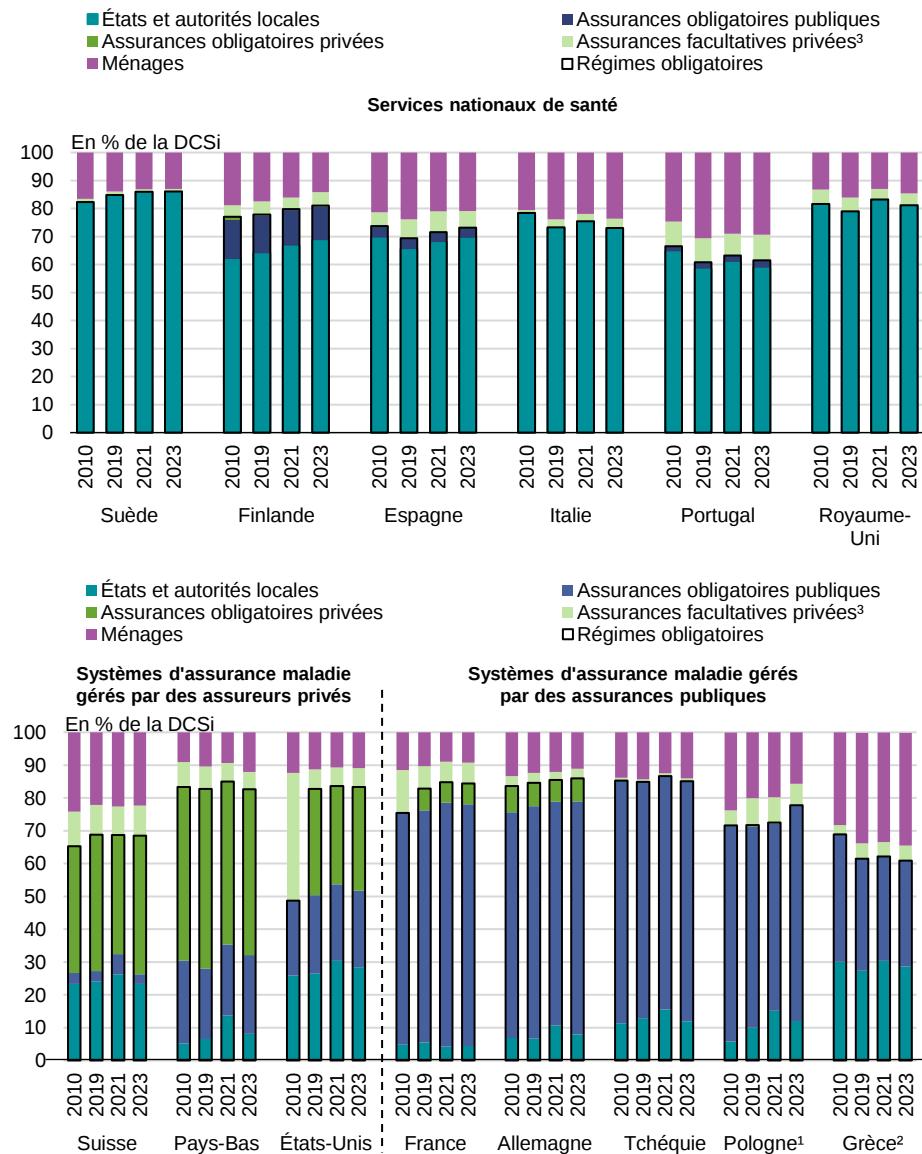
Dans les services nationaux de santé et dans les systèmes à assurances publiques, les prépaiements obligatoires représentent une part marginale des ressources des régimes obligatoires ; à l'inverse, dans les systèmes d'assurance maladie gérés par des assureurs privés, elles constituent une part importante des recettes (de 17 % aux Pays-Bas à 52 % 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).

Ces prépaiements 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.

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

² Juridiquement et en comptabilité nationale, la CSG est un impôt. Néanmoins, pour sa part assise sur les revenus d'activité, qui représentent 70 % des recettes totales de CSG, la CSG a les caractéristiques économiques d'une cotisation sociale.

Graphique 2 Structure du financement de la DCSi en 2010, 2019, 2021 et 2023



1. En 2010, pas de distinction disponible entre assurances obligatoires privées et publiques en Pologne.

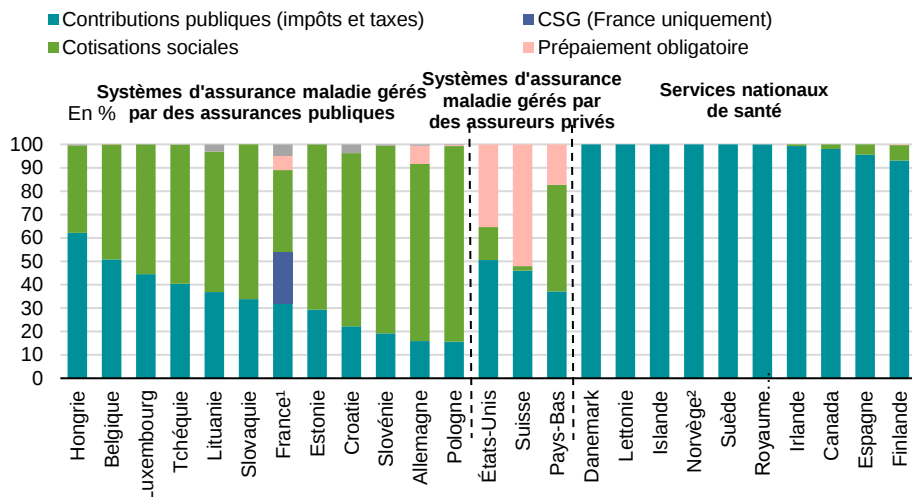
2. La Grèce est ici classée parmi les pays où le système d'assurance maladie est géré par des assurances publiques, car celles-ci financent près d'un tiers des dépenses de santé, une part supérieure à celle financée par l'État. En raison de son système de santé hybride, la Grèce était rattachée aux pays disposant d'un service national de santé dans les éditions précédentes du Panorama.

3. Et autres dispositifs.

Lecture > En 2023, en France, les régimes obligatoires financent 83 % des dépenses de santé. Les assurances privées facultatives et les ménages financent respectivement 7 % et 10 % des dépenses. En 2010, ces taux s'établissaient respectivement à 75 %, 13 % et 11 %.

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.

Graphique 3 Les recettes des régimes obligatoires en 2023



1. Les données pour la France sont issues du rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale et des chiffres-clés de la Sécurité sociale (DSS, 2024). Elles concernent la branche maladie du régime général de l'Assurance maladie. La segmentation entre les types de financement des régimes privés obligatoires n'est pas disponible et se limite aux seuls régimes publics obligatoires. La part des assurances privées obligatoires dans le financement des soins a été ajoutée dans la catégorie « Prépaiement obligatoire », les organismes complémentaires étant essentiellement financés par ceux-ci.

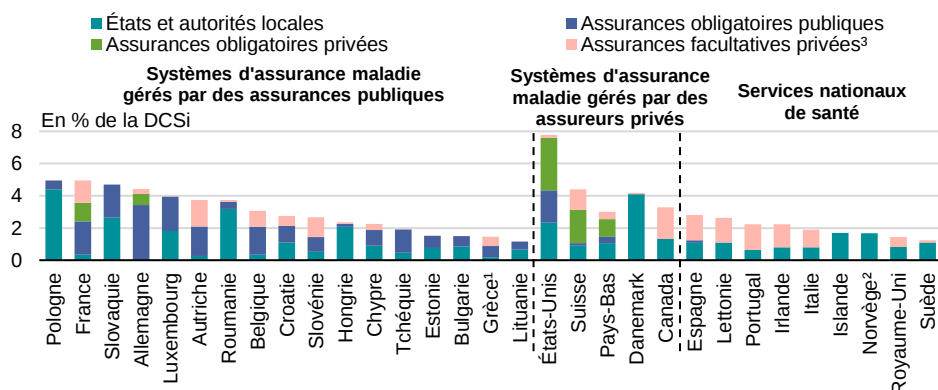
2. Données 2022.

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 2023, la branche maladie du régime général de l'Assurance maladie est financée à 35 % 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, 2024 pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

Graphique 4 Dépenses de gouvernance des systèmes de santé en 2023



1. La Grèce est ici classée parmi les pays où le système d'assurance maladie est géré par des assurances publiques, car celles-ci financent près d'un tiers des dépenses de santé, une part supérieure à celle financée par l'État. En raison de son système de santé hybride, la Grèce était rattachée aux pays disposant d'un service national de santé dans les éditions précédentes du Panorama.

2. Données 2022.

3. Et autres dispositifs facultatifs.

Lecture > En France, en 2023, 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 facultatives privées.

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.

Des dépenses de gestion en partie liées aux coûts de gestion des assureurs privés

Les dépenses de gestion englobent l'ensemble des services qui soutiennent le fonctionnement des systèmes de santé : la gestion des remboursements par les 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 opérateurs publics.

Aux États-Unis, en 2023, tous financeurs publics et privés confondus, les dépenses de gestion représentent 7,8 % de la DCSi (graphique 4). La Pologne et la France suivent avec respectivement 5,0 % et 4,9 % de la DCSi consacrée à la gestion. De manière générale, les dépenses de gestion croissent avec le poids des assureurs privés et des caisses d'assurance publiques. Dans les services nationaux de santé gérés par l'État, les dépenses de gouvernance sont souvent plus faibles : de 0,8 % de la DCSi en Finlande à 3,3 % au Canada. Le Danemark fait figure d'exception avec 4,2 % de la DCSi destiné aux dépenses de gestion. 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 supérieures à 1,5 % de la DCSi aux États-Unis, en France, en Autriche, en Suisse, aux Pays-Bas, au Canada, en Espagne et au Portugal.

Aux États-Unis, où les frais de gestion des assurances privées représentent 3,4 % de la DCSi, la duplication des coûts fixes et la multiplication des opérations de publicité et de marketing qui résultent de la concurrence entre organismes expliquent en partie ce montant (Tseng, *et al.*, 2021).

En France, les dépenses de gestion des assureurs privés comptent pour la moitié des dépenses de gestion, alors qu'elles ne financent qu'un huitième des dépenses de santé en 2023. 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, Polton, 2016 ; Lafon, Montaut, 2017). Selon les données du Système international des comptes de la santé (SHA) de l'OCDE, les dépenses de gestion du système de santé français ont ainsi augmenté de 9 % entre 2013 et 2023, essentiellement du fait des organismes complémentaires, facultatifs et obligatoires, dont les dépenses de gestion ont crû de 29 % entre 2013 et 2023. ■

Pour en savoir plus

- > **Burgi, N.** (2017). Le démantèlement méthodique et tragique des institutions grecques de santé publique. *La Revue de l'ires*, 91-92(1), 77-110. <https://doi.org/10.3917/rldi.091.0077>.
- > **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.
- > **Didier, M., Lefebvre, G.** (2024). *Les dépenses de santé en 2023 – Résultats des comptes de la santé – Édition 2024*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Direction de la Sécurité sociale** (2024, 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.
- > **Esping-Andersen, G.** (1990). *Les trois mondes de l'État-providence*. Princeton University Press.
- > **Garabiol, P.** (2006). *L'assurance maladie en Europe – Étude comparée*. Fondation Robert Schuman.
- > **Hartmann, L.** (2008). Le coût du système de santé américain. *Les Tribunes de la santé*.
- > **Hassenteufel, P.** (2013) Quelle européanisation 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.
- > **Tseng, P., Kaplan, R. S., Richman, B. D., Shah, M. A., Schulman, K. A., Navathe, A. S.** (2021). Reducing administrative costs in US health care: Assessing single payer and its alternatives. *Health Services Research*, 56(S1), pp. 46-52.