

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), 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, en Suisse ou aux Pays-Bas). Quel que soit le système, des assurances privées – facultatives ou obligatoires – participent au financement des dépenses de soins, à des degrés divers. Dans les systèmes d'assurance maladie gérés par des assurances privées, les assurances privées obligatoires financent une part nettement plus élevée des dépenses de soins que dans les systèmes nationaux de santé ou dans les systèmes d'assurance maladie gérés par des assurances publiques.

Trois types de systèmes de santé, aux financements différents

Il existe schématiquement trois modes d'organisation du système de santé dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) : les services nationaux de santé, les systèmes d'assurance maladie gérés par des assurances publiques et les systèmes d'assurance maladie gérés principalement par des assureurs privés. Ces trois systèmes induisent des modes de financement différents : dans les services nationaux de santé (comme au Royaume-Uni), l'État finance la majeure partie des dépenses ; dans les systèmes d'assurance maladie gérés par des assurances publiques (comme en France), une (ou plusieurs) caisse(s) de Sécurité sociale finance(nt) la majeure partie des dépenses et les assurances privées jouent un rôle nettement moins important ; à l'inverse, dans les régimes d'assurance maladie gérés principalement par des assureurs privés (comme aux États-Unis), ces derniers financent davantage les dépenses de santé que les caisses de Sécurité sociale et l'État.

Services nationaux de santé

Dans les pays d'Europe du Nord et du Sud, au Canada, en Irlande et au Royaume-Uni, l'État assure un système national de santé financé par

l'impôt. Dans ce type de système de santé, dit « *beveridgien* » (*encadré 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 systèmes de santé des pays scandinaves et celui du Royaume-Uni sont traditionnellement plus décentralisés (le fonctionnement et le financement des soins y sont régis directement par les collectivités locales) que ceux des pays du Sud de l'Europe. L'État et les collectivités locales prennent ainsi en charge plus de 60 % des dépenses de santé dans ces pays (*graphique 1*). Les résidents de ces pays sont automatiquement couverts par le système de santé, qu'ils contribuent ou non à son financement. Le parcours de soins y est toutefois très encadré, souvent lié à la zone géographique de résidence au sein du pays, et les soins primaires sont majoritairement dispensés dans des centres publics où les médecins sont généralement salariés ou payés à la capitation¹. Une offre de soins privée peut toutefois se développer en marge de l'offre publique, mais elle n'est pas couverte par le système national.

Outre les pays scandinaves et britanniques qui sont historiquement *beveridgiens*, les pays d'Europe du Sud (Espagne, Italie, Grèce et Portugal) effectuent depuis les années 1990, dans une

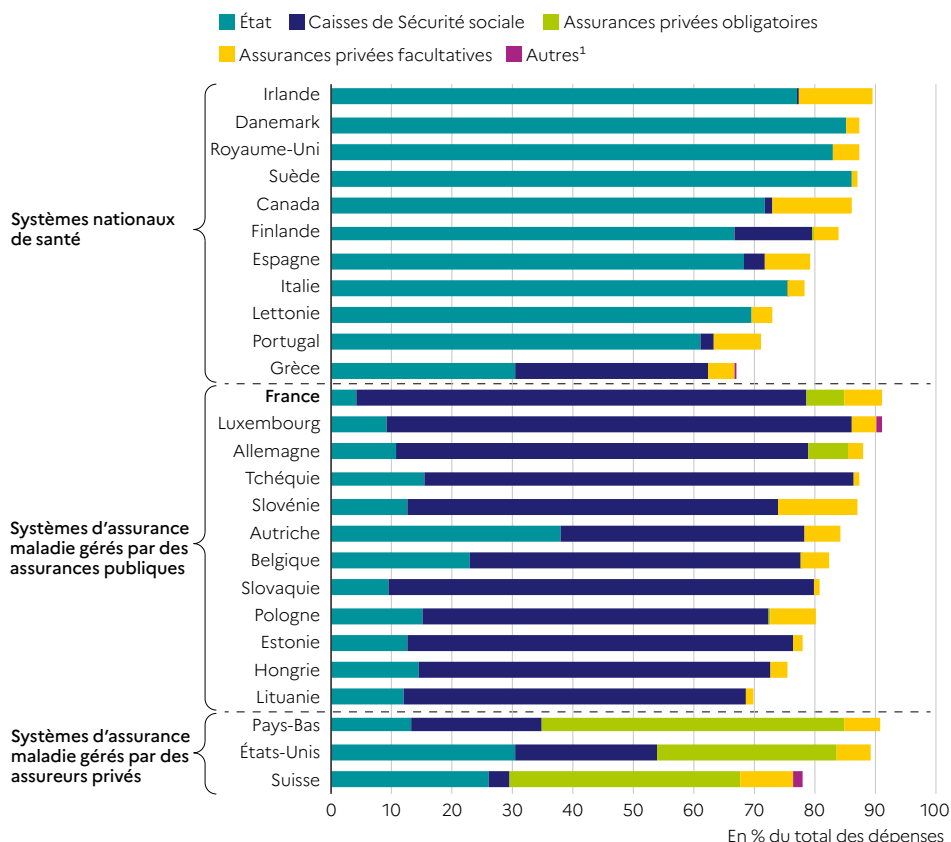
1. La capitation est une rémunération annuelle versée à un médecin pour prendre soin d'un patient inscrit à son cabinet.

Encadré 1 Modèle beveridgien universaliste versus modèle bismarckien contributif

Le modèle bismarckien (ou assurantiel) a été mis en place à la fin du XIX^e siècle par le chancelier allemand Otto von Bismarck en réponse aux mouvements socialistes et ouvriers, pour améliorer les conditions de vie du prolétariat ouvrier et offrir des avantages sociaux aux travailleurs. Le modèle bismarckien repose sur le principe de l'assurance maladie obligatoire : l'accès aux soins de santé est généralement financé par des cotisations sociales, assises sur les revenus du travail, et les droits à l'assurance maladie sont acquis sur la base de l'activité professionnelle.

À l'inverse, le modèle beveridgien (ou assistanciel), mis en place par l'économiste William Beveridge au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, est universel : il offre 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). Construits sur le principe de solidarité nationale, les modèles beveridgiens sont principalement financés par l'impôt.

Graphique 1 Part de la dépense de soins prise en charge par la couverture obligatoire ou facultative dans les pays de l'OCDE, en 2021



1. Sont inclus les régimes de financement inconnus et du reste du monde, c'est-à-dire le financement à l'assurance maladie obligatoire ou volontaire par les non-résidents.

Lecture > En France, en 2021, la dépense de santé est financée à 74 % par les caisses de Sécurité sociale (y compris complémentaire santé solidaire [CSS]), à 4 % par l'État, à 6 % par des assurances privées obligatoires (pour les salariés des entreprises) et à 6 % par des assurances privées facultatives.

Sources > SHA-OCDE ; Eurostat ; OMS ; calculs DREES.

optique d'accès universel aux soins, une transition d'un modèle bismarckien vers un modèle beveridgien (*encadré 1*). Dans certains de ces pays, des traces du modèle bismarckien subsistent toutefois, notamment en raison d'un contexte économique défavorable pendant les années 2000, qui n'a pas toujours permis une transition complète vers un modèle beveridgien. Il en résulte des systèmes de santé hybrides qui, tout en ayant la structure d'un service national de santé, conservent des ensembles préexistants de régimes de Sécurité sociale ou de régimes mutualistes (Cohu, Lequet-Slama, 2006). Cela s'observe nettement en Grèce où les caisses de Sécurité sociale financent encore près d'un tiers de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) en 2021 (*encadré 2*).

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 bismarckienne (*encadré 1*), tels que la 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 ; l'affiliation est obligatoire et les prestations maladie de base sont versées par des caisses de Sécurité sociale aux assurés et leurs

ayants droit, en contrepartie de cotisations, en général assises sur les revenus d'activité. L'éventail des biens et services pris en charge est défini par les pouvoirs publics, de même que le niveau des prestations remboursées, dans la limite d'un montant défini par les pouvoirs publics dit « tarif de référence ». Des assurances privées peuvent compléter l'assurance maladie publique. Ces assurances privées peuvent être obligatoires ; c'est le cas par exemple en France où les employeurs privés ont l'obligation de fournir une complémentaire santé à leurs salariés (contrats d'entreprise). L'offre de soins de ville est quant à elle souvent libérale, et principalement rémunérée à l'acte, même si ce mode d'exercice cohabite avec des centres de santé où les professionnels de santé sont salariés. En 2021, le financement de la DCSi par les caisses de Sécurité sociale s'échelonne de 41 % en Autriche à 77 % au Luxembourg et atteint 74 % en France (*graphique 1*).

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 l'autre de ces trois schémas. Plusieurs pays ont ainsi introduit des mécanismes concurrentiels à l'intérieur du système d'assurance maladie.

Encadré 2 La dépense courante de santé au sens international

Pour assurer la comparabilité des dépenses de santé entre pays, le System of Health Accounts (SHA, voir annexe 2) définit un agrégat nommé « dépense courante de santé au sens international (DCSi) » [Arnaud, Lefebvre, 2023], renseigné selon des critères homogénéisés entre pays. La DCSi se définit par l'ensemble des biens et services qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé, ainsi que par les prestations délivrées en établissements médico-sociaux (soins de longue durée), les coûts de gestion du système de santé, la prévention et, enfin, les autres dépenses et subventions. La définition internationale de la DCSi regroupe la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) ainsi que les soins de longue durée : les soins aux personnes âgées en établissements (y compris unités de soins longue durée [USLD]), les soins aux personnes handicapées en établissements, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les autres dépenses en faveur des malades, les subventions au système de soins (nettes des remises conventionnelles), la prévention individuelle et collective (hors prévention environnementale et alimentaire) et les coûts de gestion du système de santé (hors frais de gestion des indemnités journalières).

En Allemagne, par exemple, la réforme de 2004 a instauré la possibilité de choisir entre plusieurs caisses de Sécurité sociale (Lange, 2006). Par ailleurs, certains travailleurs (dont les indépendants et les fonctionnaires) peuvent renoncer à s'affilier à l'assurance maladie publique pour s'assurer auprès d'un organisme privé : les assureurs privés obligatoires financent ainsi la DCSi allemande à hauteur de 7 % en 2021 (*graphique 1*). En France, les organismes complémentaires (mutuelles, assureurs et institutions de prévoyance) cofinancent de longue date les dépenses de santé ; depuis 2016, les employeurs du secteur privé ont l'obligation de proposer et de financer partiellement une assurance maladie privée et complémentaire pour leurs salariés, avec obligation d'affiliation dans la plupart des cas (voir fiche 13). Les assurances privées obligatoires financent ainsi 6 % de la DCSi française en 2021 (*graphique 1*).

En outre, dans la mesure où c'est l'activité professionnelle qui ouvre traditionnellement le droit à l'assurance maladie, certains pays ont choisi d'étendre la couverture aux personnes sans activité professionnelle régulière, souvent les plus modestes, de manière à garantir l'universalité de la couverture santé. Le financement par l'impôt gagne ainsi du terrain sur le financement par les cotisations sociales dans de nombreux pays à dominante bismarckienne : la contribution au financement par l'impôt représente ainsi de 19 % des recettes des régimes obligatoires en Slovénie à 70 % en Hongrie (38 % en France) [Arnaud, Lefebvre, 2023]. L'État finance aussi directement une partie des dépenses de santé dans ces systèmes (4 % de la DCSi en France) [*graphique 1*].

Le modèle autrichien est caractérisé par un modèle mixte de financement, dans lequel l'État et l'assurance maladie sociale contribuent à parts presque égales au financement des soins de santé (respectivement 38 % et 41 % de la DCSi) [*graphique 1*]. 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 (Tchéquie, Estonie, Hongrie, Lettonie, Pologne, Slovaquie et Slovénie), 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 (15 % de la DCSi en 2021) [*graphique 1*], le reste dépendant du système généralisé de cotisations d'assurance maladie (Garabiol, 2006).

Systèmes d'assurance maladie gérés principalement 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 50 % et 38 % de la DCSi en 2021 (*graphique 1*).

L'État intervient toutefois pour pallier les défaillances du marché et pour garantir le niveau de solidarité. Il définit ainsi le panier de soins de base minimal et met en place des dispositifs d'aide à l'acquisition et au paiement 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, l'État impose des contraintes dans la fixation des primes d'assurance. Ainsi, 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'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). Par ailleurs, l'État intervient *via* un fonds de péréquation² entre les assureurs, et en finançant directement certaines parties du système de soins (l'État cofinance notamment les hôpitaux en Suisse, ou les soins de longue durée aux Pays-Bas).

Aux États-Unis, depuis 2014, le *Patient Protection and Affordable Care Act* (ACA ou *Obamacare*) oblige les particuliers à souscrire une assurance maladie, le plus souvent privée : 30 % de la DCSI est ainsi financée par les assurances privées obligatoires en 2021. Les personnes les plus modestes et les plus âgées restent toutefois couvertes par des assurances publiques : par *Medicaid* et *Children's Health Insurance Program* pour les personnes les plus modestes et par *Medicare* pour les personnes

âgées ou handicapées. Les assurances privées (obligatoires ou non) financent ainsi 36 % de la DCSI en 2021, une part inférieure à 50 % mais qui demeure nettement supérieure aux parts financées par l'assurance privée observées dans les systèmes nationaux de santé et dans les systèmes d'assurance maladie gérés par des assurances publiques (*graphique 1*).

Une assurance santé privée volontaire qui vient en complément de la couverture obligatoire

Dans l'ensemble des pays étudiés, les assureurs privés proposent aussi une assurance dite « volontaire » (qui couvre notamment du facultatif et de l'obligatoire en France) et qui se structure et se positionne en fonction des contours de la couverture santé de base (Paris, 2020). Cette assurance privée volontaire est dite « duplicative » lorsqu'elle double la couverture

Tableau 1 Fonctions de l'assurance privée volontaire selon le mode de financement des soins de santé

	Services nationaux de santé	Systèmes d'assurance maladie gérés par des assurances publiques	Systèmes d'assurance maladie gérés par des assureurs privés
Assurance duplicative	Remboursement de frais engagés auprès de fournisseurs de soins de santé privés (pour une prise en charge plus rapide, un meilleur confort, pour choisir un médecin traitant dans une autre zone géographique).		Prise en charge hors de la zone géographique de résidence.
Assurance complémentaire		Remboursement de frais médicaux en complément de ceux de l'assurance maladie (tickets modérateurs, dépassements d'honoraires...).	
Assurance supplémentaire	Participation à certains frais non intégralement couverts par le régime obligatoire (optique, dentaire...).	Remboursement de frais non couverts par le régime obligatoire (suppléments pour confort à l'hôpital, médecines alternatives, optique, dentaire...).	Remboursement de certains frais non couverts par le régime obligatoire (suppléments pour confort à l'hôpital, certains soins dentaires et optiques, notamment pour les adultes...).

1. Le ticket modérateur (TM) est la partie des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré une fois que l'assurance maladie a remboursé sa part.

Note > Ces prestations sont possibles dans certains pays de chaque système de santé, mais ne sont pas présentes dans l'ensemble d'entre eux. Si, en France et en Allemagne, l'assurance privée supplémentaire peut assurer un remboursement de suppléments pour confort à l'hôpital qui ne sont pas couverts par le régime obligatoire, cette prise en charge ne s'applique pas à l'ensemble des pays ayant un système d'assurance maladie géré par des assureurs publics.

2. Mécanisme gouvernemental permettant de réduire les disparités de ressources entre collectivités territoriales. Il vise à aider les zones moins favorisées financièrement en redistribuant une partie des revenus des régions plus prospères.

de base et prend en charge des soins reçus dans le privé qui correspondent au souhait de l'assuré, soit d'avoir le choix de son professionnel de santé, soit d'éviter les files d'attente (*tableau 1*). Elle est dite « complémentaire » lorsqu'elle est souscrite pour couvrir les copaiements laissés à la charge des assurés. Enfin, elle est dite « supplémentaire » lorsqu'elle rembourse des prestations non incluses dans le panier de soins de base (souvent l'optique et le dentaire). Au Danemark, en Slovaquie, au Pays-Bas et au Luxembourg, plus de 60 % de la population dispose d'un second niveau de couverture, alors qu'en France, ce taux atteint 96 % de la population (*graphique 2*).

Le rôle des assurances privées complémentaires dans les systèmes d'assurance maladie gérés par des assurances publiques

Dans les systèmes d'assurance maladie gérés par des assurances publiques, les assurances privées volontaires sont principalement complémentaires. Elles interviennent sur l'ensemble du panier de base puisque, pour chaque soin, un copaiement est laissé à la charge de l'assuré (*tableau 1*). En France, la quasi-totalité de la population (96 %) est affiliée à une assurance complémentaire qui couvre les frais non pris en charge par la couverture de base (*graphique 2*), même si les assurances privées obligatoires et facultatives ne financent que 6 % de la DCSi chacune (*graphique 1*). L'assurance privée complémentaire est également très répandue en Slovaquie (70 %) et au Luxembourg (63 %), mais bien moins en Allemagne (27 %) (*graphique 2*).

Parmi les pays dont les systèmes d'assurance maladie sont gérés par des assurances publiques, l'Autriche fait exception, les assurances privées intervenant principalement de manière supplémentaire pour des prestations de confort à l'hôpital (choix d'une chambre particulière, location de télévision) ou à la périphérie du système de soins (ostéopathie, vaccins non obligatoires, médecines alternatives). Enfin, en Estonie (et plus généralement dans les pays de l'est de l'Europe), l'assurance privée est minoritaire, car trop onéreuse pour une majorité de la population (Duriez,

Lequet-Slama, 2004), et seuls les plus favorisés y ont recours.

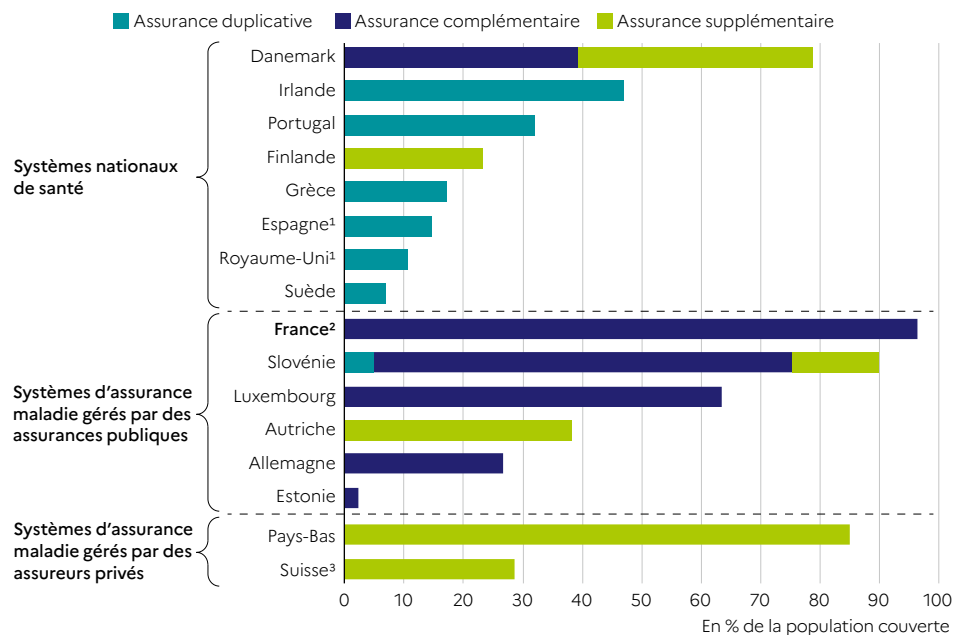
Des assurances privées majoritairement supplémentaires dans les systèmes d'assurance maladie gérés par des assureurs privés

Dans les systèmes libéraux de santé, les assurances privées volontaires ont l'interdiction de prendre en charge les franchises et autres copaiements imposés par la couverture de base. Elles interviennent donc à titre supplémentaire, c'est-à-dire pour couvrir les soins de santé hors du panier de base (*tableau 1*). Les Pays-Bas représentent ainsi le plus vaste marché de l'assurance privée supplémentaire (85 % de la population y est affiliée), principalement pour couvrir les dépenses en optique et les soins dentaires pour les adultes, alors que ces assurances sont peu présentes en Suisse (29 %) (*graphique 2*). Toutefois, si davantage de Néerlandais que de Suisses sont couverts par des assurances privées supplémentaires, ces dernières prennent en charge une plus grande part de la DCSi en Suisse (9 % contre 6 % aux Pays-Bas) (*graphique 1*). Deux raisons principales expliquent cela : d'une part les soins médicaux y sont plus chers, d'autre part, les assurances privées supplémentaires sont souvent souscrites en prévision de soins coûteux, à l'hôpital notamment.

Une prévalence plus forte des assurances privées duplicatives dans les services nationaux de santé, malgré quelques exceptions

Enfin, dans les services nationaux de santé, les assurances privées volontaires sont à dominance duplicative, c'est-à-dire qu'elles permettent principalement de couvrir les dépenses engagées auprès des fournisseurs de soins privés. Les assurés peuvent en effet ne pas être satisfaits des restrictions géographiques qui leur sont imposées pour le choix du professionnel de santé et donc opter pour une offre de soins privée. C'est en Irlande et au Portugal que l'assurance maladie duplicative, offrant un accès plus rapide aux services médicaux privés, est la plus développée (respectivement 47 % et 32 % de la population est couverte par cette assurance dans ces pays) (*graphique 2*).

Graphique 2 Part de la population couverte par une assurance santé privée volontaire selon la fonction principale de cette assurance, en 2021



1. Données 2020. 2. Données 2019. 3. Données 2017.

Note > Pour la France, la complémentaire comprend les personnes couvertes par des contrats facultatifs, les personnes couvertes par des contrats d'entreprise obligatoires, et la complémentaire santé solidaire.

Lecture > En France, en 2019, 96 % de la population est couverte par une assurance santé volontaire, dont la fonction dominante est de type complémentaire.

Sources > OCDE, statistiques sur la santé 2023 ; calculs DREES.

De manière générale, dans les pays disposant d'un service national de santé, les assurances duplicatives ne couvrent qu'une petite proportion de la population : en Espagne et au Royaume-Uni, cela concerne respectivement 15 % et 11 % de la population (*graphique 2*). En effet, dans ces deux pays, les assurances duplicatives coûtent cher, et les assurés ayant souscrit une assurance privée duplicative ne sont pas dispensés de financer par leurs impôts le régime public, même s'ils n'ont pas recours à ce type d'assurance. Malgré ce faible niveau de couverture, les assurances privées volontaires représentent, en matière de DCSI, près de 7 % en Espagne et 4 % au Royaume-Uni, puisque ces assurances prennent en charge des montants élevés (*graphique 1*). À l'exception de la Finlande et du Danemark où elles sont majoritaires, elles peuvent aussi intervenir de façon marginale à

titre supplémentaire pour l'optique et certains soins dentaires notamment, et parfois à titre complémentaire (*encadré 3*).

Une grande diversité de dépenses prises en charge par les assurances privées facultatives

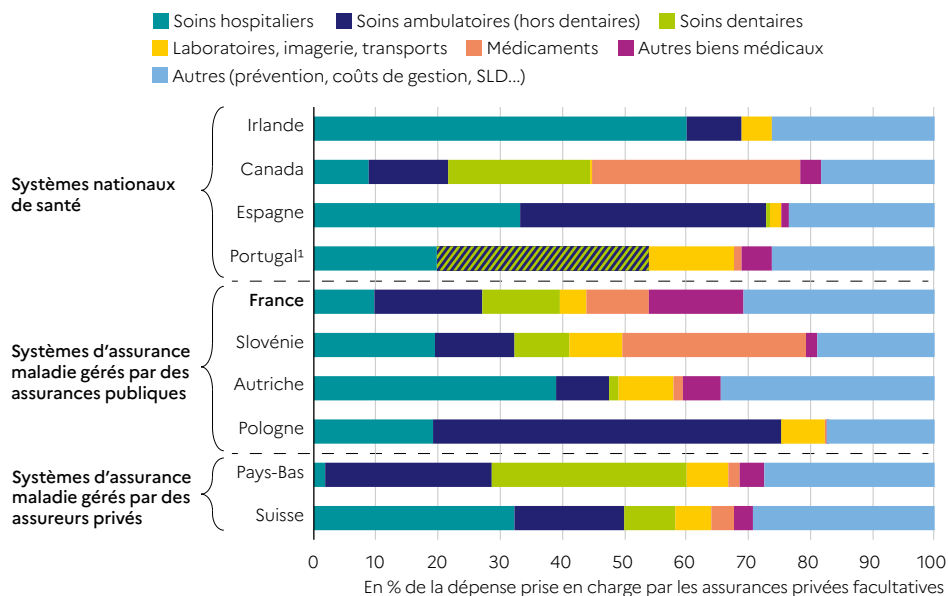
Parmi les différents pays étudiés (ici seulement les pays pour lesquels l'assurance privée facultative représente plus de 5 % de la DCSI, à l'exception des États-Unis qui ne proposent pas ce niveau de détail), les assureurs privés facultatifs couvrent l'ensemble des types de soins. La structure des soins pris en charge varie toutefois sensiblement, indépendamment du type de système de santé (*graphique 3*). En France, par exemple, les assurances privées facultatives financent majoritairement les soins ambulatoires (17 %), les autres biens médicaux (15 %) et

les soins dentaires (13 %). À l'inverse, en Autriche, elles financent majoritairement les soins hospitaliers (39 %), les soins dentaires et les autres biens médicaux représentant respectivement 1 % et 6 % des dépenses de ces assurances.

De manière générale, l'assurance privée facultative, développée en marge de la couverture de base, finance notamment des prestations non incluses

dans le panier de soins de base : des besoins en santé non considérés comme étant de nécessité vitale (optique et dentaire), des actes à la périphérie des soins de santé (soins non conventionnels) ou des prestations de confort (choix d'une chambre particulière ou location de télévision à l'hôpital). Les soins non pris en charge par l'assurance privée facultative restent à la charge des ménages. ■

Graphique 3 Répartition de la dépense en frais de soins prise en charge par les assurances privées facultatives, par type de soins, en 2021



SLD : soin de longue durée.

1. Pour le Portugal, les soins dentaires et ambulatoires ne peuvent être distingués.

Note > Les pays présentés sur ce graphique sont uniquement ceux pour lesquels les assurances privées facultatives financent plus de 5 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi).

Lecture > En France, en 2021, les soins hospitaliers représentent 10 % des prestations versées par les assurances privées facultatives, les soins ambulatoires 17 %, les soins dentaires 13 %, les laboratoires, imagerie, transports 4 %, les médicaments 10 %, les autres biens médicaux 15 % et les autres (prévention médico-social, coûts de gestion, SLD...) 31 %.

Sources > SHA-OCDE ; Eurostat ; OMS ; calculs DREES.

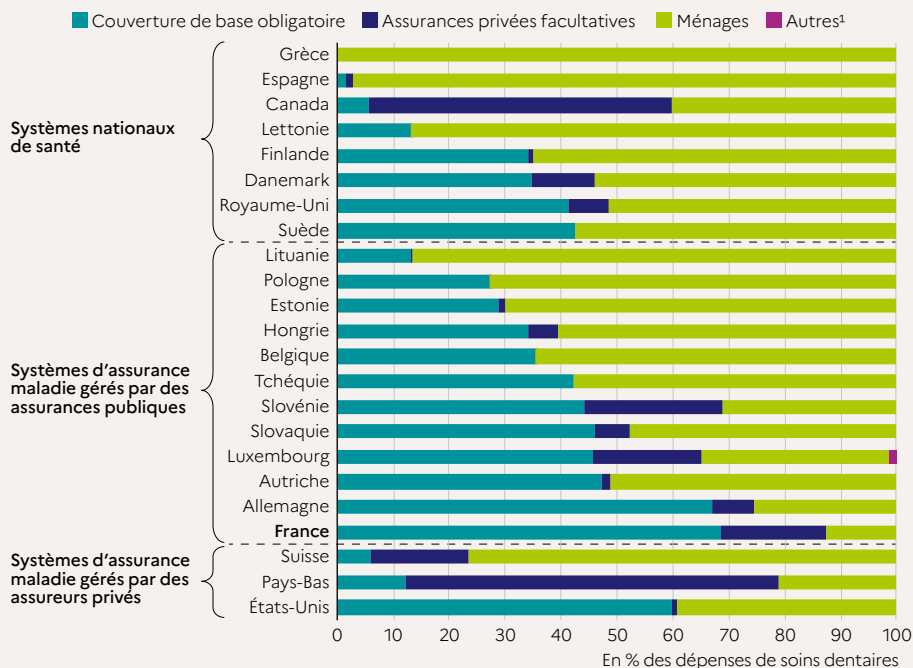
Encadré 3 Soins dentaires : des assurances privées facultatives très présentes aux Pays-Bas et au Canada

Dans la majorité des pays étudiés, les soins dentaires ne sont que partiellement pris en charge par les régimes obligatoires, publics ou privés. La part financée par un régime obligatoire atteint 50 % des dépenses de soins dentaires dans trois pays uniquement : la France (69 %), l'Allemagne (67 %) et les États-Unis (60 %) [voir graphique ci-dessous]. À l'inverse, cette part est inférieure à 10 % en Suisse (6 %), au Canada (5 %), en Espagne (2 %) et en Grèce (0 %).

La prise en charge par les assurances facultatives est par ailleurs globalement faible, à l'exception des Pays-Bas (67 %) et du Canada (55 %). Le reste à charge (RAC) est quant à lui extrêmement hétérogène : il varie de près de 100 % en Grèce à 13 % en France. Le RAC élevé observé dans les pays d'Europe du Sud et de l'Est s'explique en partie par le modèle de couverture réduite de ces pays, lié à des difficultés économiques et à des investissements moindres dans le domaine de la santé (Observatoire prospectif des métiers et des qualifications dans les professions libérales [OMPL], 2021). En Suisse, les soins dentaires sont généralement exclus du panier de base et seules les affections graves de la mastication sont prises en charge (Lafon, Montaut, 2017).

Ces moyennes nationales peuvent néanmoins cacher des disparités importantes entre sous-populations, notamment entre adultes et enfants, ces derniers pouvant bénéficier de programmes gratuits dans certains pays. Les pays d'Europe du Nord ciblent ainsi de manière prioritaire les enfants, via des couvertures gratuites, les adultes bénéficiant de couvertures plus ou moins avantageuses selon le pays. En Suède, par exemple, si les soins bucco-dentaires des moins de 20 ans sont pris en charge à 100 % par le régime d'assurance obligatoire, le RAC reste élevé pour les adultes (Carlac'H et al., 2018). Aux Pays-Bas, les soins sont également gratuits pour les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans.

Répartition de la dépense de soins dentaires entre financeurs, en 2021



1. Sont inclus les régimes de financement inconnus et du reste du monde, c'est-à-dire le financement à l'assurance maladie obligatoire ou volontaire par les non-résidents.
Lecture > En France, en 2021, 69 % des soins dentaires sont financés par la couverture obligatoire (couverture de base, contrats obligatoires d'entreprise, et complémentaire santé solidaire), 19 % par les assurances privées facultatives et 13 % par les ménages.
Sources > SHA-OCDE ; Eurostat ; OMS ; calculs DREES.

Pour en savoir plus

- > **Arnaud, F., Lefebvre, G. (dir)** (2023). *Les dépenses de santé en 2022 – Résultats des comptes de la santé – Édition 2023*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Carlac'H, D., Ouardirhi, M., Romeo, K.** (2018, février). L'organisation des soins bucco-dentaires en Allemagne, en Suède et aux Pays-Bas. DREES, *Document de travail*, série « études et recherche », 136.
- > **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.
- > **Cour des comptes** (2021, juillet). *Les complémentaires santé : un système très protecteur mais peu efficace*. Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.
- > **de Williencourt, C.** (2023). *Rapport 2023 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*. Paris, France : DREES.
- > **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 ? *Économie et Statistique*, 455-456, p. 71-87.
- > **Duriez, M., Lequet-Slama, D.** (2004, septembre). Les systèmes de santé des pays de l'Est. *Actualité et dossier en santé publique*, 48.
- > **Garabiol, P.** (2006). *L'assurance maladie en Europe – étude comparée*. Fondation Robert Schuman.
- > **Haut Conseil de la santé publique (HCSP)** (1997, mars). Les réformes des systèmes de santé : spécificités et convergences. *Actualité et dossier en santé publique*, 18.
- > **Hassenteufel, P.** (2013). Quelle européanisation des systèmes de santé ? *Informations sociales*, 175, p. 48-59.
- > **Lafon, A., Montaut, A.** (2017, juin). La place de l'assurance maladie privée dans six pays européens – La France, l'Allemagne, l'Espagne, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suisse. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 19.
- > **Lange, B.-P.** (2006, avril). La réforme du système de santé en Allemagne. Institut français des relations internationales (Ifri). Note du Comité d'études franco-allemandes (Cerfa), 32.
- > **Observatoire prospectif des métiers et des qualifications dans les professions libérales (OMPL)** (2021). L'équipe dentaire en Europe. Études de l'OMPL.
- > **Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)** (2011). Chapitre 2 – Réformer un système de santé très apprécié, mais coûteux. Dans *Études économiques de l'OCDE*, 12, p. 89-140.
- > **Paris, V.** (2020). La couverture santé dans les pays de l'OCDE. *Les Tribunes de la santé*, 65, p. 47-59.