

REFORMES DU SYSTEME DE SANTE AUX PAYS-BAS

[CECI EST UN BROUILLON QUI N'ENGAGE QUE SON AUTEUR. NE PAS PUBLIER NI DIFFUSER SANS SON AUTORISATION]

Bien que cette réforme ait évidemment fait l'objet de vifs débats, un consensus favorable a finalement été trouvé aux Pays-Bas. Cependant de sérieux doutes commencent aujourd'hui à émerger sur la soutenabilité du nouveau système.

Historiquement, la dualité de financement et la concurrence entre assureurs privés provoquent des déséquilibres

Pour comprendre pourquoi un tel système a été mis en place en 2006, un bref retour sur l'histoire de l'organisation des assurances maladies aux Pays-Bas nous montre que le nouveau système instauré ne constitue pas une rupture historique et n'est qu'une étape supplémentaire dans une réforme graduelle engagée depuis 20 ans.

Le système néerlandais est marqué historiquement par la présence de multiples assureurs et l'existence d'un système dual de financement. Dès la mise en place, par l'envahisseur nazi, de la première assurance sociale publique généralisée, le système prévoyait de limiter la couverture obligatoire des assurés sociaux aux deux tiers de la population hollandaise les moins aisés, le tiers supérieur n'ayant pas de droits sociaux en santé¹.

Un système parfaitement dual était en place : si les deux tiers de la population aux revenus les plus faibles avaient l'obligation stricte d'être affiliés à la caisse publique de leur zone géographique, le tiers supérieur avait le choix entre l'affiliation à une caisse publique, à un assureur privé ou même la possibilité de ne pas s'assurer contre le risque maladie.²

Or, la coexistence, dans le système de santé néerlandais, de multiples financeurs indépendants aux structures de risque différentes et d'un secteur d'assurance privée très libre a conduit à des déséquilibres économiques et sociaux importants à partir des années 1970.

Jusqu'alors, les assureurs privés avaient tendance à mutualiser les risques entre assurés, sans ajuster les primes au niveau de risque individuel. Cependant, un grand assureur proposa une prime particulièrement basse adaptée aux étudiants et déclencha un mouvement de sélection des assurés et d'individualisation des primes dans le secteur.

En conséquence, au milieu des années 1980, parmi la population ayant le choix de son assureur (le tiers aux revenus plus élevés) les faibles consommateurs de soins avaient choisi les assureurs privés pour leurs primes basses, tandis que les grands consommateurs de soins étaient obligés de s'affilier au système public, qui demeurait naturellement plus accessible et moins onéreux puisque les caisses publiques ne pouvaient ni procéder à la sélection des assurés ni individualiser les primes.

Autrement dit, les structures de risque respectives des caisses privées et publiques étaient devenues inégales en raison des problèmes de sélection adverse qu'avait provoqué le choix offert à ce segment de la population entre l'un ou l'autre secteur.

¹ *The Development of the Dutch Welfare State: From Workers' Insurance to Universal Entitlement.* Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 1993.

² Le plafond était de 32600 euros de revenu annuel en 2004.

On peut donc interpréter les diverses réformes engagées depuis des décennies comme autant de tentatives pour résoudre les déséquilibres provoqués par cette situation.

En 1974, la tentative du gouvernement social démocrate de mettre en place un système uniforme d'assurance nationale échoua, les assureurs privés affirmant qu'il aurait pour conséquence d'accroître les dépenses de manière incontrôlée³.

Après lors, les gouvernements ont dû rajouter au fur et à mesure à la structure originelle du système, divers instruments *ad hoc* destinés à assurer sa cohérence, le système dual restant en place jusqu'en 2006.

[Encadré 1]

Financements parallèles et mécanismes de compensation

Si le système dual a duré jusqu'en 2006, plusieurs ajustements ont été faits pour en corriger les déséquilibres consécutifs qui apparaissent dans les années 1970.

Une des manières de pallier ce déséquilibre économique entre les deux secteurs, a consisté à ramener les « riches malades » vers les assureurs privés. Ainsi, en 1986, les autorités interdirent l'accès au secteur public de santé au tiers de la population aux revenus plus élevés.

En revanche, pour régler le problème d'accès aux soins de cette population désormais obligée de s'assurer dans le secteur privé à un coût prohibitif, un dispositif particulier de solidarité *entre les assurés du secteur privé* est mis en place en 1986.⁴

Ce dispositif avait pour objet de permettre à la population dont les revenus du tiers supérieur interdisent désormais l'accès à l'assurance maladie obligatoire, mais dont le profil risqué provoque des refus de couverture du côté des privés, d'être néanmoins couverte par un assureur privé. Cette population se couvrait auprès des caisses publiques avant 1986. Rappelons en effet que les assureurs privés avaient, jusqu'en 2006, la liberté de sélectionner les risques et de facturer des primes individualisées.

Il s'agit d'une contribution des assurés du privé à une caisse dédiée qui permet aux assureurs privés de mutualiser les surcoûts associés aux clients risqués.⁵

Dans ce dispositif, le panier de soin, le montant de la prime ainsi que les critères d'éligibilité sont entièrement définis par le gouvernement, la marge de manœuvre des assureurs privés y est quasiment nulle.

Cependant, les primes acquittées par les personnes bénéficiant de ce statut (à savoir les individus appartenant au tertile supérieur subissant des difficultés d'accès à l'assurance) sont tout de même supérieures aux primes générales du privé, elles même en moyenne supérieures de 20% aux primes dans le public.⁶

Ce schéma de financement s'étend à des catégories de plus en plus larges de la population puisqu'à partir de 1989 tous les plus de 65 ans sont éligibles. Puis, en 1991, toute personne subissant une

³ « A l'origine des politiques des années 1970, le but était d'assurer l'accès égal pour tous et d'universaliser les assurances publiques mais les gouvernements ont été freinés dans leur développement par la pression des assureurs privés et de certains professionnels de santé qui voulaient être sûrs qu'ils pourraient avoir toujours une clientèle aisée ».

La régulation de plus en plus contraignante des autorités gouvernementales sur le secteur assurantiel (définition du panier de soins de base, WTZ, péréquation) était donc leur prix à payer en échange de la continuité du système dual privé/public.

⁴ *Toegang tot de Ziektekostenverzekering* (WTZ, Décret sur l'Accès à l'Assurance Santé)

⁵ En dépit de sa nature de politique publique, dans la mesure où il s'agit d'un transfert entre assureurs privés, les dépenses de ce dispositif sont inscrites dans les comptes nationaux comme de la dépense du secteur privé.

⁶ Thomson S. Mossialos E. (2006) *Journal of European Social Policy* 16(4) "Choice of private health insurance : learning from the experience of Germany and the Netherlands"

augmentation de sa prime peut également avoir accès à ce financement. En 2001, ce régime concernait 12% de la population assurée dans le privé, soit 4% de la population totale.

Ce dispositif a constitué une étape primordiale dans le processus ultérieur de réforme en 2006 puisqu'il s'agit de la première tentative réussie de régulation des primes et des prestations des assureurs privés par le gouvernement au nom d'objectifs de santé publique et d'accès aux soins. On a estimé qu'en 1989, 40% du volume d'affaires des assurances privées était attaché à un schéma administré⁷.

Ce schéma général de définition publique des primes, prix et prestations délivrés par les assureurs privés pour la couverture maladie de base sera généralisé et constituera en 2006 le principe même du nouveau système.

Si les mesures décrites *supra* ont permis de stabiliser le marché des assurances santé, le déséquilibre économique entre les secteurs privés et publics. En effet, la situation économique des caisses publiques était d'autant plus mauvaise que le tiers le plus riche de la population, plus gros contributeurs du système de santé public, était désormais obligé d'en sortir.

C'est la raison pour laquelle les autorités mettent en place en 1986⁸ une compensation *entre les assurés des secteurs privé et public*. Il s'agit d'une participation forfaitaire directe (liée à l'âge) de chaque assuré du privé au financement de l'assurance maladie publique.

Cependant, ce mécanisme n'a pas réellement contribué à égaliser les deux systèmes, la taille du transfert étant trop faible (5% de la prime privée moyenne)

Outre les mécanismes de compensations entre assurés du privé et entre ceux du public et du privé, mentionnées *supra*, il faut mentionner l'instauration à partir de 1992 d'une *péréquation assez complexe entre les caisses d'assurances publiques*.

La mise en concurrence des caisses au début des années 1990 nécessite en effet de mettre en place une caisse centrale de péréquation des risques entre les assureurs, financée par les cotisations assises sur les revenus du travail (développée *infra*)

⁷ Helderma J-K et ali. (2005) *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol 30 Nos. 1-2 "Market-Oriented Health Care Reforms and Policy Learning in the Netherlands"

⁸ *Medefinanciering Oververtenwoordiging Oudere Ziekenfondsverzekerden (MOOZ)*

La théorie de la « concurrence régulée » (*managed competition*), une solution ?

Une nouvelle tentative d'unification du système autour d'un financement commun a lieu au début des années 1990, avec les plans Simons⁹ et Dekker à la fin des années 1980. Contrairement au projet social démocrate de 1970 qui aspirait à un système national de santé national, le modèle des années 1990 est celui de la « concurrence régulée » (*managed competition*) d'inspiration plutôt libérale.

L'application des théories de la « concurrence régulée » (*managed competition*) a semblé constituer dans les années 1990 une solution possible aux déséquilibres économiques et sociaux décrits *supra*, dont l'étape de 2006 marque l'aboutissement.

De quoi s'agit-il ? Théorisée par l'économiste américain d'origine néerlandaise Alain C. Enthoven¹⁰, il s'agissait de mettre en place un système qui conserve les avantages de la concurrence entre assureurs en santé tout en évitant les écueils, en particulier la sélection de clientèle¹¹. La clé de voûte du système est un régulateur central qui établit les règles d'équité et aplanit les différences de profils de clientèle à l'aide d'une compensation financière raffinée pour les coûts de santé subis par l'assureur. Ainsi, ce payeur unique et central serait le garant de la solidarité entre les assurés puisque les assureurs n'ont pas d'intérêt économique à refuser les patients malades ou à leur faire subir des primes prohibitives.

Outre la concurrence entre assureurs, la théorie du *managed competition* comporte un second volet : l'émulation entre les professionnels de la santé. En effet, l'idée est que la concurrence entre assureurs les pousserait *in fine* à sélectionner les prestataires offrant le meilleur rapport entre la qualité et le prix : c'est la contractualisation sélective avec les offreurs de soins.

Elle devrait théoriquement contribuer à contenir les dépenses nationales de la santé et également à améliorer l'efficacité microéconomique des soins.

Il s'agit dans ce modèle de convertir les assureurs en véritables acheteurs attentifs aux données de coût et de qualité des prestataires de soins qu'ils choisissent. Ces derniers et les assureurs seraient très libres de négocier les termes contractuels, tant que les assureurs couvrent le panier de soins minimal défini dans la loi.

Les assurés auraient le libre choix de leurs assureurs et de la modalité du panier de soins qu'ils préfèrent. Certains pourraient choisir des polices avec un grand choix de prestataires de soins tandis que d'autres peuvent préférer un plan avec un nombre limité de prestataires contre une prime réduite. De plus, la prime, facturée de manière égale pour tous les détenteurs d'une police, devrait refléter l'efficacité et les coûts générés par les prestataires de soins contractés. Ainsi, on devrait aboutir à une situation dans laquelle :

- les assurés sont incités à choisir des assureurs efficaces avec des prestataires de soins coût efficaces
- les prestataires de soins sont récompensés selon des critères de qualité et d'efficacité
- les assureurs, agissant en intermédiaires éclairés entre les consommateurs et les prestataires sont incités à contracter avec les meilleurs prestataires et à s'adapter aux préférences des consommateurs¹².

⁹ Hans Simons, Ministre de la Santé de l'époque

¹⁰ Enthoven A. Health Affairs Supplement 1993 « The history and principles of managed competition »

¹¹ Newhouse, Joseph (1996), " Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiency in

Production versus Selection," *Journal of Economic Literature*, 34(3), pp.1236-63.

¹² <http://w.lse.ac.uk/collections/LSEHealth/ResearchNetworks/EHPGSEPTEMBER2000/paper3sep2000.pdf>

"The first decade of market oriented health care reforms in the Netherlands" Van de Ven W. Schut Frederik

Les réformes des années 1990, un demi-succès

Afin de résoudre enfin les déséquilibres économiques et sociaux du système dual existant, le plan Simons prévoyait que les caisses publiques et privées soient toutes intégrées dans le système commun de *managed competition*, dont la caisse de péréquation serait le cœur. Pourtant les autorités néerlandaises ne sont pas parvenues à en finir avec le système dual, face à la résistance des assureurs privés ; ces derniers étaient naturellement opposés aux nouvelles règles du jeu qui impliquaient une moindre maîtrise de leur secteur, puisqu'une part substantielle de leurs revenus seraient désormais définie par les autorités politiques¹³. En 1994, ce volet du plan est abandonné : la caisse de péréquation ne concernera donc que les caisses d'assurances sociales; le système dual sera donc maintenu jusqu'en 2006.

Du côté des assurances sociales, malgré certaines mesures prises visant à créer les conditions requises par la théorie (mise en concurrence des caisses sociales, libéralisation des professionnels de santé), toutes les conditions règlementaires n'étaient pas remplies pour que la contractualisation sélective prenne son essor

¹³ Diverses communications personnelles avec Frederik Schut (Erasmus University). Cf. Frederik T. Scut « Health Care Reform in the Netherlands: Balancing Corporatism, Etatism and Market Mechanisms » Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol.20 N°3 Automne 1995

[Encadré 2]**Vers des assurances acheteurs éclairés de soins ? Le long train de réformes**

Les mesures successives des années 1990 sont la traduction quasi immédiate de la théorie de *managed competition* :

Autonomie et concurrence des caisses : en 1992, le monopole statutaire des caisses sur une région donnée est aboli, ce qui institue *de facto* la concurrence entre les caisses sociales. Une année plus tard, chaque caisse est libre de déterminer une prime forfaitaire annuelle, qui doit être cependant non individualisée.

Levée des obstacles à la concurrence entre professionnels de santé et établissements : abolition de l'obligation des assurances sociales à couvrir les prestations de tous les professionnels de santé en soins ambulatoires de la région (médecins généralistes, masseurs, dentistes, pharmaciens...), passage d'une tarification fixe à une tarification maximum¹⁴ (ce qui signifie que les tarifs pourraient théoriquement être négociés plus bas), ainsi que l'abolition du *numerus clausus* en médecine générale. En réalité, entre 1992 et 2006, les assurances sociales faisaient toujours face à des obstacles importants à la contractualisation sélective. Elles ne pouvaient qu'offrir une seule police et n'avaient pas le droit de couvrir les coûts des prestataires non contractualisés. Les assurés étaient donc face à une situation dichotomique et uniforme : remboursement total ou nul. Dans ce contexte, la contractualisation sélective étant trop contraignante pour les assurés, les assureurs préféraient contracter avec tous les prestataires.

En 2006, certains obstacles sont levés puisque les assureurs ont le droit de proposer des polices d'assurances dont l'étendue des choix offerts aux patients diffère : polices d'assurance qui ne couvrent que les prestataires de son réseau, celles qui couvrent indifféremment tous les prestataires de soins et d'autres qui panachent entre ces deux extrêmes¹⁵. Les assureurs ont la possibilité de déterminer dans chaque police d'assurance le niveau de couverture des prestataires non contractualisés.

Dans la continuité des réformes antérieures, la contractualisation sélective des assureurs est *étendue aux soins des spécialistes et hospitaliers en 2006*, après celle des professionnels en ambulatoire en 1992. Le nouveau système de tarification à la pathologie, que l'on peut comparer à notre tarification à l'activité, peut faire en principe l'objet de négociations bilatérales entre assureurs et prestataires¹⁶. En réalité, cette part d'activité avec des tarifs négociables (appelée « segment B ») concernait seulement 10% des dépenses hospitalières¹⁷ de 2006, est passée à 20% en 2008 et sera de 32% en 2009. Noter cependant que la libéralisation est très partielle puisque les assureurs ne peuvent qu'avoir une contractualisation sélective avec les établissements concernant le segment libéralisé (segment B), tandis que sur le reste de l'activité (segment A) l'obligation de couvrir tous les établissements demeure. De plus, dans le segment B, seule la composante « coût de production » fait l'objet d'une négociation bilatérale, la composante « honoraires » étant toujours *négociée au niveau central*. *Cependant, la libéralisation même des tarifs hospitaliers est actuellement gelée*, le gouvernement ayant récemment pris cette décision en raison des surfacturations aux assureurs, estimées à 1,5 milliards d'euros entre 2004 et 2007^{18 19}.

¹⁴ La liste des tarifs néerlandais est disponible sur <http://www.nza.nl/27502/27613/27615>

¹⁵ Rappelons encore que les primes peuvent différer entre polices mais pas entre clients dans la même police.

¹⁶ Equivalent néerlandais du DRG américain ou de nos groupes homogènes de séjour (GHS) les *diagnosebehandelingscombinaties* (DBC) reposent sur les combinaisons les plus fréquentes de diagnostic et de traitement. Il y a actuellement environ 30000 DBC, pour lesquels les assureurs et prestataires devraient à terme bilatéralement négocier chacun les prix !

¹⁷ Dans les domaines du diabète, de la chirurgie orthopédique, de la cataracte, des soins ORL...

¹⁸ Le contrôle du déroulement des procédures relatives au DBC fait l'objet de vifs débats, d'autant que ce sont les professionnels de santé eux même qui en font l'enregistrement et que les honoraires sont inclus dans les DBC, d'où incitation directe à surfacturer

http://www.dutchnews.nl/news/archives/2007/06/hospital_price_liberalisation.php "Hospital price liberalisation slowed" Juin 2007

¹⁹ Des problèmes de ce type ont été observés dans la plupart des pays ayant adopté un nouveau système de tarification hospitalière, phénomène appelé *DRG creep* en anglais.

Assouplissement des définitions des compétences et tâches des professionnels²⁰.

Alors que le système précédent définissait à la fois le contenu du panier de soins et les professions engagées dans chacun de ses éléments, le panier de soin actuel se contente de définir les prestations, sans préciser la nature de l'établissement ou les professionnels concernés. En conséquence, les assureurs et les prestataires de soins ont plus de marge de manœuvre pour organiser eux-mêmes les modalités de soins, contribuer à développer la délégation de tâches et faire émerger de nouveaux modèles d'offre de soins²¹.

Conformément à la théorie, le fonds central des assurances sociales (*College Voor Zorgverzekeringen*, CVZ) change également de nature. Alors que dans le système précédent, il subventionnait les dépenses constatées par les diverses caisses d'une année sur l'autre sans discrimination ni norme (« payeur aveugle »), le fonds devient une « caisse de péréquation » chargée de financer les assureurs selon une logique prospective, c'est-à-dire que le financement est lié au profil de clientèle des assureurs selon une échelle normée des coûts. En effet, la mise en concurrence des caisses impose que des normes de financement communes et clairement définies soient mises en place. Ainsi, chaque caisse sociale recevra-t-elle une somme liée aux groupes de coûts auxquels appartiennent chacun de leurs clients.

Cependant le passage au paiement prospectif des caisses s'est fait de manière incrémentale, à mesure que les modèles des déterminants des coûts de santé, développés par les économistes universitaires du pays, gagnaient en complexité et en fiabilité. Ainsi, la part du paiement prospectif dans le budget total des caisses est passé de 3% en 1994 à 53% en 2004.²²

Les assurances sociales ont donc acquis de manière progressive, mais non moins certaine, une culture de gestion du risque, de sorte qu'au début des années 2000, elles avaient rattrapé leur retard en la matière sur les assurances privées²³.

Malgré quelques changements structurels majeurs, les mesures des années 1990 visant à créer les conditions de la théorie de la concurrence régulée n'ont pas eu les effets attendus : la contractualisation sélective n'a pas pris son essor et le système dual public/privé n'a pas été aboli. Il faudra attendre les réformes de 2006 pour que les conditions requises soient mises en place.

²⁰ « La description fonctionnelle implique que les pouvoirs publics peuvent uniquement réglementer ce que recouvrent les prestations (contenu et étendue) et les circonstances dans lesquelles ces soins peuvent être prodigués (indications thérapeutiques) (...) Elle laisse de la latitude aux assurés, aux assureurs de soins de santé et aux prestataires de soins (...) elle permet de proposer des polices de soins sur mesure » http://www.minvws.nl/images/brochure-ziektekostenverzekering_tcm19-97192.pdf

²¹ Par exemple, émergent récemment des centres de traitements spécialisés dans des procédures très demandées : Maarse, Hans. "Independent treatment centers in the Netherlands". *Health Policy Monitor*, April 2008. Disponible sur <http://www.hpm.org/survey/nl/a11/2>

²² Van De Ven W. et al. (2004) *Health Affairs* 2004, vol. 23, n°3, pp. 45-55 "Health-adjusted premium subsidies in the Netherlands"

²³ Au début des années 1990, les assureurs privés avaient exploité le manque de compétences actuarielles dans le secteur public pour empêcher que la formule de péréquation des risques ne soit raffinée, ce qui leur donnerait plus de marge de manœuvre dans le nouveau système initialement prévu.

2006, « concurrence organisée entre assureurs privés et encadrée par un objectif de solidarité »

Telle est la formule officiellement communiquée par le gouvernement néerlandais pour décrire la nouvelle architecture du système²⁴ : un régime d'assurance maladie de droit privé assorti de garanties publiques. L'unification des caisses d'assurance maladie sociales et des caisses privées autour d'un panier de soins légal²⁵ et de la caisse de péréquation des risques a enfin été acquise en 2006, quand le système dual a été aboli.

Chacun des secteurs a fait des sacrifices par rapport à l'ancien système : les caisses d'assurance maladie publiques d'origine perdent leur statut de droit public et doivent concurrencer les assurances²⁶, tandis que les assureurs privés abandonnent l'individualisation des primes et ont l'obligation de couvrir le panier de soins légal.

La convergence des systèmes publics et privés autour d'une couverture universelle apparaît comme la suite logique d'un rapprochement historique des modes de gestion. En effet, les assureurs privés étaient déjà habitués, à travers des dispositifs tels le WTZ à un encadrement strict de leur activité par le gouvernement (système de solidarité entre assurés du secteur privé pour compenser les « riches malades », décrit *supra*), tandis que les caisses étaient déjà soumises à des logiques de concurrence et de contrôle budgétaire depuis les années 1990.

De plus, autre particularité néerlandaise, les caisses publiques avaient depuis longtemps l'autorisation d'exercer un pan d'activité privée dans le cadre des couvertures complémentaires²⁷, marché sur lequel elles étaient en concurrence directe avec les assureurs privés. De plus, la plupart des réformes de 2006 étaient déjà préconisées dans les projets de la fin des années 1980.

L'étape de 2006 correspond à l'universalisation de la protection sociale ; à travers un principe de double obligation : tout résident doit obligatoirement s'assurer et aucun assureur ne peut lui refuser la couverture. Ceci est nouveau pour les anciens assurés du privé, ces derniers avaient le droit de ne pas être couverts tandis que les assureurs pouvaient refuser des clients jugés trop risqués.

Le panier de soins obligatoire assure le caractère universel du contenu des prestations couvertes, dans un contexte où les polices d'assurances concurrentes se différencient par le degré de liberté qu'elles laissent aux patients dans leur choix de prestataires de soins. En effet, puisque la prime forfaitaire nominale ne peut varier selon le profil individuel du client²⁸ mais bien selon l'étendue des prestataires concernés par le contrat, la liberté du patient apparaît comme une variable d'ajustement essentielle dans le nouveau système.

²⁴ Les réformes sont essentiellement inscrites dans le texte législatif « *Zorgverzekeringswet* », communément noté ZVW. Cf. la brochure en anglais, disponible sur [http://www.allamreform.hu/letoltheto/egeszsegugy/kulfoldi/Az_uj_holland_egeszsegbiztositasi_rendszer_2006-\(angolul\).pdf](http://www.allamreform.hu/letoltheto/egeszsegugy/kulfoldi/Az_uj_holland_egeszsegbiztositasi_rendszer_2006-(angolul).pdf)

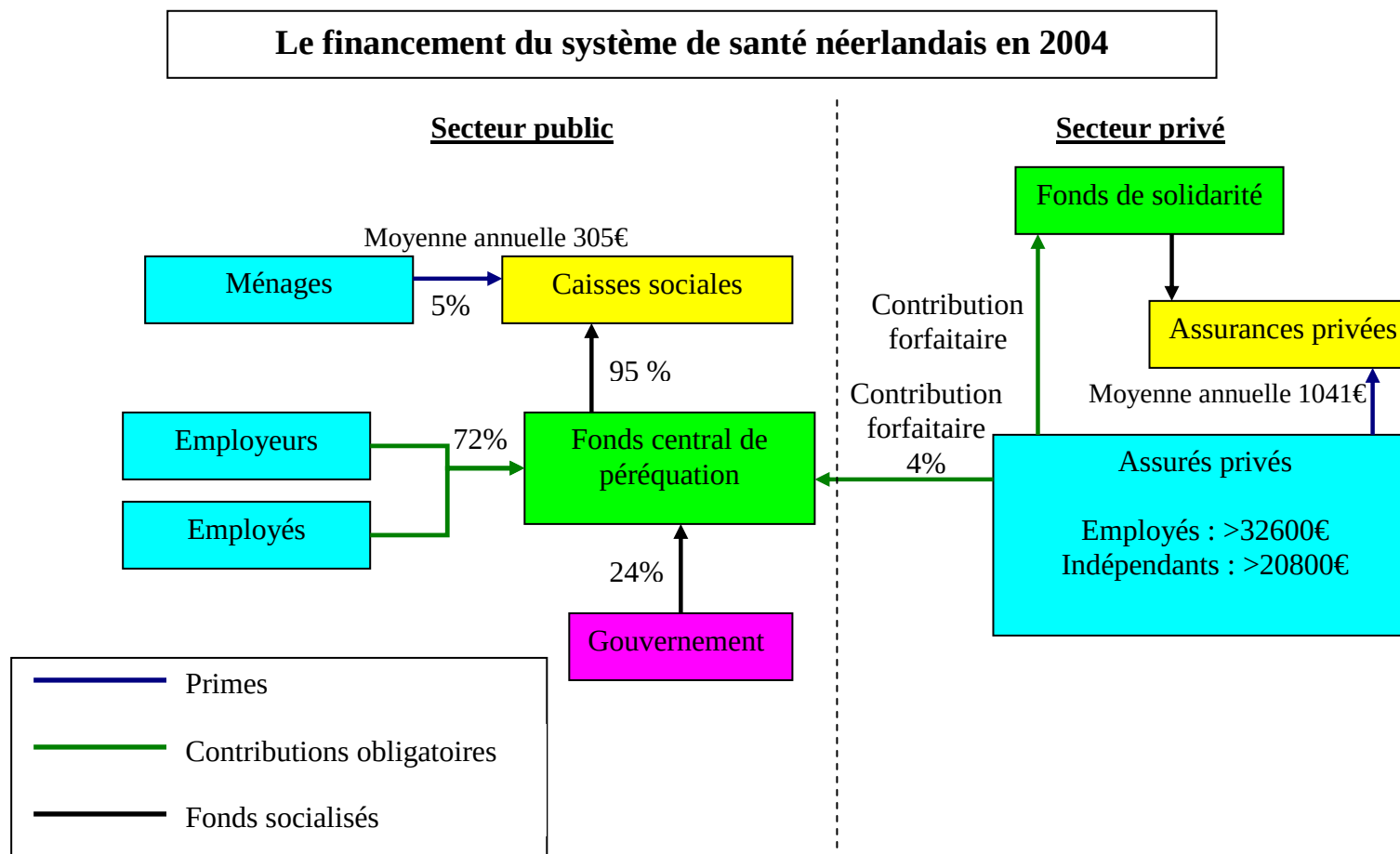
²⁵ La liste de produits et prestations est redéfinie régulièrement par les pouvoirs publics [Cf. encadré 1]

²⁶ Cependant, elles ne deviennent pas des entreprises à part entière : les anciennes caisses publiques doivent rester à but non lucratif pendant 10 ans puisque leurs réserves accumulées sont des fonds publics.

²⁷ Dans des structures séparées *de jure*, très liées *de facto*.

²⁸ Contrairement à la situation précédente, où les assurés du secteur privé subissaient une individualisation des primes.

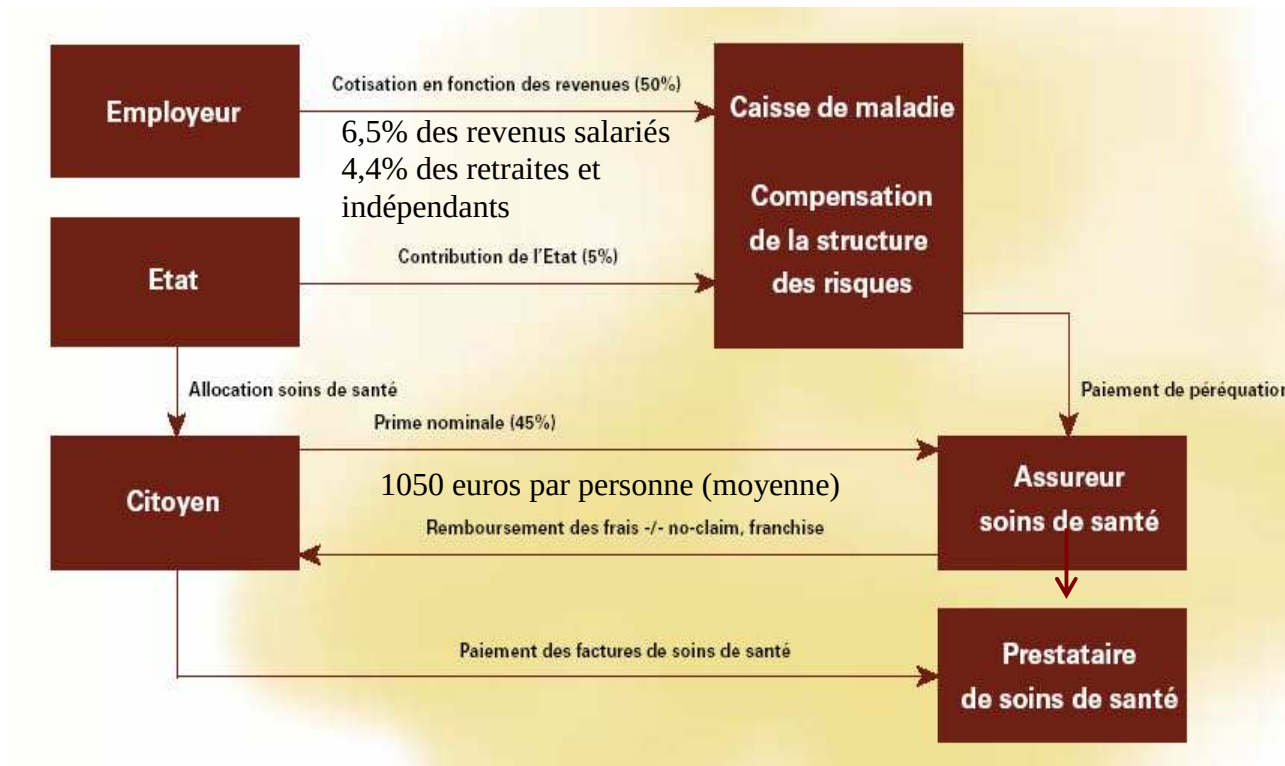
Figure 1



Les pourcentages représentent les structures de financement. Par exemple, 24% du budget du fonds de péréquation provient du gouvernement.

Source : Ministère de la Santé. *Health Insurance in the Netherlands*.

International Publication Series Health Welfare and Sport, no. 1E, 2004.

Figure 2 Le financement du système de santé à partir de 2006

Source : Document du ministère de la santé des Pays-Bas

Encadré 2**Le fonctionnement de la caisse de péréquation financière des assureurs**

L'assurance maladie obligatoire néerlandaise est financée par 3 sources : les cotisations sociales sur les revenus qui transitent par la caisse de péréquation (fixées par la loi de 2006 à 50%), les primes des ménages reçues par les assureurs (45%) et le budget de l'Etat (5%).

Conformément au principe de la *managed competition* selon lequel «un régulateur doit gérer le problème de la sélection des risques [par les assureurs], dans le but de créer les conditions d'une concurrence par la qualité et l'innovation plutôt que par la sélection des risques », la caisse de péréquation des risques joue un rôle clé dans le système²⁹. L'égalisation des risques permet de compenser les assureurs pour les risques liés à l'obligation d'accepter tout client, et de mettre les sociétés d'assurance sur un pied d'égalité concurrentielle.

Il faut distinguer les ajustements ex ante et les ajustements ex post, le premier étant basé sur une estimation, le second sur l'observation.

Voici une description des diverses étapes qui constituent le financement public du système de santé.

Avant le premier octobre de chaque année, le gouvernement néerlandais doit déterminer les sommes à payer aux assureurs de manière prospective, *ex ante* (pour l'année civile à venir).

1. La prévision des dépenses de santé totales pour l'année suivante, le « budget macro » (BUDGET)

2. Le gouvernement fixe le taux de contribution assis sur les revenus tel que les contributions financent 50% du budget macro (principe inscrit dans la loi de 2006). Cette somme sera allouée à l'ajustement au risque (RISKADJ)

$$\text{BUDGET}/2 = \text{COTISATIONS} = \text{RISKADJ}$$

Ceci permet de calculer la « prime administrative » (PRIMEADMIN), c'est-à-dire la prime que l'assureur moyen facturerait pour pouvoir couvrir tous les coûts de santé prévus (BUDGET). En d'autres termes, si tous les assureurs facturaient la prime administrative à leurs assurés, alors le budget alloué à l'ajustement au risque ainsi que l'ensemble des primes serait égale au budget macro.

$$\text{PRIMEADMIN} = (\text{BUDGET} - \text{RISKADJ}) / \text{nombre d'assurés}$$

3. Le gouvernement détermine la part d'ajustement au risque pour chaque individu de la population néerlandaise telle que l'ensemble égal à BUDGET. Les sommes à la capitation reflètent tous les facteurs de risque que la solidarité nationale veut prendre en compte. Actuellement, ces facteurs sont : l'âge, le sexe, la géographie, le niveau de revenu, groupe de consommation pharmaceutique, groupe de pathologie, hospitalisations passées.

Par exemple, l'assurance de Madame De Jong reçoit 970 euros au titre de son âge de 67 ans et son genre, 174 euros pour le fait qu'elle ait des désordres thyroïdiens ; somme de laquelle on déduit 97 euros pour l'absence d'hospitalisation passée et 31 euros pour sa région de résidence favorable.

4. Le gouvernement fait une prévision du nombre d'assurés dans chaque assurance (ainsi que leurs caractéristiques permettant de calculer l'ajustement ex ante)

Chaque assureur reçoit donc la somme correspondante pour chacun de ces assurés, à laquelle on impute la prime administrative. En effet, puisque la part allouée à chacun est calculée sur l'ensemble du BUDGET, il faut imputer la PRIMEADMIN pour retomber sur RISKADJ.

Cette étape de financement ex ante des assureurs, qui intervient en novembre, est décisive dans la mesure où elle constitue un point de départ pour le calcul des primes nominales qui interviendront en janvier. La prime administrative et RISKADJ couvrant l'intégralité des coûts de santé, la différence entre la prime nominale et administrative correspond aux marges que doit dégager l'assureur pour couvrir ses coûts opérationnels et ses profits.

$$\text{BUDGASSUREUR} = \text{RISKADJ} + \text{PRIMENOM}$$

$$\text{PRIMENOM} = \text{PRIMEADMIN} + \text{MARGEASSUR}$$

²⁹ College voor zorgverzekering http://www.cvz.nl/resources/corporate2008-eng_tcm28-23203.pdf

5. Quelques mois, plus tard, après la période pendant laquelle les assurés peuvent changer d'assureur (après publication des primes nominales pour l'année suivante) la part de RISKADJ de chaque assureur est recalculée.

6. A la fin de l'année, les assureurs peuvent avoir des dépenses constatées inférieures ou supérieures à leurs budgets calculés ex ante. Des *ajustements ex post* interviennent alors. Ainsi, une partie du risque lié au dépassement du budget annuel, n'est pas portée par les assureurs.

Cependant, le budget total par assureur est sub-divisé pour tenir compte des différences de marge de manoeuvre des assureurs par domaines. Par exemple, si les assureurs n'ont pas d'influence sur les coûts fixes hospitaliers, pourquoi les en rendre responsables ? Ainsi la part qui relève de l'ajustement ex ante ou ex post varie selon les domaines. Par exemple, la compensation ex post est de 95% pour les coûts fixes hospitaliers et nulle en médecine générale. On observe depuis une décennie une augmentation de la part totale financée prospectivement (de 2,5% en 1993 à 53% en 2005), le gouvernement affichant toujours aujourd'hui la volonté de l'augmenter.

Sources : R. Douven (2007) *Morbidity-based risk adjustment in the Netherlands*, in Wille, Volker und Schneider (eds) Wettbewerb und Risikostrukturausgleich im internationalen Vergleich; Erfahrungen aus den USA, der Schweiz, den Niederlanden und Deutschland, pp. 161-202, Nomos Verlag
http://www.cpb.nl/nl/org/homepages/rcmhd/Morbidity_based_risk_adjustment_in_the_Netherlands.pdf

Voir aussi, en anglais, le document pédagogique du Ministère « Risk adjustment under the Health Insurance Act in the Netherlands » <http://www.minvws.nl/includes/dl/openbestand.asp?File=/images/ra-risicoverevening-engels-tcm20-169252.pdf>

Encadré 1

Les 3 paniers de soins du système de santé néerlandais

Pour les soins les plus coûteux, les gros risques (AWBZ) : instaurée par la loi dite AWBZ de 1967 cette assurance universelle socialisée couvre essentiellement les séjours hospitaliers et médicaux d'une durée supérieure à 1 an et les soins liés à la dépendance. Elle est financée par les cotisations prélevées sur le revenu imposable, par les contributions directes de l'Etat ainsi que les tickets modérateurs. L'assureur en soins de santé courant (Zvw) doit fournir également la couverture de ces soins aux assurés sur le principe d'une délégation de service public.

Cependant, l'avenir de ce régime est aujourd'hui en question dans la mesure où un nombre croissant de prestations est transféré de l'AWBZ vers les soins dits courants (santé mentale) ou les budgets municipaux (aides ménagères)

Pour les soins assurables (Zvw) : selon les termes officiels, « les prestations servies aux termes de la loi sur l'assurance soins de santé concernent les soins nécessaires pour lesquels les effets démontrables, le rapport qualité prix et la nécessité d'un financement collectif ont été contrôlés »

« Pour garantir le prix abordable des prestations à long terme, il est nécessaire de contrôler périodiquement si les prestations couvertes répondent aux critères cités afin de déterminer si certains soins doivent être supprimés des prestations ou ajoutés à celles-ci »³⁰

Ce panier de base concerne les soins dispensés ordinairement par les généralistes, les spécialistes, les psychologues cliniciens et les obstétriciens. Ces soins recouvrent également les analyses de laboratoires et les soins infirmiers³¹.

Concernant les soins paramédicaux :

- Psychologie : 8 consultations avec un ticket modérateur de 10 euros/consultation
- Physiothérapie et gymnastique médicale : 9 séances minimum pour les majeurs, réservées aux traitements de pathologies chroniques (pas de minimum pour les mineurs)
- Ergothérapie : limitées à un maximum de 10 heures de consultation par an

³⁰ Ironiquement, certaines prestations retirées en 2006 ont été réintégrées en 2008 telle la contraception

http://fr.babelfish.yahoo.com/translate_url?doit=done&tt=url&intl=1&fr=bf-home&trurl=http%3A%2F%2Fwww.minvws.nl%2Fdossiers%2Fzorgverzekering%2Fwijzigingen-basispakket%2Fdefault.asp&lp=nl_fr&btnTrUrl=Traduire

³¹ La liste complète est disponible http://www.consumenten.cvz.nl/recht_op_zorg/welke_zorg/index.asp?size=K

- Diététique et conseils nutritionnels : maximum de 4 heures de consultations par an

Concernant les soins postnatals : les 10 jours suivants l'accouchement

Noter que la contraception est prise en charge.

Concernant les médicaments :

Un plafond d'indemnisation est établi pour chaque catégorie thérapeutique sur la base du prix moyen des médicaments de même substance active, même dosage, même forme galénique dans 4 pays de référence (Allemagne, France, Belgique et Royaume-Uni). Les assureurs de soins de santé peuvent limiter les médicaments indemnisés à certains médicaments dans chaque catégorie. Mais aucun plafond n'est fixé quand il n'y a pas d'équivalent thérapeutique alternatif. Ils peuvent également indiquer certains médicaments, sous certaines conditions.

Concernant le matériel médical : noter que les assureurs ont la possibilité de prêter ou de céder du matériel acquis par eux-mêmes. Cette disposition ne figure pas explicitement dans la réglementation mais compte parmi les facteurs d'efficacité à envisager par l'assureur.

Pour les soins « complémentaires », des soins dont l'Etat considère qu'il relève de l'initiative individuelle. Ils comprennent les soins optiques et dentaires des adultes.

Les assureurs réduisent leurs coûts de gestion et forment un oligopole

La mise en place des réformes a mis les assureurs en santé sous une très grande pression commerciale : entre janvier et mai 2006, environ 20% des Néerlandais avaient changé d'assureur³². Une concurrence très forte sur le prix des primes a eu lieu pour l'obtention de parts de marché maximales dans une période stratégiquement décisive sur un plan commercial. Cet effet sur les primes apparaît dans la différence faible entre la prime administrative et la prime nominale en 2006 et 2007 (respectivement 60 et 52 euros)³³. Ceci s'est traduit par des pertes financières non négligeables pour le secteur de l'assurance maladie obligatoire. On estime en effet que les assurances maladies ont cumulé un déficit à croissance exponentielle d'environ 570 millions d'euros dans leur activité de financement de l'assurance de base au cours de l'année 2006, soit une trentaine d'euros par police³⁴³⁵.

Pour faire face à ces difficultés, les assureurs mettent de en place de vastes projets de réorganisation interne et de fusions, seuls leviers de réduction des coûts sur lesquels ils ont une prise directe³⁶. La nécessité pour le secteur de se restructurer provient essentiellement des coûts de gestion, dont on sait qu'ils étaient dans les Pays-Bas, comme dans les autres pays européens, supérieurs dans les assurances privées. A la fin des années 1990, les coûts de gestion représentaient 12,7% des primes dans le système privé contre 4,4 % des dépenses publiques en santé³⁷.

L'année 2006 a été marquée par des restructurations et des fusions successives. Le nombre d'assureurs baisse rapidement et le marché se concentre. Alors qu'il y avait 57 assurances sociales et privées en 2005, elles ne sont plus que 33 au début de l'année. Aujourd'hui, 4 assureurs se partagent la quasi-totalité de la population néerlandaise [**Tableau 1**]

Il est d'ailleurs intéressant de constater que des réformes qui s'appuient théoriquement sur un environnement concurrentiel aboutissent en réalité *in fine* à la formation d'un oligopole.

³² http://www.nmanet.nl/Images/FSM%2006%20def%20vFV_tcm16-106299.pdf

En 2007, le turnover a repris des proportions plus habituelles, à 4,5% (VEKTIS)

³³ Puisque la prime administrative et les sommes de l'ajustement au risque couvrent toutes les dépenses de santé, l'écart avec la prime nominale est un bon indicateur des frais supplémentaires, au-delà des coûts de santé, utilisés pour les opérations et la génération de profits. Cf. encadré 1 et R. Douven Early experience with the Dutch reform CPB http://www.euroframe.org/fileadmin/user_upload/euroframe/efn/autumn2007/Annex2_CPB.pdf

³⁴ Par exemple, l'assureur Uvit est passé de bénéfices de 202 millions d'euro en 2005 à un déficit de 30 millions d'euro en 2006³⁴.

³⁵ Contre des pertes de 0,18 euros sur les assurances complémentaires (Vektis)

³⁶ Par exemple, Achmea Zorg (3 millions d'assurés), qui affichait des pertes de 15 millions d'euros par mois en 2006 annonce aujourd'hui des gains pour 2008 au prix notamment du licenciement du tiers de son personnel. En 2007, elle a récupéré 200 millions d'euros, dont 100 millions par réorganisation interne, 30 millions en augmentant les primes et seulement 70 millions d'euros à travers des gains d'efficience dans les dépenses de santé. Ainsi elle aurait réduit ses coûts de gestion à 3% de la prime, soit une augmentation de 40% en 2 ans.

³⁷ Mossialos E. Thomson S. Voluntary health insurance in the European Union European Observatory on Health Systems and Policies, 2004

Principaux assureurs : Tableau 1

Nom	Site Web	Nombre d'assurés (millions)
ACHMEA	http://www.achmea.nl/bv/portal/ep/home.do	4,7
UVIT	http://www.uvit.nl/	4,2
CZ	http://www.cz.nl/	3,3
MENZIS	http://www.menzis.nl/web/show/id=169020 ³⁸	2,1

Janvier 2007 : fusion VGZ-Unive-IZA-Trias dans Uvit³⁹

Eté 2007 : fusion Agis-Achmea et Delta Lloyd-CZ

Printemps 2008 : fusion Menzis/Azivo

³⁸ Brochures disponibles en anglais.

³⁹ http://www.dutchnews.nl/news/archives/2008/04/insurance_merger_to_cost_some.php “Insurance merger to cost some 1,000 jobs” Avril 2008

La contractualisation sélective n'a pas pris son essor

Nous avons montré *supra* que les assureurs en soins de santé néerlandais cherchent à faire des gains d'efficacité à travers leurs leviers internes (restructuration du secteur et baisse des coûts de gestion), mais qu'en est-il des gains d'efficacité liés aux nouvelles possibilités de contractualisation sélective des assureurs santé ?

Or, il ne semble pas que la contractualisation sélective soit pratiquée à grande échelle et que les réformes aient généré les effets souhaités en termes de concurrence entre professionnels de santé. Selon un rapport récent de la *Nederlandse Zorgautoriteit* (autorité de régulation concurrentielle des assureurs), les cotisations et les prestations offertes par les différentes polices d'assurances sont très similaires. Les assureurs ont toujours des contrats avec la plupart des prestataires de soins, avec des taux de remboursement élevés (près de 80%), alors que le nouveau système visait à exclure les prestataires trop chers ou de qualité médiocre⁴⁰. Cependant, certains contrats à meilleur marché avec prestataires contractualisés commencent déjà à émerger⁴¹ (**cf. encadré 3**) et on a observé une relative pression sur les prix dans la part négociable de l'activité hospitalière, les tarifs sur le segment B ayant en effet augmenté moins vite que sur les autres segments.

C'est dans le domaine du médicament que le nouveau système semble avoir eu jusqu'aujourd'hui l'impact le plus important : récemment, 4 grands assureurs couvrant plus de 10 millions d'assurés (sur 16 millions d'habitants) ont conjointement lancé un appel d'offre auprès de génériqueurs leur permettant d'obtenir des économies estimées à 350 millions d'euros, avec des baisses de prix allant parfois jusqu'à 90% sur certaines molécules⁴²

⁴⁰ http://www.nza.nl/7113/10083/Monitor_Zorgverzekeringsmarkt1.pdf Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2007

⁴¹ http://www.dutchnews.nl/news/archives/2008/06/health_insurers_strike_exclusi.php "Health insurers strike exclusive deals" Juin 2008

⁴² http://www.dutchnews.nl/news/archives/2008/05/switch_to_generics_slashes_dru.php "Switch to generics slashes drugs bill" Mai 2008

Les obstacles à la contractualisation sélective

Comment expliquer les difficultés pour les assureurs à mettre en concurrence les professionnels de santé à travers les outils de contractualisation sélective ?

- Liberté de choix du patient : dans le contexte actuel de forte compétition pour les parts de marché, les assureurs n'ont pas intérêt à imposer de quelconques contraintes à leurs nouveaux assurés, d'autant que les études montrent de manière unanime que les assurés attachent peu d'importance aux conseils de l'assureur quant au choix d'un prestataire et donnent plus de crédit à leur généraliste, ou choisissent leur prestataire de soins sur des critères de proximité géographique⁴³.

- Manque de culture de la négociation : historiquement, les assureurs privés se contentaient de couvrir les prestations de tous les professionnels de santé, dont les tarifs avaient été négociés en amont par le secteur public. Il n'y a donc pas de tradition de négociation avec les professionnels de santé dans les assurances santé privées. Sur ce point, les anciennes caisses sociales désormais privatisées ont un avantage compétitif sur les assureurs.

- Manque d'outils d'informations sur la qualité : il manque aux assureurs des informations fiables sur la qualité des prestataires de soins permettant d'établir des préférences claires de contractualisation. Les assureurs sont actuellement entrain d'établir des audits et enquêtes des établissements de santé auprès desquels ils souhaitent avoir un contrat. La période actuelle est marquée par la collecte et l'analyse d'informations préalables à la contractualisation.

- Démographie médicale : comme dans d'autres pays européens, le déficit du nombre de professionnels de santé fait peser structurellement le rapport de force en faveur de l'offre. Le faible nombre de professionnels dans certaines régions leur donne souvent l'avantage dans les négociations, d'autant que des cartels se reconstituent régulièrement au niveau local.

Concernant les établissements hospitaliers, il y a souvent un arbitrage entre les nécessaires fusions de plateaux techniques tendant à créer des monopoles régionaux et le maintien d'un climat de concurrence⁴⁴.

- Corporatisme professionnel : la régulation interne des professionnels de santé aux Pays-Bas est historiquement marquée par le corporatisme. Une des conséquences en est que les professionnels de santé ne sont pas prêts à varier la nature de leurs prestations selon le contenu des prestations du contrat d'assurance de leur patient⁴⁵. Ceci signifie que toute amélioration des services obtenue par un assureur profitera indûment aux autres assureurs dans la région. Ces problèmes d'externalités sont vraisemblablement au cœur de l'actuelle frilosité contractuelle des assureurs à l'égard des professionnels⁴⁶.

- Risques juridiques : on observe le développement récent d'une abondante jurisprudence contentieuse autour de ces questions contractuelles entre les prestataires de soins et les assureurs. Par exemple, en 2006, des fabricants pharmaceutiques ont attaqué en justice une compagnie d'assurances qui récompensait les médecins qui prescrivent des génériques⁴⁷. De nombreuses affaires surgissent également concernant les retards de paiement effectués aux prestataires (parfois jusqu'à 6 mois de délai de paiement des factures)⁴⁸.

⁴³ http://www.nza.nl/7113/10118/Richting_geven_aan_keuzes.pdf *Richting geven aan keuzes Kunnen verzekeraars consumenten stimuleren naargecontracteerde voorkeursaanbieders te gaan?*

⁴⁴ http://www.dutchnews.nl/news/archives/2008/04/mps_call_for_healthcare_merger.php "MPs call for healthcare merger veto" Avril 2008 et

http://www.dutchnews.nl/news/archives/2008/05/mergers_are_good_for_your_health.php "Mergers are good for your health" Mai 2008

⁴⁵ Par exemple, contrairement à certaines pratiques aux Etats-Unis, un chirurgien ne propose pas aux patients de procédures différenciées selon le contrat d'assurance maladie du patient.

⁴⁶ Le seul domaine où des tentatives de différenciation de procédures selon l'assurance du patient ont lieu est celui du suivi des patients diabétiques mais les résistances des professionnels de santé sont farouches.

⁴⁷ Didier Burg, *Argus de l'Assurance* n°6963 3 février 2006

⁴⁸ Au printemps 2006, le ministère de la santé a dû mettre en place un médiateur pour régler ces différends dont le nombre croît depuis les réformes.

En d'autres termes, les assureurs sont aujourd'hui plus préoccupés par la restructuration de leur secteur et les logiques de part de marchés sur les assurés que par la réduction des coûts de santé qu'ils pourraient obtenir par de nouveaux arrangements du côté de l'offre de soins.

Quant aux assurés, on a vu *supra* qu'ils jouaient théoriquement un rôle clé dans le système mis en place en exerçant leur choix. Cependant, dans l'état actuel des choses, les assureurs ne sont pas en mesure de proposer des contrats avec prestataires sélectionnés dont les primes seraient assez attractives pour compenser la restriction de liberté afférente⁴⁹. En effet, la différence de prime entre les contrats contenant tous les prestataires et ceux avec des prestataires sous contrat n'est pas assez élevée pour inciter les clients à choisir des polices avec réseau préférentiel. Cependant, cette différence pourrait s'élargir dans l'avenir à mesure que les assureurs procèderont à la sélection des prestataires.

De plus, les assurés n'ont pas encore à leur disposition tous les outils nécessaires à l'élaboration d'un choix éclairé parmi les nombreuses polices sur le marché, d'autant que le choix est de nature double : choisir un assureur et un ensemble de prestataires.

Telle est la fonction primordiale jouée par les associations de consommateurs et de patients qui délivrent des outils d'aide à la décision aux assurés, notamment par le biais de l'Internet où les sites comparant les diverses polices se multiplient.⁵⁰ Les associations de consommateurs sont soutenues par les autorités : elles ont reçu par exemple plusieurs dizaines de millions d'euros de subventions en 2005 pour le développement de leurs activités d'information au public spécifiquement en matière de santé.

Leur lobbying a cependant permis d'étendre les contrats collectifs bien au-delà du traditionnel personnel d'une même entreprise puisque toute association (les associations de patients, les travailleurs indépendants mais également un club de sport) peut désormais bénéficier d'un contrat collectif⁵¹. Cependant, par souci de justice pour les assurés individuels, le rabais que peut accorder un assureur sur un contrat collectif ne peut dépasser 10%. La part des contrats collectifs est passée de 44% en 2006 à 57% en 2007⁵². C'est une nouveauté par rapport à la situation antérieure puisque les contrats collectifs étaient interdits dans les assurances sociales et seuls 14% des assurés supplémentaires adhéraient collectivement. Cependant, dans le secteur privé, ils ont toujours occupé une place importante (55% en 2005).

Selon l'esprit des réformes, si les pouvoirs publics ne s'impliquent plus directement dans la couverture du système de soins, ils sont néanmoins les garants de la qualité de soins et de leur accessibilité, au sens financier et géographique. L'Etat et les autorités de régulation conservent donc un rôle primordial pour s'assurer que les « forces du marché » produisent les résultats espérés, aux côtés de nouveaux mécanismes de régulation émergents (associations de consommateurs, management de la qualité)

Comme le rappellent Van de Ven et al⁵³ : « Une logique de compétition qui fonctionne bien ne peut pas être produite du jour au lendemain. Il faut des investissements importants dans le développement de mécanismes d'ajustement des risques, de classification des produits, un management de la qualité, un système complet d'information aux consommateurs et, bien sûr, une régulation volontariste de la concurrence. »

⁴⁹ Le contrat le moins cher sans sélection des prestataires coûtait 1044 euros tandis que le moins cher avec sélection coûtait 990 euros

⁵⁰ Cf. sites kiesbeter.nl ou verzekeringssite.nl.

⁵¹ Groenewegen P, de Jong J (2007) *Eurohealth* Vol 13 No 2 "Dutch health insurance reform : the new role of collectives"

⁵² Source VEKTIS http://www.vektis.nl/index.php?option=com_content&task=view&id=134&Itemid=188

⁵³ Op. cit.

Absence de sélection des patients ?

Dans le nouveau système, l'accessibilité à la couverture maladie est garantie par l'obligation faite aux assureurs d'offrir une police à toute personne désireuse de se couvrir ainsi que par l'interdiction d'individualiser les primes.

C'est pourquoi les régulateurs doivent détecter les stratégies des assureurs visant à contourner cette interdiction d'écramer les risques sur le marché de l'assurance de base.

A ce titre, une vigilance particulière est accordée à la situation sur le marché des assurances supplémentaires : les consommateurs préférant contracter leurs assurances supplémentaires et de base auprès du même assureur, on peut craindre en effet que la pratique, légale, d'écramage sur les supplémentaires ne soit un moyen de contrôler l'entrée des mauvais risques sur la prestation de base. Afin de rassurer les citoyens, dans la période suivant immédiatement la mise en œuvre du nouveau système, les assureurs se sont engagés par un accord collectif explicite à ne pas refuser de clients pour la partie complémentaire. Sous la pression de l'opinion, les assureurs ont prolongé cet accord collectif d'une année supplémentaire. Si les avis sont contrastés⁵⁴, l'émergence d'outils classiques de sélection des risques dans les polices complémentaires (en particulier l'utilisation de questionnaires de santé) pose question⁵⁵.

D'après les assureurs, la formule de péréquation est aujourd'hui assez fine pour compenser justement les différences de profils de clientèle, tandis que l'existence d'un environnement commercial très agressif rendrait fatale toute atteinte à la réputation d'un assureur. Ainsi, sélectionner les risques induirait des coûts en termes de réputation pour l'assureur bien supérieurs aux bénéfices potentiels.

Malgré cet optimisme, on peut pourtant se demander si les nombreuses stratégies de marketing employées par les assureurs ne constituent une sélection des risques déguisée [**cf. encadré 3**]

⁵⁴ Bruijn, de D., Schut, F.T. (2007), Evaluatie aanvullende verzekeringen; eindrapportage in opdracht van het NPCF, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg. Cette recherche commanditée par la fédération nationale des patients n'a trouvé « aucun signe de sélection des risques via l'assurance supplémentaire individuelle »

⁵⁵ http://www.dutchnews.nl/news/archives/2008/06/health_insurers_tougher_on_new.php

Encadré 3**Stratégies commerciales ou sélection des risques ?**

Si les assureurs ont l'interdiction de refuser de contracter une police à une catégorie particulière de clients, ils peuvent s'attirer des clientèles de prédilection, par les moyens classiques du marketing.

Voici quelques exemples de polices originales qui conduisent à l'auto sélection de profils spécifiques :

* A l'automne 2007, la compagnie d'assurances Univé a lancé « *Zekur* », une assurance santé très peu chère (56,78 euros par mois) assise sur un nombre restreint de prestataires. Cette assurance se caractérise par une franchise très élevée⁵⁶ (650 euros), s'appuie sur les prestations en ligne et cible les publics jeunes. Les assurés doivent commander leurs médicaments par la pharmacie en ligne de l'assureur, qui les livre. Pour les soins programmés à l'avance, le patient ne peut s'adresser qu'à un des 11 hôpitaux sélectionnés par Univé. Les soins dispensés par des prestataires hors contrat ne seront couverts qu'à 80% de la couverture habituelle, sauf dans les cas d'urgence et de traitements rares.

* L'assureur Agis propose une combinaison assurance de base et complémentaire spéciale « non fumeurs » qui rembourse toutes sortes de prestations d'arrêt de tabac, offre des réductions à des clubs de sport et couvre également l'arrêt du tabac du conjoint, même si ce dernier n'est pas assuré⁵⁷.

* Le même assureur a également lancé la « *Vegapolis* », destinée aux 700000 végétariens du pays, qui permet d'être remboursé sur certains substituts protéiniques et vitaminés et couvre certaines thérapies alternatives.

* L'assureur CZ inclut dans son assurance de base un deuxième avis médical effectué par Best Doctors, organisation internationale qui regroupe cinquante mille spécialistes choisis parmi les meilleurs de leur discipline⁵⁸.

* Menzis propose des opérations de la hanche sous garantie. Les patients souffrant de complications post-opératoires bénéficient de services supplémentaires sans frais, comme une chambre privée avec télévision, un quotidien gratuit ou une carte de parking. Et si la hanche devait être remplacée dans les cinq ans qui suivent, aucune dépense supplémentaire n'est engagée par le patient. Pour l'instant, la garantie ne s'applique qu'aux opérations effectuées dans la clinique Sint Maarten, dans la ville de Nimègue, mais des négociations sont en cours avec d'autres hôpitaux⁵⁹.

* Les assureurs CZ et VGZ financent des voyages à Lourdes⁶⁰.

Enfin, rappelons que les assureurs privés ont toujours explicitement sélectionné les risques, puisque le système d'avant 2006 les y autorisait. Une analyse des coûts non médicaux des assureurs néerlandais privés montre qu'ils dépensaient 14 fois plus pour la sélection (28 euros par assuré) que sur des mesures d'efficacité (2 euros) Dans le secteur public, les sommes sont de respectivement 10 euros et 3 euros⁶¹.

⁵⁶ Cette franchise ne s'applique pas aux soins de médecine générale, de maternité ni aux diagnostics courants

⁵⁷ http://www.nisnews.nl/public/041007_2.htm "Agis Launches Health Insurance Policy for Non-Smokers" Octobre 2007

⁵⁸ BN De Stem, Breda, www.bndestem.nl, le 3 juillet 2007

⁵⁹ Novum, Amsterdam, www.novum.nl, le 18 juin 2007

⁶⁰ http://www.dutchnews.nl/news/archives/2007/06/health_insurers_fund_trips_to.php « Health insurers fund trip to Lourdes » Juin 2007

⁶¹ Douven R. Westerhout E. "Reimbursement systems in Dutch sickness funds" CPB report 51, 2000 www.cpb.nl/eng/pub/cpbreken/cpbreport/2000_3/s3_3.pdf

L'augmentation des contributions directes des patients pose des problèmes d'équité

Depuis plusieurs années, les mesures tendant à augmenter les coûts supportés par les patients se multiplient : les sorties de couverture dentaire et optique, l'augmentation de certains tickets modérateurs dans le régime AWBZ (réassurance pour les gros risques), la mise en place puis l'abandon de systèmes de « no claim » (cf. encadré), l'instauration de diverses formes de franchises...

A ces coûts s'ajoute l'augmentation des primes d'assurance, obligatoire et supplémentaire⁶². Il apparaît clairement au vu des résultats financiers des assureurs, que le niveau des primes de 2006 n'était pas soutenable à long terme et qu'il s'agissait surtout pour les assureurs de gagner rapidement des parts de marché, au détriment des marges à court terme. Sans surprises, la prime moyenne est passée de 1050 euros à 1144 euros en 2007.

Les autorités sont confrontées au paradoxe de leur politique: le caractère obligatoire de la couverture maladie intervient au moment même où le reste à charge des patients tend à augmenter substantiellement, ce qui pose *a priori* des problèmes d'équité entre les diverses classes sociales. En effet, les primes nominales étaient substantiellement inférieures dans le secteur public avant 2006, mais sont demeurées *grosso modo* inchangées par rapport aux primes pratiquées dans le secteur privé (Cf. figure 1 sur le financement). De plus, la contribution sur les revenus est plafonnée à 30015 euros.

Pour corriger ces inégalités, une allocation d'aide à l'acquisition d'une police d'assurance santé obligatoire a été mise en place. Elle concernait plus du tiers de la population néerlandaise majeure en 2006 (4,9 millions de personnes) pour un total de 2,4 milliards d'euros, soit environ 480 euros par personne⁶³. Ceci montre que la situation néerlandaise se caractérise par la séparation entre les outils relatifs à l'équité entre niveaux de revenus (équité « verticale ») et ceux qui concernent l'équité entre malades et bien portants (équité « horizontale »). Cette dernière est assurée par la caisse de péréquation des risques, tandis que l'aide à l'acquisition d'une police concerne l'équité économique.

La mise en place d'une franchise annuelle globale de 150 euros pour 2008⁶⁴ révèle au grand jour les tensions du système actuel. Les assureurs voulant augmenter substantiellement les primes en 2008, les pouvoirs publics ont préféré « sauver le système » en instaurant une franchise permettant au gouvernement et aux assureurs de sauver, temporairement, le système fragile qu'ils ont construit ensemble. Ainsi, les assureurs peuvent ils garder la face et afficher pour 2008 une baisse de la police moyenne de 51 euros⁶⁵...

⁶² 95% de la population néerlandaise a souscrit à une assurance complémentaire, dont les primes augmentent chaque année (par exemple +18 euros en moyenne en 2008 par rapport à 2007)

⁶³ Par exemple, un couple ayant un revenu inférieur à 40000 euros bruts annuels peut recevoir jusqu'à 1150 euros annuels, somme proche de la prime nominale individuelle. <http://www.cbs.nl/en-GB/menu/themas/arbeid-sociale-zekerheid/publicaties/artikelen/archief/2007/2007-2135-wm.htm?Languageswitch=on>

⁶⁴ Il faut distinguer la franchise choisie par l'assuré dans le cadre spécifique de son contrat en fonction de ses coûts futurs estimés (établie entre 0 et 500), de la franchise générale de 150 euros applicable à partir de 2008. La première relève de l'auto sélection dans un cadre contractuel tandis que la seconde correspond à une mesure de politique publique visant à la restriction budgétaire au niveau national.

⁶⁵ http://www.verzekeringssite.nl/zorgverzekering/info/premie_overzicht.cfm

On peut à ce titre, se demander si le nombre non négligeable de non assurés, aujourd'hui estimés à 241000⁶⁶, auxquels pourraient s'ajouter les quelques 240000 mauvais payeurs⁶⁷, ne va pas augmenter avec les nouvelles mesures. Notons cependant que cela ne signifie pas que ces personnes n'ont pas accès aux soins : les parties prenantes ont toutes la ferme volonté de trouver des solutions pragmatiques et socialement indolores à des situations reconnues par tous comme difficiles.

⁶⁶ Source gouvernementale récente : <http://www.minvws.nl/en/nieuwsberichten/z/2007/some-241-thousand-people-have-no-medical-insurance.asp>

⁶⁷ Le problème des impayés est largement discuté aux Pays-Bas. Les assureurs ne peuvent pas rejeter les mauvais payeurs mais ces derniers sont soumis à certaines restrictions.

Tableau 2

Le tableau suivant montre l'augmentation des frais de santé sur l'assurance de base en 2008 par rapport à 2007 pour 4 profils de consommant :

La hausse des frais de santé en 2008 par rapport à 2007 pour les majeurs (4 exemples)

En euros	Pas de consommation	Faible consommation	Forte consommation	Malades chroniques
Suppression du « no claim »	255	91	0	0
Risque obligatoirement propre	0	109	150	150
La prime pour la police d'assurance de base	- 51	- 51	- 51	- 51
La prime pour l'assurance complémentaire	18	18	18	18
La compensation pour maladies chroniques	-	-	-	- 47
Total	222	167	117	70

Source : <http://www.verzekeringssite.nl/nieuws/archief.cfm?ID=620>

- **Encadré 4**

Le remboursement de la prime en cas de non consommation : une expérience remplacée par une franchise annuelle générale

- Dans le cadre de la police de base, en cas de dépenses de santé inférieures au seuil de 255 euros, une partie de la prime fixe était restituée aux assurés (=255 - consommation constatée dans le cas d'une franchise nulle⁶⁸). Les visites chez les généralistes, les soins de maternité et les soins dispensés aux moins de 18 ans ne sont pas comptabilisés (puisque'ils ne paient pas de prime de toute façon).
 - Dans le cas de la combinaison avec une franchise, le no claim de 255 euros est simplement déduit du calcul de la consommation rentrant en compte dans la franchise. Par exemple, une personne qui a souscrit une franchise de 200 euros, qui subit une hospitalisation valant 350, aura un reste à charge de $350 - 255 (= 95)$. Cependant, une part de la franchise demeure pour le reste de l'année ($200-95$).
 - Pour 2006, presque 6 millions de néerlandais ont reçu un remboursement total de 900 millions d'euros à ce titre. Le remboursement moyen était de 183 euros.
 - L'objectif théorique était de rendre le public plus conscient du coût des services de santé et qu'il l'intègre dans ses comportements (dans leurs choix de médicaments par exemple). Les évaluations diffèrent : pour 2006, les autorités ont estimées l'effet du no claim à 170 millions d'euros, dû en particulier à de moindres référencements aux spécialistes et à des choix de services aux prix limités. Or, le NIVEL (institut néerlandais des études de la santé) a conclu que cette politique n'avait en réalité aucune efficacité (97% des assurés interrogés considèrent que le bonus n'a pas modifié leurs habitudes) Cette politique a été le résultat d'un compromis fragile : à l'origine, il était question d'une franchise obligatoire mais l'opposition sociale était trop forte.
 - En effet, les nombreuses complications administratives engendrées par cette politique, les problèmes d'équité afférents ainsi que les faibles résultats en terme de comportement ont conduit les autorités à annuler complètement ce dispositif à partir du 1er janvier 2008. Il aura duré 2 ans.
- Cette politique est **remplacée par une franchise annuelle obligatoire globale de 150 euros** à partir de 2008, collectée par l'assureur. Les personnes avec une consommation de base élevée (malades chroniques ou aiguës, handicaps) sont compensées financièrement et les mêmes domaines que le « no claim » (c'est-à-dire les soins généralistes, obstétriques et pour les mineurs) sont exclus du dispositif.

⁶⁸ Il s'agit ici de la franchise propre à la police d'assurance (cf. note 63)

Conclusion

Il est difficile de faire aujourd'hui un bilan des conséquences de réformes si récentes et ambitieuses, dont il est important de rappeler pourtant que celles de 2006 ne sont qu'une étape dans un processus à l'œuvre depuis 20 ans. Les auteurs des réformes pensent qu'il n'est pas honnête de juger aujourd'hui de réformes dont les effets sur la structure de l'organisation des soins ne verront véritablement le jour que dans une décennie, une fois les étapes préalables achevées, en particulier la récolte des informations sur les prestataires et la négociation de nouveaux accords entre les assureurs et les professionnels de santé.

Sur le marché de l'assurance, on observe une concurrence très vive, avec des primes qui demeurent à un niveau maîtrisé, mais dont on se demande s'il est économiquement soutenable pour les assureurs.

En dépit d'une relative maîtrise des primes, l'augmentation de la participation des patients, avec en particulier l'instauration d'une franchise de 150 euros annuels à partir de 2008 est avérée.

Bien que la péréquation socialisée des risques entre assureurs y soit parmi les plus sophistiquées du monde et que l'existence de sélections des patients par les assureurs ne soit pas avérée, émergent toutefois des signes qui nécessitent vigilance.

A ce jour, les assureurs ne procèdent pas à la « contractualisation sélective » avec les professionnels de santé. Il s'agit pourtant là du principal résultat espéré de la réforme. Les pouvoirs publics estiment que les changements se feront à l'échelle de la décennie. Pourtant, les tensions fortes du côté de l'offre de soins (pénurie de professionnels de santé, existence de monopoles régionaux) ainsi que la forte culture corporatiste de certaines professions médicales donnent à penser que le rapport de force demeurera structurellement en faveur des professionnels de santé.

Mais il faut souligner pourtant que des moyens nouveaux ont été mis en œuvre depuis les réformes pour améliorer la diffusion d'informations relatives à la qualité des soins, destinés à la fois aux patients (sites Web, évaluations) et aux praticiens (cercles de qualité et de partage des meilleures pratiques), et que, d'autre part, ces réformes semblent avoir favorisé des innovations en terme de gestion des pathologies (accompagnement des malades chroniques, utilisation de la médecine à distance...)

Cependant on peut déjà faire quelques constats : alors que les réformes ont toujours eu pour but affiché de maîtriser les dépenses, il semble que cet objectif n'ait pas été atteint puisqu'elles ont augmenté de 5,1 % entre 2006 et 2007 et représentent toujours 13,2% du PIB.