

La réforme du système de santé aux Pays-Bas

Pendant de nombreuses années, l'assurance-maladie néerlandaise pour les soins de base reposait sur un système à deux piliers. Le premier était celui de la sécurité sociale destinée aux personnes à faible revenu et le second celui de l'assurance-maladie privée facultative pour les personnes à haut revenu. En 2006, le gouvernement néerlandais a instauré une réforme radicale du régime de santé en fusionnant les deux piliers pour le transformer en un système national d'assurance-maladie obligatoire aux mains d'assureurs privés. Cette réforme avait pour objectif principal d'améliorer l'efficacité du système en encourageant la concurrence sur le marché de l'assurance-maladie et des prestataires de soins.

Les premières propositions pour un système de santé unique au niveau national comportant des éléments de concurrence réglementés ont été formulées dès 1987 par la Commission Dekker¹. Selon ce rapport, la planification centralisée au niveau de l'État devait être remplacée par un système dans lequel les assureurs en situation de concurrence achetaient des soins de façon avisée pour le compte de leurs membres. Bien qu'une vingtaine d'années se soient écoulées avant l'entrée en vigueur des réformes en 2006, de nombreux changements se sont, entre-temps, mis en place. L'introduction des primes nominales et d'un système de répartition des risques dans la sécurité sociale en sont deux exemples.

Oui à la concurrence à condition que la qualité et la solidarité soient sauvegardées

L'introduction de la concurrence sur le marché de la santé n'est pas sans risque puisqu'elle peut constituer une menace pour la solidarité et la qualité. Par ailleurs, si les prestataires de soins et les assureurs acquièrent un pouvoir important sur le marché, les coûts peuvent augmenter. Afin de préserver le principe de solidarité, le gouvernement a mis en place un ensemble de prestations de base obligatoires pour tous les Néerlandais. Ceux-ci ont la liberté de choisir leur assureur-maladie, qui doit accepter tous les demandeurs pendant des périodes d'affiliation ouvertes chaque année. De plus, les assureurs doivent obligatoirement facturer la même prime nominale à chaque souscripteur (tarif uniforme). Comme on pouvait le prévoir, ces restrictions sur les primes provoquent des pertes pour les assureurs dont les affiliés génèrent des frais médicaux élevés. C'est pourquoi le gouvernement

néerlandais a introduit un système de répartition des risques qui indemnise les assureurs lorsque leurs dépenses médicales présentent des différences prévisibles. Le développement du système de répartition des risques a commencé en 1991 dans la sécurité sociale et fait l'objet de constantes améliorations.

Le fonctionnement du système néerlandais de santé

Le graphique 1 présente un schéma du système de financement de la santé aux Pays-Bas. À part les enfants de moins de 18 ans, tous les citoyens doivent verser au Fonds de l'assurance-maladie une contribution dépendant de leur revenu et prélevée par le fisc. Le Fonds reçoit aussi des subsides du gouvernement (par exemple pour les dépenses occasionnées par les enfants de moins de 18 ans), qui sont rétrocédés aux assureurs, après application du système de répartition des risques. Tous les consommateurs payent également une prime nominale directement à leur assureur. L'idée qui prévaut est que si les assurés ne sont pas satisfaits des prestations de leur assureur, il peuvent montrer leur désaccord en partant.

Les principales mesures contenues dans le train de réformes

Le train de réformes révolutionnaire, mis en œuvre en 2006, comprend les mesures suivantes: augmentation de la prime nominale, incitations et promotion de l'efficacité, changements du côté des prestataires.

Augmentation de la prime nominale

Le système financier existait déjà dans le régime de sécurité sociale d'avant les réformes, mais le montant de la prime nominale était



Rudy Douven
Short Term Analysis and Fiscal Affairs, Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis (CPB), La Haye



Esther Mot
Short Term Analysis, Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis (CPB), La Haye

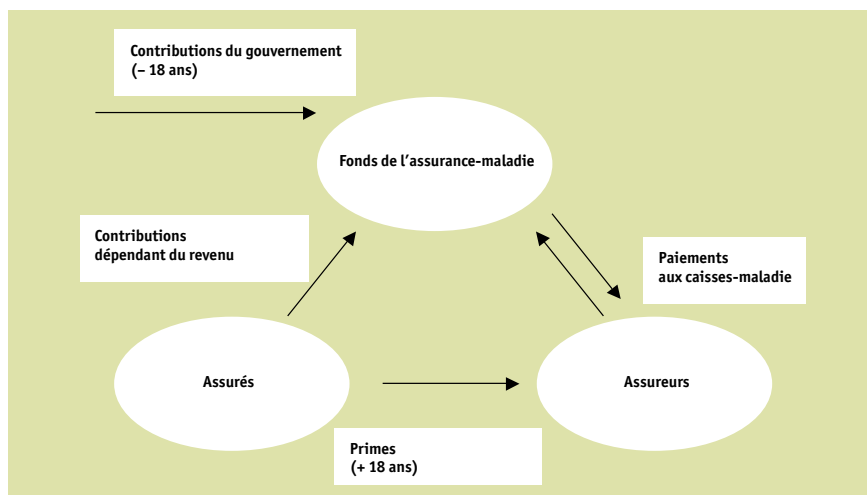


Marc Pomp
Program Leader Market Sectors, Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis (CPB), La Haye

1 Commission Dekker (1987).

Graphique 1

Financement du système de santé néerlandais



Source: CPB/La Vie économique

beaucoup plus bas que celui de la contribution dépendant du revenu. Dans le nouveau système, la loi exige que 50% de toutes les dépenses soient couvertes par les contributions fixées en fonction du revenu et 50% par les primes nominales. Ce dispositif a considérablement augmenté la valeur de la prime nominale des revenus les plus faibles, celle-ci pouvant passer de 350 euros en 2005 à 1050 euros en 2006. En payant une prime nominale plus élevée, les gens sont supposés prendre davantage conscience des coûts élevés de la santé. Il en a résulté une perte du pouvoir d'achat des groupes de population à bas revenu, que le gouvernement compense actuellement par des subsides mensuels versés à 5 millions de citoyens.

Incitations et promotion de l'efficacité

Augmenter l'efficacité du marché de la santé n'est pas une tâche facile. Les assurances-maladie ont besoin d'incitations, certes, mais aussi d'instruments pour produire plus efficacement. Afin de les motiver au mieux, le gouvernement néerlandais a opté pour un système d'assurance-maladie organisé sur une base privée, qui répond aux objectifs de la troisième directive concernant l'assurance non-vie de la législation sur la concurrence de la Commission européenne. Les assureurs concurrents ont obtenu divers instruments pour attirer les consommateurs. Tout en respectant les prestations de base, ils sont en concurrence sur les prix; ils sont aussi autorisés à offrir des rabais (plafonnés à hauteur de 10% d'un contrat individuel similaire) sur les primes groupées de l'assurance de base. Les assurés peuvent également opter pour une franchise volontaire qui varie entre 100 et 500

euros par année. À ces avantages s'ajoute un rabais obligatoire de 255 euros par année en cas de non-recours aux soins de santé.

Pour se concurrencer, les assurances-maladie peuvent aussi avoir recours aux contrats d'assurance complémentaire, aux différents niveaux de prestations et à des réseaux privilégiés de prestataires de soins. Ce dernier instrument devrait, en particulier, encourager les assureurs à négocier des contrats favorables avec les prestataires de soins. L'idée qui prévaut est de stimuler l'efficacité dans l'offre de soins puisque les assureurs vont diriger leurs membres uniquement vers des prestataires qui offrent des soins d'un bon rapport coûts/qualité. Cela ne fonctionne bien entendu que si les informations sur la qualité des soins s'obtiennent facilement. Celles-ci manquent encore actuellement, mais le gouvernement et les compagnies privées consentent de gros efforts pour les fournir le plus vite possible.

Les changements effectués du côté des prestataires

Bien que la libéralisation du marché des prestataires soit en retard par rapport à celle des assurances, de nombreux changements ont déjà été apportés pour promouvoir la concurrence. Les barrières juridiques se sont abaissées pour les nouveaux venus et de nombreuses cliniques indépendantes sont arrivées sur le marché ces dernières années. La mise en place d'un nouveau système de gestion hospitalière, basé sur le coût de chaque traitement, rend les négociations sur les prestations des hôpitaux plus aisées pour ceux-ci ainsi que pour les assureurs. Pour s'habituer à ces processus de négociation, les assurances et les hôpitaux peuvent, depuis 2005, négocier le volume, le prix et la qualité de 10% environ des prestations hospitalières. Les 90% restants sont encore réglementés, mais le gouvernement a l'intention de continuer à libéraliser le secteur hospitalier: on prévoit qu'à l'avenir, les hôpitaux et les assureurs négocieront 70% de leurs prestations.

Un premier bilan après une année d'expérience

La guerre des prix engagée par les assureurs constitue le premier résultat marquant de la réforme. Le fait que de nombreux clients puissent changer d'assureur a fait figure de menace et a eu un impact profond sur le calcul des primes. Des primes de contrats collectifs ont, plus particulièrement, été proposées au-dessous du seuil de rentabilité. On estime que les assurances-maladie ont perdu entre 375 et 950 millions d'euros dans le financement de l'assurance de base². Il faut dire que les réserves financières considérables de la plupart des

2 Douven et Schut (2006).

3 Shut (2006).

Encadré 1

Une marge de manœuvre encore mal utilisée dans les contrats sélectifs

La preuve du succès des réformes sera l'ap-provisionnement efficace en services de santé. Cela pourrait être le cas si les assureurs ont recours à la nouvelle opportunité qui s'offre à eux de sélectionner leurs contractants. Ils ne semblent, toutefois, pas encore avoir saisi cette occasion jusqu'à présent. Il peut y avoir quatre raisons à cela :

1. Seuls 10% des services hospitaliers peuvent être négociés librement. De plus, les différences entre les assureurs en ce qui concerne les dépenses hospitalières ne peuvent pas s'élever à plus de 50 euros environ par payeur de prime. Cette dernière règle a été mise en place pour empêcher les assureurs de courir des risques liés aux aléas des dépenses hospitalières, pouvant survenir en raison des défauts temporaires constatés dans les nouveaux systèmes d'administration des hôpitaux.
2. L'information de qualité est insuffisante, si bien qu'une affaire avantageuse peut signifier une qualité moindre (réelle ou théorique).
3. Les assureurs n'ont pas assez de pouvoir pour négocier afin d'obtenir des contrats favorables avec les hôpitaux. Ceux-ci ne disposent pas seulement de davantage d'informations sur les coûts et la qualité de leurs services, ils peuvent aussi exercer un pouvoir sur le marché, spécialement dans les régions où ils sont en petit nombre.
4. Les assureurs éprouvent des difficultés à diriger leurs membres vers des prestataires de santé préférentiels, car les assurés qui ont conclu un contrat avec un tel réseau sont toujours autorisés, malgré des dépenses supplémentaires, à choisir un prestataire de soins en dehors de celui-ci.

compagnies d'assurance – en particulier les plus importantes – leur permettent d'assumer ces pertes.

Un autre résultat inattendu fut le fait que 20% environ des Néerlandais ont changé de compagnie d'assurance. Jamais un tel taux n'avait encore été constaté. Les réformes, soutenues par une forte campagne médiatique sur les différences de primes, ont rendu la population davantage consciente de la possibilité de changer de plan de santé. De nombreux assurés sont passés d'un contrat individuel en 2005 à un contrat collectif en 2006: l'offre était vaste et les rabais nombreux autant que substantiels (en moyenne 6,5% de moins que les contrats individuels). Les assurances collectives n'étaient pas seulement destinées aux employeurs, mais proposées à des groupes qui, souvent, représentaient un nombre important d'assurés potentiels comme les grands syndicats, les fédérations nationales sportives et une grande banque coopérative. Les contrats collectifs étaient même proposés aux associations d'intérêts de personnes âgées et à plusieurs groupes de patients chroniques (par exemple diabétiques ou souffrant de polyarthrite chronique évolutive). Ces contrats ont leur raison d'être parce que les assurances-maladie compensent leurs dépenses par la répartition des risques.

Ces réformes ont provoqué une série de réactions sur le marché de l'assurance-maladie. Une caisse-maladie, qui avait annoncé des pertes dans ce secteur, a commencé à réduire ses coûts administratifs ainsi que le nombre de ses collaborateurs. La sélection des risques constitue une autre alternative pour réduire les dépenses. Certains assureurs ont su exploiter les failles du système de rajustement des risques en obtenant des contrats collectifs favorables. L'assurance complémentaire est un autre instrument potentiel de sélection des risques. Les compagnies d'assurance ont, ainsi, fait part de leur intention d'accepter, en 2006 et en 2007, tous les demandeurs d'assurance complémentaire. Elles ont aussi annoncé des fusions qui, entre-temps, ont été approuvées par les autorités néerlandaises de la concurrence. Une fois ces fusions réalisées, environ 90% de la population sera assurée auprès de six grands groupes d'assurance et les 10% restants auprès de sept petites compagnies à vocation régionale³.

À l'heure actuelle, il est encore trop tôt pour tirer des conclusions sur l'efficacité des réformes; elles suivent leur cours et il faudra encore rassembler davantage d'informations sur la qualité des soins. Les compagnies d'assurance et les prestataires de soins ont besoin de temps pour s'habituer à la nouvelle situation. Par ailleurs, les règles destinées à augmenter l'at-

trait des contrats sélectifs et de la gestion des soins («Managed Care») ne sont pas encore toutes en place.

Augmentation des dépenses de santé

En ce début de millénaire, le budget global, qui génère une augmentation des listes d'attente, a été suspendu. Celles-ci ont diminué en conséquence, mais les dépenses de santé ont augmenté, ce qui a accentué le besoin de réformes. Si elles réussissent, l'augmentation de l'efficacité fera baisser la pression exercée sur les prix de la santé. Le secteur hospitalier a amélioré son efficacité en 2006: c'est ainsi que les prix libéralisés des hôpitaux ont augmenté de 1% de moins que le PIB.

Le succès des réformes et l'augmentation des dépenses sanitaires peuvent aller de pair puisque cette combinaison est le signe d'une meilleure efficacité ainsi que d'une rentabilité et d'une qualité en hausse dans le système de santé. Cependant, le gouvernement devra expliquer de manière crédible l'augmentation des coûts à la population, sinon celle-ci pourrait l'interpréter comme la manifestation d'un manque d'efficacité et d'échec des réformes. ■

Encadré 2

Références

Commission Dekker, *Bereidheid tot Verandering. Rapport van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg*, La Haye, 1987.

Douven R. et Schut E., «Premieconcurrentie tussen zorgverzekeraars», *Economisch Statistische Berichten ESB*, n° 91, 2006, p. 272–275.

Schut E., «Marktwerking in de zorg één jaar later», *ESB-Dossier: Marktwerking*, décembre 2006, 2006, p. 20–24.