

Comparaison des systèmes de santé suisse et néerlandais

Dans le débat sur la politique de la santé, l'idée s'impose de plus en plus que l'on peut et doit tirer des enseignements des expériences faites par d'autres pays. Le nombre d'études comparatives entre pays a progressé en conséquence. Le présent exposé compare le système de santé des Pays-Bas et celui de la Suisse¹. L'un et l'autre présentent de grandes similitudes, mais aussi de notables différences. Le système néerlandais, réformé en 2006, s'est rapproché du modèle de concurrence réglementée. Le système suisse contient certes, lui aussi, des éléments de ce modèle, mais les conditions essentielles d'une concurrence efficace sur le plan des prestations lui font toujours défaut.



Le système de santé néerlandais est fortement centralisé, contrairement à celui en vigueur en Suisse. L'État joue au premier chef un rôle de régulateur et n'offre lui-même aucune prestation médicale. En illustration: opération de l'œil dans une clinique des Pays-Bas.

Photo: Keystone

Les systèmes de santé suisse et néerlandais comprennent des éléments du modèle de concurrence réglementée que l'on doit à *Enthoven* (1978, 1988, 2006, voir encadré 1). Les deux pays s'en sont toutefois inspiré dans des proportions très différentes. L'idée de base de la concurrence réglementée consiste à instaurer sur le marché des assurances une concurrence réglée par l'État qui se répercute ensuite sur le marché des prestations médicales pour déboucher sur des soins à la population qui soient à la fois efficaces et d'une qualité élevée.



P^r Robert E. Leu
Directeur de l'Institut d'économie politique, Groupe Public Economics, université de Berne



Pius Matter
Institut d'économie politique, Groupe Public Economics, université de Berne

Structure et accès au marché

Le système de santé suisse se fonde sur une structure fédéraliste. La Confédération se contente de définir le cadre général. Dans ce schéma, les cantons jouissent d'une certaine autonomie pour élaborer leur système de santé publique. Il en résulte de grandes disparités régionales aux niveaux des prestations, des coûts et des primes d'assurance maladie. Les cantons sont à la fois régulateurs, propriétaires des hôpitaux, fournisseurs de prestations stationnaires (environ 75% de toutes les interventions dans les soins aigus) et instances d'arbitrage dans les négociations tarifaires. Ils financent également plus de la moitié des coûts des soins stationnaires. Enfin, ils élaborent les listes des hôpitaux admis à pratiquer à charge de l'assurance maladie et fixent les contributions publiques.

Le système de santé néerlandais est en revanche fortement centralisé, ce qui lui évite la fragmentation et la dispersion du système suisse. L'État joue au premier chef un rôle de régulateur et n'offre lui-même aucune pres-

¹ L'étude à la base de cet article (Leu et al. 2008) a été financée en commun par le ministère de la Santé des Pays-Bas, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et le Secrétariat d'État à l'économie (Seco).

tation médicale. Tous les hôpitaux sont en mains privées, mais fonctionnent la plupart du temps comme des institutions d'utilité publique. Avec la réforme de 2006, la planification hospitalière a été abandonnée, les hôpitaux sont libres jusqu'à un certain point d'ajuster leurs capacités et l'accès de nouveaux fournisseurs au marché est possible.

Aux Pays-Bas, le marché de l'assurance maladie est fort de 16 millions d'habitants. Il est très concentré: cinq grandes sociétés d'assurance en couvrent 82%. En Suisse, les dix plus grandes caisses maladie occupent une part de marché de l'ordre de 80%. Aux Pays-Bas, contrairement à la Suisse, les assureurs, qui comptent parmi eux des concurrents étrangers, sont aussi autorisés à réaliser des bénéfices dans l'assurance de base et offrent en règle générale leurs produits d'assurance dans toutes les régions du pays.

Couverture d'assurance globale et libre choix des caisses

Les deux pays offrent une couverture d'assurance globale. En Suisse, depuis 1996, et aux Pays-Bas depuis 2006, tous les habitants ont l'obligation de s'assurer contre la maladie auprès d'un assureur reconnu par l'État. Dans les deux pays, les assureurs n'ont pas le droit de refuser des contrats aux assurés. Par conséquent, le pourcentage des personnes non assurées est bas dans les deux pays: 1,5% environ de la population des Pays-Bas et moins de 1% en Suisse. Ces chiffres sont, toutefois, inférieurs au nombre des assurés qui accusent du retard dans le paiement de leurs primes ou ne sont pas en mesure de s'en acquitter. Cela explique que même si l'assurance est obligatoire, il peut arriver en Suisse que les prestations de l'assurance soient suspendues. Une solution actuellement débattue aurait pour but d'amener les cantons à prendre à leur charge 85% des paiements dus. Aux Pays-Bas, les assurés en retard de paiement reçoivent d'abord un avertissement, et s'il n'est suivi d'aucun effet, le ministère de la Santé prélève sur leur salaire ou subsides 130 euros par mois, un montant sensiblement supérieur à la prime moyenne.

Catalogue des prestations et assurance complémentaire

Les deux pays offrent un catalogue de prestations exhaustif pour l'assurance de base obligatoire. Malgré cela, la plupart des habitants des deux pays disposent d'une assurance complémentaire, souvent contractée auprès de la caisse de base. L'assurance complémentaire offre une assez grande latitude

(Pays-Bas), voire une liberté totale (Suisse) aux assureurs en ce qui concerne les risques présentés par les assurés: ils peuvent refuser leur admission et exclure certaines prestations, tandis que les primes sont calculées en fonction des risques. Les Pays-Bas permettant à leurs assureurs de réaliser des bénéfices aussi bien dans les prestations de base que complémentaires, on n'y retrouve pas comme en Suisse les problèmes que font peser sur la concurrence la possibilité de changer de caisse².

Compensation des risques

Les Pays-Bas sont à la pointe en matière de compensation de la structure des risques. La formule de compensation des risques englobe, outre les critères de l'âge, du sexe et du domicile, le statut sur le marché du travail ainsi que 20 groupes de coûts pharmaceutiques et 13 de coûts diagnostiques. Le calcul est en principe prospectif, même s'il n'est pas possible d'éviter totalement des versements compensatoires rétrospectifs. Lorsque les différences de primes entre assureurs sont minimes, la sélection des risques est également faible. Pour les assureurs, il est au contraire payant d'assurer des patients souffrant de maladies chroniques, car ils sont suffisamment indemnisés dans le cadre du système de compensation des risques et peuvent en principe réaliser des bénéfices dans ce segment. Un système fortement différencié de compensation des risques revêt une importance essentielle pour le bon fonctionnement de la concurrence réglementée. C'est pourquoi les Pays-Bas s'emploient encore à améliorer la formule.

En Suisse, le système de compensation des risques ne repose que sur les variables de l'âge, du sexe et du domicile. Les calculs sont effectués rétrospectivement par canton. L'aménagement de cette structure crée de fausses incitations parmi les assureurs. Le calcul rétrospectif pénalise les assureurs efficaces et récompense les assureurs qui ne le sont pas. Une différenciation insuffisante de la formule de compensation – notamment l'absence de prise en compte des indicateurs de morbidité – incite à développer des groupes d'assurance hétérogènes et oblige les assureurs à pratiquer la sélection des risques (surtout sous la forme d'une stratégie multiclasses). Le fait que la sélection des risques paye davantage que les modèles de dispensation des soins axés sur les économies freine les innovations en matière d'assurance. Il n'existe guère d'assureur qui s'engagerait en faveur de modèles de soins intégrés pour les malades chroniques, par exemple, car il aurait à redouter un afflux de patients. Au

Encadré 1

La concurrence réglementée

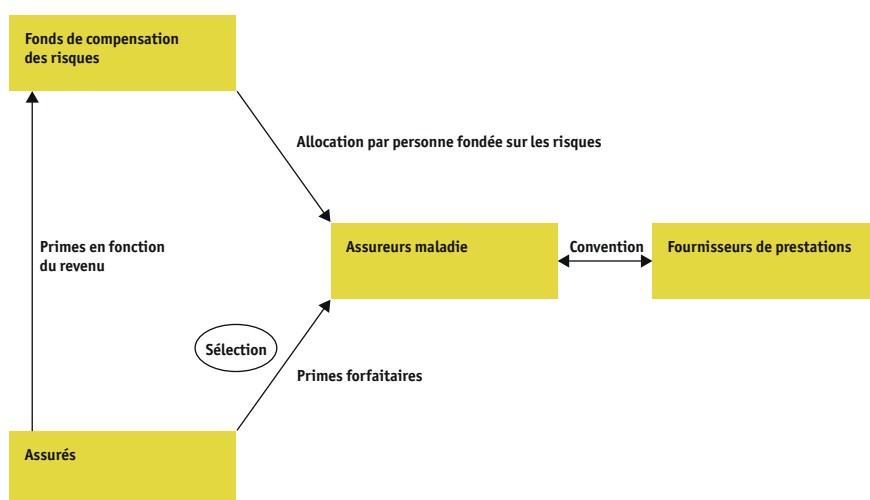
Les modèles de concurrence réglementée remontent en principe tous à *Enthoven* (1978, 1988, 2006). L'énumération ci-dessous contient les principaux éléments d'un tel modèle, adaptés aux conditions de la Suisse:

- libre accès au marché (assureurs, médecins, hôpitaux) sans limitation de l'objectif du gain;
- prestations minimales prescrites;
- obligation de s'assurer;
- libre choix de la caisse/admission obligatoire;
- primes non liées aux risques;
- système fin de compensation des risques;
- contributions aux primes liées aux revenus pour les assurés économiquement faibles;
- participation aux coûts plafonnée;
- financement moniste via les assureurs;
- liberté contractuelle dans les secteurs ambulatoire et stationnaire;
- assujettissement du secteur de la santé publique à la loi sur les cartels (abandon des négociations de prix au niveau des associations).

2 Voir Dormont et al. (2009).

Graphique 1

Le financement de l'assurance de base aux Pays-Bas



Source: Leu, Matter / La Vie économique

1^{er} janvier 2012, le système actuel de compensation des risques sera étendu: il prendra désormais en compte le critère du séjour dans un hôpital ou un EMS au cours de l'année précédente si celui-ci a duré plus de trois nuits. Cependant, même avec cette modification, le système suisse restera inférieur au système néerlandais, sans compter qu'il suscite de mauvaises incitations dans le domaine du «managed care».

Financement

En matière de financement du système de santé, il existe de sensibles différences dans le secteur obligatoire. Aux Pays-Bas, la part du financement assuré par les impôts est faible (5% seulement), en Suisse, elle est de l'ordre de 30%. Aux Pays-Bas, 50% du financement s'opère à la faveur de primes forfaitaires indépendantes des risques et 45% par le biais de primes liées au revenu et prélevées sur celui-ci (7,2% pour les salariés, 5,1% pour les retraités et les indépendants dont le revenu ne dépasse pas 31 000 euros). Les montants ainsi prélevés sont versés aux assureurs maladie dans le cadre du système de compensation des risques. De cette manière, la responsabilité du financement incombe aux seuls assureurs (voir *graphique 1*). En Suisse, les assureurs ne financent entièrement que les prestations ambulatoires (financement moniste), tandis que les cantons prennent à leur charge au moins 50% des coûts du domaine stationnaire ainsi que le subventionnement des investissements et la couverture des déficits. Le nouveau système de financement des hôpitaux entrera en vigueur en 2012: les cantons couvriront 55% des

coûts et les assureurs 45% (investissements compris). Ces coûts seront calculés sur la base de forfaits par cas (groupes de diagnostics, DRG).

Aux Pays-Bas, le financement des hôpitaux est déjà lié aux prestations. Le pays pratique une variante des DRG. L'indemnisation des prestations fournies dans le secteur ambulatoire s'opère en Suisse, à l'exception de quelques organisations qui pratiquent le «managed care», dans le cadre d'un système de rémunération des prestations individuelles (Tarmed), tandis que les Pays-Bas pratiquent une combinaison de forfaits par assuré inscrit et d'une forme peu différenciée de bonification des prestations individuelles (rémunération partielle des prestations individuelles).

Les primes forfaitaires des ménages à revenus modestes sont subventionnées dans les deux pays par des contributions publiques destinées à les réduire. Aux Pays-bas, les bonifications d'impôts limitent la charge des primes forfaitaires à 5% au maximum du revenu du ménage.

Participation à la charge de l'assuré

En Suisse, la participation aux coûts à la charge des assurés – franchise à option obligatoire et participation – est nettement plus élevée qu'aux Pays-Bas. Les rabais de primes pouvant être obtenus sont donc sensiblement plus importants. La franchise s'échelonne entre 300 et 2500 francs, la participation s'élevant à 10% jusqu'à un montant de 700 francs. Avec la franchise la plus basse, le montant maximum à la charge de l'assuré atteint ainsi un total de 1000 francs. Aux Pays-Bas, les franchises à option se situent entre 150 et 500 euros, la participation n'existant pas. La part maximale à la charge de l'assuré, par ailleurs limitée pour les malades chroniques, atteint ainsi 150 euros avec la franchise à option minimale. Contrairement à la pratique suisse, l'assurance des enfants est financée par les pouvoirs publics.

Liberté contractuelle et «gatekeeping»

La liberté contractuelle (suppression de l'obligation de contracter) permet aux assureurs de sélectionner les fournisseurs avec lesquels ils souhaitent passer des conventions, c'est-à-dire ceux qui fournissent des prestations de grande qualité à des prix relativement avantageux. Ainsi la lutte à laquelle se livrent les assureurs pour élargir leur clientèle se déplace-t-elle vers le marché des prestations médicales. Sans liberté contractuelle, il n'est pas possible d'arriver à une véritable concurrence dans ce domaine.

En Suisse, il n'est possible de passer des conventions avec des fournisseurs médicaux sélectionnés que dans le cadre de modèles d'assurance «alternatifs». Dans l'assurance traditionnelle, en revanche, le régime de l'obligation de contracter s'applique: tous les fournisseurs de prestations peuvent travailler pour toutes les caisses maladie, mais doivent, en contrepartie, traiter les patients qui leurs sont affiliées.

Aux Pays-Bas, la liberté contractuelle est totale dans le secteur ambulatoire et partielle dans le domaine stationnaire. Une solution transitoire vise à abolir l'obligation de contracter pour une part substantielle des traitements. Le système de santé néerlandais se caractérise traditionnellement par la grande importance accordée aux soins primaires: tous les patients doivent s'inscrire auprès du généraliste de leur choix. Exception faite des cas d'urgence, l'accès aux spécialistes ou à l'hôpital n'est possible que par l'intermédiaire d'un médecin de famille. En Suisse, ce principe du «gatekeeping» n'est appliqué que dans les modèles d'assurance «alternatifs». Aujourd'hui, 24% environ de la population y adhèrent sous la forme du «managed care», du médecin de famille ou du HMO. L'expérience montre qu'ils ne permettent des économies de coûts que si les fournisseurs de prestations assument une part du risque financier (responsabilité budgétaire). Toutefois, en raison d'une compensation des risques insuffisamment différenciée et du financement dual des hôpitaux, les modèles de «managed care» ne peuvent que partiellement répercuter leurs potentiels d'économies sur les primes. Contrairement à la pratique suisse, les modèles d'assurance «alternatifs» sont encore peu répandus aux Pays-Bas.

Assurance qualité

L'assurance qualité systématique constitue un élément important de tout système de santé moderne. Les Pays-Bas sont beaucoup plus avancés en la matière que la Suisse. Ils sont dotés d'un système d'indicateurs de qualité pour le domaine stationnaire, élaboré par tous les hôpitaux et accessible sur Internet. Bien qu'en comparaison des systèmes d'assurance qualité très affinés que l'on trouve aux États-Unis ou en Allemagne, le modèle néerlandais soit encore très simple et peu convivial, qu'il se limite en outre à un nombre restreint de diagnostics, il a franchi un premier pas important en direction d'une assurance qualité systématique.

Conclusion

Avec la réforme introduite en 2006, le système de santé néerlandais a franchi un grand pas vers le modèle de concurrence réglementée. Le système de santé suisse contient certes quelques éléments de ce modèle, mais d'importantes conditions doivent encore être remplies pour que la concurrence fonctionne au niveau des prestations. Il s'agit de la liberté contractuelle, d'un système de compensation des risques suffisamment élaboré, de l'application de la loi sur les cartels à tous les domaines de la santé publique, de la possibilité pour les assureurs de réaliser aussi des bénéfices dans l'assurance de base, du financement moniste des traitements tant stationnaires qu'ambulatoires et de l'introduction d'un système d'assurance qualité intégral. Seule l'existence de tous ces éléments débouchera sur un modèle de concurrence cohérent et fonctionnel, à même de dispenser des soins efficaces et de qualité élevée.

Aux Pays-Bas, les idées de base qui sous-tendent la réforme de 2006 sont portées par tous les grands partis. En Suisse, il n'a pas été possible jusqu'ici de parvenir à un tel consensus. Il sera difficile de franchir de grandes étapes dans ce domaine, du moins à moyen terme. C'est pourquoi, dans un premier temps, il faudra accélérer les changements qui prépareront la voie à la réalisation d'un modèle de concurrence réglementée et aménager d'autres aspects importants du système de santé publique. En font notamment partie l'amélioration du système de compensation des risques et l'introduction d'un système d'assurance qualité complet, par exemple par la reprise de modèles qui ont fait leurs preuves depuis des années dans d'autres pays. ■

Encadré 2

Bibliographie

- Dormont B., Geoffard P.-Y. et Lamiraud K., «The Influence of Supplementary Health Insurance on Switching Behaviour: Evidence from Swiss Data», *Health Economics*, 2009.
- Enthoven A.C., «Customer-Choice Health Plan», *New England Journal of Medicine*, 198, 1978, p. 650-658 et 709-720.
- Enthoven A.C., *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*, North Holland, Amsterdam, 1988.
- Enthoven A.C., *Consumer Choice of Health Plan: Connecting Insurers and Providers in Systems*, document présenté devant la Dutch-Flemish Health Economic Association (VGE) Conference «Consumer Choice: the Right Choice?», VGE, Pays-Bas, 2006.
- Leu R. E., Rutten F., Brouwer W., Rüttschi C. et Matter P., *The Swiss and the Dutch Health Care Systems Compared - A Tale of Two Systems*, Gesundheitsökonomische Beiträge, Nomos, 2008.
- Leu R. E., Rutten F., Brouwer W., Matter P. et Rüttschi C., *The Swiss and Dutch Health Insurance Systems: Universal Coverage and Regulated Competitive Insurance Markets*, The Commonwealth Fund, 2009.

Application du droit de la concurrence

Le droit de la concurrence s'applique à la santé publique aux Pays-Bas, mais pas en Suisse. Dans un système axé sur la concurrence, une telle pratique est indispensable pour prévenir l'émergence de grands groupes sur les marchés suite à des fusions et des rachats d'institutions, ou les positions dominantes d'établissements puissants. Les conventions tarifaires ne peuvent plus être conclues entre associations, lorsque s'applique le droit des cartels, mais doivent être négociées entre assureurs individuels et certains (groupes de) fournisseurs. L'application illimitée du droit des cartels en Suisse présupposerait que tous les fournisseurs soient juridiquement et économiquement indépendants et que les prescriptions dites réservées (par exemple l'approbation des tarifs par les cantons) soient éliminées de la LAMal.