Pays-Bas

Plus de marché pour sauver la solidarité ? Le pari néerlandais de la réforme de l'assurance maladie

Marie WIERINK

L'exemple néerlandais constitue un cas d'école, presque un laboratoire, de l'infléchissement des modes de pensée traditionnels en Europe en matière de protection sociale maladie. Au 1er janvier 2006, devrait entrer en vigueur une réforme de l'assurance maladie qui, tout en affirmant le maintien des principes de solidarité entre les citoyens, d'accès à la protection de la santé de tous et de qualité de cette protection, confie à des opérateurs exclusivement privés, assureurs et institutions de soins, la responsabilité de sa mise en œuvre. Par ailleurs, des mécanismes de prix, et non plus de cotisations, acquièrent un rôle central dans la régulation du système. Trois questions centrales peuvent être posées [1] pour évaluer toute réforme de l'assurance maladie. La réforme renforce-t-elle le caractère solidaire du système ? Aide-t-elle à transformer le système de soins dans le sens d'une meilleure gestion et de l'amélioration de la santé publique ? Contribue-t-elle à rendre plus transparents les choix faits en matière de politique de santé ? Nous tenterons dans le texte qui suit de fournir au lecteur des éléments de réponse à ces trois questions, non sans avoir auparavant décrit le système existant.

Deux compartiments de dépenses de santé, trois systèmes d'assurances

Le système néerlandais actuel d'assurance maladie couvre la quasi-intégralité de la population mais est très composite, à la fois dans l'organisation de la protection et de son financement – en distinguant les risques exceptionnels du risque maladie ordinaire – et dans sa structuration administrative. Il comporte des éléments bismarckiens et beveridgiens et garde des traces de la place prise par les groupes confessionnels au temps de la piliérisation [2]. Bismarckien, d'un certain

1. *Cf.* Volovitch P. (2004), « Réforme de la sécu : le dossier », *Alternatives économiques*, avril.
2. La « piliérisation » caractérise l'organisation sociale et politique des Pays-Bas qui a prévalu entre 1918 et les années soixante, et qui segmentait la population en groupes suivant les grandes affiliations religieuses ou politiques : catholique, protestante, socialiste.

côté, du fait du fonctionnement de la couverture maladie assurantielle prodiguée soit par l'assurance sociale maladie, obligatoire, la *Ziektefondswet*, qui couvre une grande partie des salariés via une trentaine de caisses, soit par des assurances privées de santé, volontaires (*particuliere verzekeringen*), couvrant les personnes aux plus hauts revenus. Beveridgien d'un autre côté, dans le volet d'assurance générale et obligatoire, au financement fiscalisé, contre les gros risques de santé (AWBZ). Enfin, héritage de la tradition caritative confessionnelle et associative à travers la structure essentiellement privée des institutions de soins.

L'assurance universelle pour les gros risques

L'assurance pour les dépenses exceptionnelles de santé (AWBZ, ou premier compartiment des assurances sociales) couvre la prise en charge des personnes handicapées physiques ou mentales, des personnes âgées tant dans leurs besoins d'hébergement de longue durée et d'assistance quotidienne, les périodes d'hospitalisation ou de convalescence dépassant un an, certaines dépenses de prévention et encore de plus petits « risques » comme l'assistance aux familles et les foyers d'hébergement. Les prestations d'assistance sociale et ménagère sont fournies en nature et organisées sous l'égide de bureaux régionaux coordonnant l'intervention d'organismes privés ou associatifs, mais peuvent être dispensées aussi sous la forme d'un budget personnel servant à l'achat de prestations de gré à gré. La contribution fiscalisée à l'assurance AWBZ est fixée à 10,25 % des 28 000 premiers euros de revenus en 2000. Le produit de cette contribution est reversé à un Conseil de l'assurance maladie qui à son tour le reverse aux caisses maladie, qui ré-imputeront aux organismes pourvoyeurs les sommes nécessaires à leur fonctionnement [1].

Le second compartiment du risque « ordinaire » : deux types d'assurance

L'assurance maladie obligatoire (*Ziektefondswet*) couvre tous les salariés gagnant jusqu'à 33 000 euros par an, soit 64 % de la population néerlandaise en comptant les ayants droit ; cette assurance couvre également les retraités et les personnes allocataires de la protection sociale. Les cotisations, proportionnelles aux salaires, sont payées à la fois par les salariés et par les employeurs. Ces cotisations se répartissent en 2000 entre 6,35 % pour l'employeur et 1,75 % pour les salariés.

Elles sont versées à la Caisse centrale de l'assurance maladie qui en répartit le produit entre les caisses maladie, tout en laissant à la charge de ces dernières 40 % de leurs dépenses, à titre d'incitation à maîtriser les coûts. En outre, une petite contribution nominale est due en sus par le salarié. En 2000, elle se montait à 199 euros par an, et elle est versée mensuellement et directement à la caisse maladie du salarié. Des règlements particuliers publics couvrent encore les fonctionnaires de l'Etat ou des collectivités territoriales, soit 5 % de la population.

Les 30 % restants de la population, salariés gagnant plus de 33 000 euros par an, indépendants ou petits patrons, sont assurés auprès d'assurances privées qui proposent différents niveaux de protec-

1. A l'exception des sommes dites « budgets attachés aux personnes ».

tion à des tarifs différents. La plupart des compagnies d'assurance prévoient des sommes en franchise annuelle avant que l'assurance ne commence à rembourser les dépenses engagées. Ces assurances privées ne sont soumises à aucune réglementation publique et sont libres de mener la politique de sélection des risques de leur choix. Les assurés paient une cotisation nominale qui diffère selon les compagnies et selon le nombre des ayants droit de l'assuré, et à laquelle certaines entreprises participent dans le cadre de règlements collectifs. En 2003, la prime d'assurance était en moyenne de 1 041 euros par personne et par an (*Stand van zaken*).

Une réglementation de type filet de sécurité oblige ces compagnies d'assurances à assurer sur une palette de garanties dites « standard » des personnes qui seraient exclues de l'assurance maladie obligatoire du fait de leurs revenus. Il resterait 1,5 % de la population sans assurance maladie.

Par ailleurs, les caisses d'assurance de la *Ziektefondswet* offrent des garanties complémentaires à leurs assurés, facultatives. Elles sont souvent proposées dans les contrats collectifs de branches ou d'entreprises.

Des mécanismes sophistiqués de péréquation des risques

Le fonds central d'assurance maladie assure une fine péréquation des risques entre les différentes caisses gérant les assurés de la *Ziektefondswet*, assise sur une observation précise de la composition des assurés inscrits auprès de chacune des caisses, en termes de sexe, d'âge, de statut actif ou allocataire de la protection sociale, et de localisation géographique. De la même manière, une contribution particulière est prélevée auprès de tous les assurés privés pour compenser l'obligation qui pèse sur les compagnies d'assurance d'offrir une couverture de base, ou « standard », aux personnes exclues par leurs ressources des caisses de la *Ziektefondswet* et qu'elles n'admettent pas à leurs différentes polices spécifiques en fonction de leur politique de sélection des risques.

La place clef du médecin généraliste

Dans le système néerlandais, le médecin généraliste occupe une place clef : c'est lui qui oriente vers le spécialiste, assurant ainsi la fonction de « gardien de porte ». Les assurés de la *Ziektefondswet* sont inscrits auprès du médecin généraliste de leur quartier, rémunéré à la capitation, et ne paient rien lors des consultations. Il en va de même pour les consultations à l'hôpital, le recours à d'autres professionnels de santé ou l'achat de médicaments. Les assurés privés sont, eux, libres de consulter le médecin de leur choix, mais font l'avance du prix de la consultation et sont ensuite remboursés. Ils paient également les consultations de spécialistes et autres professionnels de santé, mais pas les dépenses liées à l'hospitalisation, prises en charge directement par leur compagnie d'assurance.

Les spécialistes pratiquent presque tous en hôpital, qu'ils soient prestataires individuels auprès de l'hôpital, ou qu'ils se soient constitués en « *maatschappij* », ou société professionnelle. Leur rareté relative leur confère une position de force dans les négociations de tarification de leur activité avec les hôpitaux.

Comment répondre à l'évolution de la demande sans faire exploser la dépense ?

Le problème de la dégradation quasi mécanique des comptes de la santé, liée aux évolutions tant démographiques que technico-médicales, est posé depuis longtemps aux Pays-Bas. La gestion par « enveloppes » pré-définies a conduit à la situation socialement inacceptable de listes d'attentes, et le desserrement de ces enveloppes a conduit à une dérive préoccupante des dépenses. Il aura fallu presque vingt années de discussions pour construire un début de consensus sur une réforme de fond du système des assurances de santé.

Dépenses et recettes : une gestion serrée, mais formation de listes d'attente

En termes de poids des dépenses de santé dans le PIB, les Pays-Bas occupent une position moyenne parmi les pays de l'OCDE, avec 8,6 % en 2000.

Par type d'assurance, les différentes sources de financement contribuent à un budget total de 44,1 milliards d'euros (tableau 1).

Il faut signaler deux autres traits distinctifs de l'assurance maladie néerlandaise : les coûts relatifs aux accidents du travail et aux maladies professionnelles ne sont pas isolés mais confondus dans la protection générale, et les assurances maladie ne comprennent pas la couverture du revenu de remplacement pendant les périodes de maladie [1].

Jusqu'aux années 2000, les dépenses ont été relativement bien maîtrisées dans le cadre d'une budgétisation stricte des moyens affectés à la santé (gestion par l'offre) à travers un système de tarification légale des actes de santé, négocié avec les offreurs de soins et les assureurs, et une programmation serrée des dépenses et des investissements des hôpitaux. Cette tarification vise les tarifs hospitaliers et ceux des professionnels de santé. Le budget accordé à un hôpital est fixe : s'il est dépassé, le budget de l'année suivante sera amputé, s'il est sous-employé, l'hôpital pourra constituer des réserves pour l'année suivante. Ce budget comprend la rémunération des médecins spécialistes qui sont payés à titre individuel ou par l'intermédiaire de sociétés professionnelles employées par l'hôpital.

Tableau 1. Les dépenses de santé

Compartiments de l'assurance maladie	Dépenses (milliards d'euros)
ABWZ (compartiment des dépenses exceptionnelles)	18,7
Ziektefondswet (pour les assurés gagnant moins de 33 000 euros par an)	16,0
Assurances privées (assurés gagnant plus de 33 000 euros par an)	6,6
Contributions personnelles	2,9

Source : *Begroting VWS 2004 (Ziektekostenverzekeringen)*.

1. C'est l'entreprise qui assume le paiement des salaires pendant les périodes de maladie pendant une année. Dans le cadre de la réforme de la garantie inaptitude, il est prévu que l'obligation de maintien de la rémunération soit prolongée pendant une deuxième année à 70 % du salaire, sans possibilité de complément conventionnel. Les entreprises sont libres d'assumer cette obligation elles-mêmes ou de s'assurer auprès d'une compagnie d'assurance.

Mais ce cadre budgétaire strict a conduit à partir des années quatre-ingt-dix à la formation de listes d'attente importantes pour tous les soins non urgents, en ambulatoire ou avec hospitalisation ; en 2001, à la suite d'un contentieux dans lequel l'Etat s'est trouvé dans son tort, n'ayant pu dispenser à un assuré dans un délai court les soins pour lesquels il était assuré, le gouvernement Kok décide un changement de politique de budgétisation de la santé. Les hôpitaux ne seront plus rationnés mais subventionnés à hauteur de leur activité. Cette mesure vise à réduire les listes et les temps d'attente.

L'accélération des dépenses

L'impossibilité de continuer à encadrer de manière stricte et juridiquement sûre les dépenses de santé ainsi que les problèmes posés par les listes d'attente font du tournant des années 2000 une période où les réflexions s'accélèrent. Ce revirement de politique qui permet aux hôpitaux d'obtenir un financement à la hauteur de l'augmentation de leurs activités a conduit à une augmentation des dépenses de santé à partir de 2001 (*cf.* tableau 2).

D'une gestion par l'offre, on décide en 2001 de passer à une gestion par la demande sous le second gouvernement Kok. Pour ce faire, il faut introduire plus de concurrence entre assureurs et offreurs de soins et plus de liberté pour l'assuré. Mais aucun mécanisme de frein de cette demande n'est mis en place, ce qui conduit au dérapage des dépenses. Les plus gros postes de dépenses, les hôpitaux ainsi que les soins aux personnes âgées, accusent une forte augmentation. Du côté des personnes âgées, c'est le volet assistance sociale et ménagère qui représente les 4/5 des dépenses, qui augmente le plus : 8,1 % en 2000, 13,3 % en 2001 et 12,9 % en 2002, une évolution liée à une politique de maintien au domicile des personnes âgées. Il s'agit là d'un poste lourd, financé par l'AWBZ, et qui relève dans la

Tableau 2. Evolution des dépenses de santé 1995/2002

	% du total	% de croissance annuelle des dépenses de santé budgetées				
		1995/1998	1999	2000	2001	2002
Hôpitaux	30	1,0	1,6	2,0	4,6	4,4
Médecins généralistes	10	1,9	0,9	2,6	6,3	5,3
Médicaments	12	6,2	5,9	3,2	6,4	8,7
Santé mentale	8	2,3	1,3	2,5	4,6	4,6
Soins aux handicapés	10	2,5	2,7	5,0	6,7	14,2
Soins aux personnes âgées	25	2,2	2,3	5,6	6,5	8,7
Prévention, gestion et divers	4	1,5	-0,3	-4,1	1,1	5,1
Total	100	2,4	2,6	4,3	6,7	8,8

Source : *Financiële Bouwstenen Zorg, rapportage voor de kabinetsformatie*, février 2003, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Ministerie van Financiën.

plupart des autres pays des budgets sociaux et non pas de santé [1]. Poursuivre sur une telle pente ne paraît pas soutenable : on sait qu'il faut ajouter à cette tendance à l'augmentation l'influence des évolutions démographiques et du vieillissement de la population, celle du renchérissement des soins liés aux progrès médico-techniques et enfin l'influence des évolutions socio-culturelles.

Une réflexion entamée dès la fin des années 1980

La réforme de l'assurance maladie est une question soulevée aux Pays-Bas depuis une vingtaine d'années et de nombreux rapports ont été présentés. Si certains points sur lesquels ont porté les propositions de réforme sont restés les mêmes, notamment la dualité entre les compartiments des risques de santé exceptionnels et ordinaires, d'autres sont apparus plus récemment, comme les conséquences du vieillissement. Cette question de la réforme de l'assurance maladie suscite apparemment moins de résistances dans la société qu'elle n'en soulève en France ou en Allemagne. Peut-être l'ancienneté du débat a-t-elle habitué les esprits à l'idée de la nécessité de retoucher le système, ou bien la complexité de son organisation entretient-elle une segmentation des intérêts qui empêche la constitution d'un front commun de résistance et a accoutumé les esprits à une diversité des modes de gestion de l'assurance maladie.

En 1987, la Commission Dekker envisageait déjà de réunir les risques exceptionnels et ordinaires dans une seule assurance sans avoir convaincu. En 1991, le plan Simons a mis fin à l'obligation pour les assurés de la *Ziektefondswet* d'adhérer à une caisse régionale, ouvrant le marché des assurés obligatoires à la concurrence entre les caisses. Plusieurs rapports d'organismes consultatifs généraux ou spécialisés ont également formulé des critiques sur l'organisation de l'assurance maladie ou du système de santé néerlandais.

De nombreux organes de concertation se sont penchés sur l'organisation de l'assurance maladie : le Conseil scientifique au gouvernement (WRR) en 1997, le Conseil économique et social en 2000 (SER), à de nombreuses reprises le Conseil pour la santé publique et les soins (RVZ), le Conseil de la santé publique (GR). Sans forcément préconiser les mêmes solutions et en divergeant notamment sur la place accordée à la régulation publique et aux opérateurs privés, ils se sont forgé une conviction commune. Selon ces institutions, il n'est pas possible de poursuivre sur la même voie tant du point de vue des finances publiques que du point de vue du poids des dépenses de santé sur la compétitivité néerlandaise. Si l'accès universel au système de soins, la solidarité et la qualité des soins sont un souci constant, les préoccupations comptables et de gestion sont également omniprésentes. De rapport en rapport, se

1. Cette inscription des dépenses d'assistance sociale, sanitaire et ménagère des personnes âgées à leur domicile au budget de la santé renvoie à une construction sociale spécifique du champ de la santé aux Pays-Bas, qui relève d'une conception globalisante de la santé à laquelle participe le bien-être, vu comme un bien collectif, que les pouvoirs publics ont pour mission de promouvoir et de protéger par leur action sociale. Le ministère en charge de la santé s'intitule ainsi de longue date ministère de la Santé publique, du Bien-être et du Sport, signe que la pratique sportive est perçue comme positive pour la santé et le bien-être.

construit un raisonnement qui prévoit dans des modalités diverses la constitution d'un système à deux étages : une assurance de base obligatoire et universelle et une assurance complémentaire facultative [1]. La détermination du périmètre de l'assurance de base pose la question du « panier de soins » minimal. Tous s'accordent pour reconnaître qu'il s'agit là d'une question qui, au-delà des aspects médicaux, relève en dernier ressort du politique : il faut conjuguer le respect des principes d'équité, de solidarité et de qualité des soins et la construction d'une doctrine sur la « charge de maladie » (*ziektelast*) acceptable pour les individus et un niveau de dépenses raisonnables (*kosteneffectiviteit*) pour la collectivité.

Lors du dernier gouvernement violet (1998/2002), sous direction socialiste, une importante note ministérielle est publiée, *Vraag aan bod*, qui marque les principaux repères de la réforme actuellement en discussion : principe d'une assurance de base gérée par des opérateurs privés, et unification à terme de l'assurance santé pour les soins exceptionnels avec celle pour les soins ordinaires. La continuité est donc remarquable entre les orientations de ce document et les décisions arrêtées dans les programmes de deux gouvernements conservateurs dirigés par Balkenende [2], avec pour horizon une mise en place de la réforme pour le 1er janvier 2006.

Les grandes lignes de la réforme pour 2006

Le but déclaré de la réforme est de rendre le système moins coûteux et plus efficace, tout en maintenant son caractère solidaire. Dans le contexte d'une majorité parlementaire stable, sa mise en œuvre est prévue pour le 1er janvier 2006, et la discussion parlementaire a déjà commencé. La réforme repose sur l'idée que la mise en concurrence des opérateurs (assureurs et fournisseurs de soins) conduira à une gestion plus économe des moyens et à une amélioration de la qualité et que les incitations financières seront des ressorts efficaces de freinage de la consommation médicale chez les assurés. Bien que d'inspiration libérale, elle comprend cependant des mécanismes correctifs à travers l'obligation d'acceptation de tous les assurés qui pèse sur les compagnies d'assurance, un mécanisme de péréquation des risques entre elles, et la mise en place d'une compensation fiscale des dépenses de santé pour les ménages les plus modestes. « L'assurance aura un caractère de droit public et une mise en œuvre totalement privée, et le but lucratif en sera autorisé. », lisait-on déjà dans la note *Vraag aan Bod*, de juillet 2001.

1. Le SER proposait en 2000 un système d'assurance obligatoire à deux niveaux : un niveau moins protecteur (*basispakket*) et moins cher, couvrant tous les risques lourds (maladies graves, accouchement, hospitalisation) et un niveau plus protecteur (*standardpakket*) et plus cher couvrant également les petites dépenses telles que les visites au médecin généraliste, aux kinésithérapeutes etc. Le projet finalement retenu par le gouvernement est celui d'une assurance de base, la même pour tout le monde, éventuellement assortie d'une assurance complémentaire facultative, mais qui offre une couverture plus large que les risques lourds.
2. Les deux gouvernements de droite dirigés par Jan Peter Balkenende sont des coalitions entre libéraux et chrétiens-démocrates, auxquels se sont ajoutés les partisans de Pim Fortuyn dans le premier et les réformateurs de gauche de D 66 dans le second gouvernement.

Une assurance de base, des assureurs privés et concurrents

La réforme met fin à la distinction entre les assurés de la *Ziektefondswet* et les assurés privés. Elle instaure une assurance de base, obligatoire pour tous, à contracter auprès du prestataire assureur de son choix. La quarantaine d'assureurs, déjà présents sur le champ de la *Ziektefondswet* et des assurances privées, pourront intervenir sur ce nouveau marché. Ces prestataires sur qui pèse, comme on l'a dit plus haut, une obligation d'accepter sans sélection tous les postulants sont libres de fixer leurs tarifs pour cette assurance de base de même que pour les couvertures complémentaires qu'ils proposeront et pour lesquelles ils sont alors libres d'opérer une sélection des risques. En revanche, la prime d'assurance sera identique, quel que soit le nombre de personnes à charge de l'assuré. Le périmètre de cette assurance de base constitue évidemment le point crucial de cette réforme : selon que le « panier de soins » couvert par cette assurance de base sera plus ou moins étendu, la protection générale pour les risques de santé sera plus ou moins complète et la charge pour les ménages en assurances complémentaires plus ou moins lourde, avec les risques de sélection par l'argent ou par la santé liés à cette protection complémentaire pour laquelle les compagnies d'assurance restent libres de leur politique d'acceptation des risques et de leur tarification.

On met fin au principe d'une cotisation proportionnelle aux revenus pour revenir au principe de « l'achat » d'une protection santé, dont le tarif devient alors nominal. Ce tarif sera le même pour tous les clients de la compagnie d'assurance, mais pourra être différent d'une compagnie à une autre. La correction des inégalités qu'une telle politique de tarification de l'assurance maladie génère revient à la fiscalité, et il est prévu qu'une compensation aux frais de santé pour les ménages modestes sera instaurée par voie fiscale (réduction d'impôts).

La réforme est susceptible de produire des inégalités nouvelles. Les ménages les plus modestes devront faire face à des primes d'assurance nominales ne tenant pas compte de leur niveau de revenu, sauf à toucher une compensation fiscale calculée comme suit. Par le biais d'un versement mensuel proportionnel aux revenus effectué par les services fiscaux, on veillera à ce que la charge de cette assurance de base, calculée sur la base du coût de l'assurance santé à l'année N – 1, ne dépasse pas 4 % du revenu d'une personne célibataire et 6,5 % d'un assuré avec personnes à charge [1].

Les ménages à hauts revenus et ayant charge d'enfants seront directement avantagés par cette réforme. En effet, la prime d'assurance pour l'assurance de base ne devra pas varier selon le nombre d'enfants [2], alors que les primes des assurances privées contractées jusque là dépendent du nombre de personnes assurées sur le contrat.

L'intégration à terme des deux compartiments de dépenses de santé, AWBZ

1. Si l'assuré trouve à l'année N une assurance meilleur marché que l'année N-1, il est précisé qu'il ne devra pas rembourser aux services fiscaux le « trop perçu » de l'aide reçue pendant cette année N au titre de la prime qu'il avait payée à l'année N – 1 (*NRC* 17/9/2004).
2. Dans le projet de loi déposé en septembre 2004, on parle d'une prime moyenne estimée à 1 030 euros par assuré et par an, qui couvre les enfants à charge (*NRC* 17/9/2004).

pour les dépenses exceptionnelles et dépenses ordinaires, est prévue mais pas encore organisée. Pour le moment, l'AWBZ subsiste, ainsi que son financement fiscalisé. Des réaménagements sont en cours de discussion quant à son périmètre, tout particulièrement du côté des prestations aux personnes âgées. On parle de sortir de cette assurance les prestations à caractère social ou ménager dispensées pour aider au maintien à domicile des personnes âgées et de les transférer aux municipalités, dans le cadre de leur action sociale. On peut penser que ces réaménagements susceptibles d'alléger fortement le coût de ces dépenses exceptionnelles de santé sont une étape préalable à leur réunification avec les autres dépenses. Une question fondamentale est pourtant posée, au-delà des risques de différenciation des politiques sociales entre municipalités, celle de la difficulté à établir la frontière nette entre *cure*, *care* et dépendance.

Le gouvernement est confiant dans la solidité juridique de son projet. Or, celle-ci est discutée au regard de la future directive sur les services qui s'appliquera au secteur des assurances. Les compagnies d'assurances privées appelées à proposer l'assurance de base peuvent-elles légalement au regard du droit européen se voir opposées des conditions restrictives de leur liberté d'exploitation à travers l'obligation d'acceptation de tous les risques ? Beaucoup en doutent, mais le gouvernement pense être sûr de son fait.

Des mécanismes de freinage de la dépense

C'est principalement par des incitations ou des désincitations financières que le freinage de la consommation médicale est recherché. Il est envisagé d'une part un système de franchise (*eigen risico*) et d'autre part, un système de ticket modérateur ou co-paiement (*eigen betalingen*). Le système de franchise consiste à prévoir que les dépenses médicales ne sont prises en charge (ou remboursées dans le cas où l'on instaurerait un paiement direct aux professionnels de santé) qu'à partir d'un plancher de dépenses (on parle de 100 à 500 euros par an) laissées à la charge des assurés. On parle aussi de prévoir dans les polices d'assurance différents seuils de franchise à partir desquels les primes demandées seraient plus ou moins fortes. Le système de co-paiement consiste plus classiquement à demander au patient une contribution non remboursée au paiement de l'acte médical. Enfin, on discute également d'un système de bonus qui consisterait en une prime payée en fin d'exercice aux assurés n'ayant pas atteint un niveau de consommation médicale minimum.

Ces différents systèmes ont été âprement débattus à la deuxième chambre en avril 2004, y compris par les partis politiques faisant partie de la coalition gouvernementale. Le système de bonus est le moins accepté et fait l'objet de nombreuses critiques. Il désinciterait à se soigner en début d'affection pour ne pas perdre le bonus, ce qui finirait par engager des soins plus coûteux du fait de l'aggravation de l'état de santé. Ce système est en outre refusé au nom de l'égalité de situation, les personnes handicapées et les malades chroniques en étant exclues dès le départ. Enfin, ceux qui seraient prêts à en accepter le principe plaident pour que le recours au médecin généraliste en soit exclu, de sorte que celui-ci puisse tenir son rôle de prévention. Le fonctionnement de la franchise est également discuté, mais davantage au plan technique : on a fait valoir qu'une franchise annuelle exposait les ménages les plus modestes en cas de problèmes de santé importants à une dé-

pense importante sur la même période du fait de l'épuisement lors de cette même période de la totalité de la franchise. Dans le projet de loi déposé en septembre 2004, il est prévu que l'assuré pourra bénéficier d'une réduction sur le prix de son assurance de base, s'il choisit d'assumer sans prise en charge une partie de ses dépenses santé avec un maximum de 500 euros par an *(eigen risico)*. Compte tenu de la vigueur des discussions en avril, il est possible que les dispositions finales de la loi évoluent encore sur ce point.

Indépendamment de l'incitation financière directe à ne pas recourir aux soins, le freinage des dépenses est recherché aussi par d'autres moyens, d'une part en limitant le recours direct à la consultation médicale, d'autre part, en proposant des polices d'assurance meilleur marché limitant la liberté de choix de leurs soignants par les patients. Ainsi, dans le premier cas, il est proposé de mettre en place des systèmes de renseignements permettant aux patients d'obtenir un avis par téléphone sur leur état de santé et sur la nécessité de consulter plutôt que de se rendre directement auprès du médecin. Il est aussi question de reconfigurer les rôles respectifs des médecins généralistes ou spécialistes, dans l'accompagnement de malades chroniques, et de donner une plus grande place à des infirmières assistantes qui assureraient le suivi des malades et de leur traitement, entre deux consultations de mise au point du traitement. On obtiendrait ainsi une baisse de coûts de ce suivi, en même temps qu'on offrirait d'autres développements professionnels aux infirmières. Mais ceci n'en est au stade que de projet et des questions se posent, notamment en termes de responsabilité médicale. Dans le second cas, les assurés accepteraient, en cas de problème de santé, de faire appel aux établissements de soins et aux praticiens désignés par leur compagnies d'assurance, comme c'est le cas dans les *Health Maintenance Organizations* américaines. Ces compagnies ayant obtenu des tarifs privilégiés avec ces prestataires pourraient répercuter ces avantages dans les primes demandées à leurs assurés.

Vers un système d'offre dirigé par la demande ?

Les assureurs sont un acteur clef dans la réforme de par leur fonction d'acheteur de soins. Les mécanismes de marché ont été libérés depuis plusieurs années. Deux réformes de 1992 et 2004 ont entériné le principe de leur liberté de contracter avec des offreurs de soins. De leur côté, les fournisseurs de soins sont libres de prévoir des conditions de prix différentes avec différents assureurs. De plus, la loi sur la tarification des actes médicaux est en cours de modification, laissant une plus grande liberté de fixation des tarifs aux offreurs de soins. En ce sens, la voie a été préparée au renforcement de la fonction d'acheteur de soins des assureurs.

Quand on parle de l'offre, il s'agit tout aussi bien des hôpitaux qui eux-mêmes organisent l'activité des médecins spécialistes à titre individuel ou rassemblés en sociétés professionnelles et les rémunèrent, que des médecins généralistes ou d'autres professionnels de santé. On peut penser que des collectifs se formeront et discuteront de conditions privilégiées avec des compagnies d'assurance, dans le respect du droit européen de la concurrence qui interdit notamment la constitution de monopoles.

De cette question de la contractualisation entre les assureurs et les pourvoyeurs de soins découlent celles de la maîtrise des coûts des soins et de la comparabilité

de l'efficacité et de la rentabilité des structures de santé. En effet, dans le nouveau système, les établissements de soins sont en concurrence et, dans le principe, ont intérêt à la meilleure gestion de leurs prix et de leur « production » en termes tant de nombre d'actes que de qualité. Ces thèmes conduisent à toute une réflexion sur les outils de gestion nécessaire, permettant une tarification par traitement (*Diagnosis behandelingscombinaties*) et la mesure de la qualité des soins.

A leur tour, les consommateurs sont censés être les arbitres de la pertinence des offres d'assurance qui leur sont faites par les assureurs. Le prix de l'assurance de base pourra varier selon les restrictions que le consommateur acceptera à sa liberté du choix du prestataire, selon le niveau de dépenses personnelles qu'il acceptera de supporter (franchise notamment). Le prix de son assurance complémentaire dépendra du niveau de couverture qu'il voudra se garantir, sous la réserve qu'il constitue un risque acceptable pour l'assureur. On voit là que l'information de l'usager sur la qualité des soins qui lui sont proposés, sur la comparabilité des différents « *packages* » de garanties complémentaires qui lui sont offerts, est un maillon crucial du raisonnement qui soutient le système. L'organisation des consommateurs, *Consumentenbond*, forte de 600 000 membres [1], est un des acteurs de la société civile les plus conscients de la fragilité de la position des individus et des ménages dans ce réaménagement de la protection sociale [2]. Cette organisation déploie beaucoup d'efforts pour faire entendre la voix des consommateurs et faire du lobbying auprès des parlementaires, et travaille à la mise au point d'outils de comparaison des différentes propositions des compagnies d'assurances, à la disposition des consommateurs.

Pèsent sur toute l'architecture envisagée les limites de l'offre de soins : à partir du moment où celle-ci est insuffisante, on peut s'interroger sur l'efficacité des politiques de prix à mettre en œuvre par les assureurs et sur les possibilités de choix offertes aux assurés. Or, que ce soit en nombre de médecins, ou en capacité d'accueil des structures de soins, les Pays-Bas souffrent d'une insuffisance de l'offre, identifiée par certains experts comme le talon d'Achille de la réforme en cours [3]. L'insuffisance du nombre de médecins généralistes et de spécialistes confère à ceux-ci une position de force dans les négociations de prix avec les compagnies d'assurance, et avec les structures de soins dans lesquelles l'activité des spécialistes est organisée. Le rationnement de l'équipement en hôpitaux et structures de soins mettra longtemps à être dépassé, ne contribuant pas non plus à l'ouverture des tarifs. Avant qu'on atteigne la situation « idéale » de fonctionnement de marché, il faut envisager une période de transition selon la note « *Vraag aan bod* » dans laquelle l'Etat garde un rôle moteur, notamment dans la politique d'investissements lourds en établissements de soins, offre de formation de médecins.

1. Pour un petit pays de 16 millions d'habitants.
2. Il existe également de nombreuses associations de malades.
3. *Cf.* article de Dunning, dans *NRC* 20/07/2001.

Soutien syndical à la réforme, mais non sans réserves

En 2000, le secteur de la santé représentait 12 % des emplois. Il pèse lourd dans les effectifs syndiqués des deux principales organisations syndicales, la FNV et la CNV. En outre, c'est un secteur très féminisé : 80 % des emplois sont occupés par des femmes [1]. Au-delà du maintien de la qualité de la protection contre le risque maladie, la réforme soulève donc des enjeux d'emplois et de conditions de travail qui concernent encore plus directement les femmes dans un contexte de forte ségrégation professionnelle horizontale [2].

Les deux centrales syndicales FNV et CNV et leurs organisations FNV ABVA KABO et CNV Publieke Zaak [3] qui représentent les travailleurs du grand secteur de la santé, sont conscientes des enjeux démographiques et financiers qui pèsent sur le devenir de l'assurance maladie et soutiennent les grandes lignes de la réforme. De la même manière, elles soutiennent le projet gouvernemental de réunification des assurances de la *Ziektefondswet* et des assurances privées. Elles ne contestent pas non plus l'idée d'une distinction entre une assurance de base, universelle, même gérée par des compagnies d'assurance privées et concurrentes, et d'assurances complémentaires facultatives. Mais cette acceptation n'est pas sans nuances.

L'avenir incertain de l'AWBZ

En revanche, elles sont beaucoup plus réticentes à l'unification dans une même assurance de base de l'assurance pour les dépenses exceptionnelles (AWBZ) et de celle pour les dépenses ordinaires. Elles voient d'un très mauvais œil le démantèlement de cette assurance pour les dépenses exceptionnelles, notamment la distinction envisagée entre des soins de *care*, c'est-à-dire des prestations d'assistance ménagère et sociale, et des soins de *cure*, plus spécifiquement médicaux, et surtout la sortie de ces soins de *care* de l'enveloppe de cette AWBZ et son transfert au budget social des municipalités.

Leurs craintes à cet égard sont de deux ordres. D'une part, elles redoutent que ne s'instaurent des différences de traitement pour l'usager selon son lieu de résidence et selon la priorité plus ou moins forte accordée par les municipalités à ces dépenses sociales. D'autre part, elles craignent des conséquences en termes de réductions d'effectifs pour l'emploi des personnels employés dans ces services d'assistance à la personne, en lien avec des politiques d'offre de services restrictives de la part des municipalités.

Un panier de soins trop restreint et trop cher

Sur le plan de la réforme du système d'assurances et de l'assurance de base, les principales réserves syndicales tiennent à

1. Source : *Werken en leren 2001/2002*, CBS, 2001.
2. Sans oublier les problèmes de travail non payé, toute baisse du niveau de l'assistance aux personnes âgées se traduisant par un plus fort recours aux « soignants naturels » qui sont majoritairement des femmes.
3. FNV Abva Kabo est le second syndicat néerlandais de la FNV avec 361 000 membres en 2003 (sur un total de 1,2 million) ; CNV Publieke Zaak le second syndicat de la CNV avec 83 000 membres (sur un total de 360 000).

la définition du panier de soins et à la compensation des dépenses de santé pour les ménages les plus modestes. D'une part, et avant même que la réforme ne soit mise en place, le gouvernement a d'ores et déjà sorti du champ des prestations prises en charge par la *Ziektefondswet* quelques soins médicaux ou paramédicaux (tels que les psychothérapies au-delà de 15 séances, certains soins de kinésithérapie, la contraception des femmes adultes et les soins dentaires des adultes) pour réaliser des économies. Ce précédent leur fait craindre une définition restrictive des soins considérés comme nécessaires (réduisant la « charge maladie » des personnes) et susceptibles de donner lieu à un traitement efficace pour un coût raisonnable. D'autre part, le flou subsiste sur la compensation fiscale qui sera mise en place pour corriger une trop lourde charge de dépenses d'assurance de santé pour les ménages modestes, maintenant qu'est acquise l'idée de l'abandon du paiement par cotisation proportionnelle aux ressources. Comment sera défini, face à la concurrence des assureurs chargés de proposer l'assurance de base, le niveau de dépenses plafond au-dessus duquel une compensation sera offerte aux ménages ? Quelle sera la forme de cette compensation ? Interviendra-t-elle au terme d'un exercice fiscal, auquel cas la dépense d'assurance pèserait de tout son poids sur le budget des ménages pendant ladite année ? Il paraît exclu que cette compensation prenne en compte les dépenses pour assurances complémentaires, exposant les assurés à une forte inégalité face à ces coûts.

Les organisations syndicales sont particulièrement critiques sur le point des mécanismes de freinage des dépenses qui pèsent sur les salariés. Elles refusent le bonus annuel pour non consommation médicale, comme le principe d'une franchise non assurée qui leur paraît être particulièrement injuste à l'égard des personnes frappées de handicap ou de maladies chroniques. En revanche, elles ne sont pas opposées au principe d'une contribution nominale aux dépenses de santé.

L'assurance santé au menu des futures négociations conventionnelles

D'ores et déjà, et devant les restrictions du panier de soins assuré par la *Ziektefondswet*, les organisations syndicales ont intégré dans les négociations salariales les questions d'assurance santé. Soit elles ont négocié avec les entreprises ou les branches l'offre de contrats d'assurances collectifs à des tarifs avantageux, soit elles ont négocié un complément mensuel de salaire destiné à compenser les dépenses supplémentaires engagées par les salariés pour leur couverture santé. Elles sont prêtes à continuer en ce sens, et à négocier la proposition aux salariés de contrats d'assurance santé dans le nouveau cadre réglementaire, comme à prendre part aux négociations avec les municipalités qui pourraient mettre en place de tels contrats collectifs d'assurance à destination des allocataires de la protection sociale.

Les salariés de la santé en position de force dans les négociations ?

Interrogées sur leurs craintes à l'égard des conséquences de la réforme sur les conditions de travail des salariés du secteur de la santé, les organisations syndicales semblent curieusement peu inquiètes. Le risque de démantèlement des conventions collectives sectorielles ne leur paraît pas vraiment réel. Si des institutions de soins concurrentes voyaient le jour en proposant des conventions alternatives, il leur semble que peut-être les conditions

de salaire pourraient être plus favorables mais que les conditions de travail dans les secteurs traditionnels continueraient d'être plus attractives du fait de leurs garanties secondaires (temps de travail, garde d'enfants, formation etc.). Les tensions sur les marchés du travail des personnels soignants ces dernières années [1] expliquent sans doute cette sérénité. Il est possible aussi que le flou régnant encore sur l'extension de l'offre de soins contribue à rendre à leurs yeux ces questions peu pertinentes aujourd'hui.

* * *

En conclusion, est-il possible de formuler une réponse aux trois questions posées en introduction ? Bien que ses promoteurs insistent sur la solidarité dans la réforme en cours, on peut craindre qu'il s'agisse là principalement d'un effet rhétorique tant qu'on ne connaîtra pas les contours exacts de l'assurance de base que les assureurs seront tenus de garantir. Car tant les mécanismes de péréquation que les mécanismes de compensation fiscale sont articulés aux seules limites de cette assurance de base. L'inégalité d'accès à la couverture santé va aussi se renforcer à travers l'inégalité d'accès des salariés à des contrats collectifs de santé d'entreprises ou de branches, qu'il s'agisse de tarifs préférentiels pour l'assurance de base ou bien pour l'assurance complémentaire, que les partenaires sociaux sont attentifs à développer. Les acteurs sociaux, qu'il s'agisse des organisations de médecins ou des organisations de consommateurs, ne veulent pas prendre le risque de faire des propositions de périmètre pour cette assurance de base, pour ne pas s'aliéner telle ou telle partie de leur clientèle. La responsabilité de discuter de ce « panier de soins » de base, seul véritable étalon du caractère solidaire du système, revient alors à la représentation parlementaire. En ce sens, la réforme en cours pourrait alimenter le débat public sur la limite entre la couverture maladie minimale considérée comme juste et nécessaire, dont la charge devra être allégée par la collectivité et par voie fiscale pour les plus modestes, et la couverture complémentaire, facultative et entièrement supportée financièrement par les assurés.

Les mécanismes de marché visant à développer la contractualisation entre assureurs et « *providers* » semblent bien, à terme, à même de modifier la configuration du système de soins dans son ampleur, sa diversité, l'émergence de nouvelles structures ou la disparition d'anciennes. Pour autant, le débat public sur le développement de l'offre de soins ne s'est pas encore emparé de ces enjeux. Enfin, le projet de redéfinition de l'assurance pour frais de maladie exceptionnels, moins avancé, passant par une distinction entre *care* et *cure,* et préalable à une fusion de cette assurance avec l'assurance maladie, devrait aussi avoir une grande influence sur la structuration du système de soins et sur ses coûts. Par contrecoup, il renvoie tout ou partie des dépenses de dépendance et de prestations liées au maintien à domicile des person-

1. On manque notamment d'infirmières, qu'on est allé recruter à l'étranger (Pologne, Asie du Sud-Est notamment) et de médecins du fait d'un sévère *numerus clausus* à l'entrée en formation et des augmentations de salaires revalorisant les conditions de travail dans le secteur de la santé ont été négociées ces dernières années.

nes âgées vers les municipalités, sans qu'on connaisse encore précisément quelles seront leurs obligations futures et les financements concernés. « La main invisible du marché » garantira-t-elle une meilleure gestion comptable de la santé publique en même temps qu'une amélioration de l'efficacité des soins ? L'insuffisance de l'offre, l'opacité des prix, la difficulté pour les candidats à l'assurance ou pour les malades d'accéder à une information suffisamment experte pour exercer leur faculté de choix entre les assureurs, permettent de douter que la santé puisse être un « marché » comme les autres.

Sources :

NRC Handelsblad.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2001), *Nota Vraag aan Bod*, juin.

Minsterie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2004), *Ziektekostenverzekeringen in Nederland*, avril.

RLJM Scheerder (2002), « Financing of the Dutch Health Care System », *in* E. van Rooij, L. Droyan-Kodner, T. Rijsemus, G. Schrijvers, *Health and Health Care in the Netherlands*, Ed. Elsevier.

RVZ (2003), *De wensen van zorgcliënten in Europa*.