

« Pays-Bas : Assurance publique - Assurance privée : L'impossible convergence »

R. Launois⁽¹⁻²⁾

In : Dossier Santé- Ministère de l'Economie et des Finances « Commission des comptes et des budgets économiques de la Nation » Juin 1995, 1-12.

(1) UNIVERSITE Paris XIII – Faculté de médecine Léonard de Vinci – 74, rue Marcel Cachin - 93017 Bobigny (France)

(2) REES France - 28, rue d'Assas - 75 006 Paris (France) – Email : reesfrance@wanadoo.fr - Site Internet : <http://www.rees-france.com>

Le système de santé hollandais est agité de nouveaux soubresauts ... Les espaces de liberté que la réforme Dekker-Simons tentait de créer se heurtent aux pesanteurs de la régulation administrée qui caractérisait le système précédent, tandis que la recherche d'une plus grande solidarité est compromise par l'élection d'une nouvelle majorité gouvernementale et la réticence des assureurs privés à assumer des missions de service public.

1. LES PROPOSITIONS DEKKER

En 1986, le gouvernement confiait à 8 experts réunis sous la présidence de M. Dekker, ancien PDG de Philips, une mission d'étude sur la réforme du système de protection sociale et de distribution des soins. Le rapport du groupe est remis en mars 1987 sous le titre « la volonté de changer ». L'ambition du projet est considérable. De quoi s'agit-il essentiellement ? De remplacer un système d'assurances sociales archaïque reposant, comme dans la France des années 30, sur la notion de plafond d'assujettissement, par une véritable sécurité sociale. Pour atteindre cet objectif, le champ d'application de l'assurance maladie, son organisation financière et ses modalités de régulation sont radicalement modifiées.

La première modification qui est introduite concerne la définition des affiliés et l'étendue de la protection. Précédemment, tous les résidents sur le territoire néerlandais étaient couverts pour leurs soins de longue durée : séjours hospitaliers dépassant 365 jours, placements en maisons de retraite, etc ... Cette assurance couvre les risques exceptionnels (AWBZ) représentait plus du tiers du total du coût de la santé. Elle était obligatoire et financée par les employeurs et les travailleurs indépendants sur la base de cotisations fixées en pourcentage du revenu (4,15 % en 1988). En matière d'assurance maladie classique par contre, 3 régimes d'assurances coexistaient : un régime d'assurances sociales (ZFW), était obligatoire pour les salariés dont les revenus n'excédaient pas 51 000 guilders (150 000 F). Son financement reposait sur les cotisations assises sur le revenu du travail payé pour moitié par l'employeur et pour moitié par l'employé au taux de 4,55 % en 1988. A cette date, 62 % de la population était couverte par ce régime. Sa mise en œuvre était assurée par les caisses locales d'assurance maladie qui finançaient à la fois les soins ambulatoires et les dépenses d'hospitalisation de moins de 365 jours. Un critère géographique présidait à l'affiliation des assurés auprès de ces organismes. Hormis quelques exceptions, il n'existait qu'une caisse par circonscription. Le conseil des caisses maladies représentait les caisses locales au niveau national. Ses missions concernaient aussi bien l'assurance maladie que l'AWBZ puisqu'il gérât à la fois le fond national d'assurance maladie et la caisse d'assurance frais exceptionnels. Par ailleurs, tous les agents de l'Etat et des collectivités locales étaient automatiquement pris en charge, quel que soit leur salaire, dans le cadre d'un régime spécial regroupant les 6 % de la population correspondante. A côté de cette assurance obligatoire, il existait un système d'assurances privées facultatives destinées aux titulaires de hauts revenus, aux professions libérales et aux chefs d'entreprise, qui couvrait 32 % de la population.

Les propositions du Comité Dekker rompent radicalement avec ce système de protection duale. Les séparations entre secteur sanitaire et secteur médico-social d'une part, hauts et bas revenus d'autre part, sont supprimées. Une assurance obligatoire est créée pour toute la population résidente ; elle est dégagée de toute condition d'activité professionnelle passée ou d'apport préalable à la société : c'est « la généralisation absolue » de la protection sociale. La portée de celle-ci est étendue à des risques qui en sont traditionnellement exclus, même dans des pays dont la législation sociale est la plus avancée ; elle couvre non seulement la maladie, mais aussi les dépenses médico-sociales. A l'évidence, les pouvoirs publics néerlandais ont ressenti l'impérieuse nécessité d'aborder en bloc les deux problèmes pour leur apporter un ensemble de solutions coordonnées. Au total, c'est 85 % des dépenses médicales et médico-sociales qui sont prises en charge par le régime obligatoire. Pour le surplus, les usagers ont la possibilité mais non l'obligation, de souscrire une assurance complémentaire. La gestion du système est indifféremment confiée à des sociétés d'assurances commerciales ou aux caisses parapubliques traditionnelles et l'assuré est libre de choisir son

organisme d'affiliation. Le service des prestations légales et extralégales relève obligatoirement des mêmes organismes d'exécution qui se retrouvent placés en position d'interlocuteur unique vis-à-vis de leur clientèle. La gestion du risque est totalement unifiée. Pour être habilités, ils devront respecter deux règles : l'interdiction du refus d'assurances et la non-différenciation des primes appelées en fonction des caractéristiques personnelles des souscripteurs.

- Le financement de la protection obligatoire est assuré par deux cotisations :
 - Une contribution sociale généralisée est fixée par le gouvernement en pourcentage des capacités contributives réelles de chacun dans la limite d'un certain plafond. Il est ainsi mis fin pour l'avenir à l'ancien système des cotisations professionnelles financé conjointement par les employeurs et les salariés. Les recettes de l'assurance maladie sont totalement fiscalisées. Une caisse nationale de péréquation des risques est instituée pour recevoir cette cotisation et verse les fonds aux organismes d'assurances habilités en tenant compte des caractéristiques d'âge et de sexe de leur clientèle sous la forme d'un forfait annuel de santé identique pour tous les organismes assureurs. L'intérêt d'une telle formule de financement est clair : la valeur des forfaits de santé augmente avec l'importance des besoins de la population assurée. Dès lors, les recettes des compagnies d'assurances sont proportionnelles à leur coût et la tentation de la sélection des bons risques est écartée.
 - Une cotisation individuelle obligatoire vient compléter le dispositif. Directement versée par l'assuré à l'organisme d'exécution de son choix, elle est nivelée, c'est-à-dire uniforme pour tous ses adhérents quel que soit leur âge, leur sexe et leurs antécédents de santé. Son montant correspond à la fraction du coût réel des prestations de base non couvertes par les versements de la caisse de péréquation. Il est d'autant plus élevé que les organismes assureurs contrôlent mal leur propre coût de gestion et celui du système de santé. Avec l'introduction d'une prime nivelée identique pour tous les souscripteurs auprès d'un organisme assureur, mais variable selon les organismes, un principe d'économicité est introduit dans les choix des souscripteurs. A taux de couverture égal, les assureurs sont donc directement incités à maîtriser les dépenses afin de maintenir le montant de la contribution exigée de leurs souscripteurs à un niveau acceptable par ceux-ci.
 Sur ce socle de prestations obligatoires, communes à tous les assurés, peuvent éventuellement se superposer des avantages complémentaires à condition de verser une cotisation facultative pour en couvrir le coût. Chaque individu a donc la possibilité de choisir au-delà de la protection de base le niveau de couverture qui correspond le mieux à ses aspirations et à ses possibilités financières. L'attribution par l'État d'une valeur tutélaire aux soins médicaux est compatible avec la libre expression des préférences individuelles, dès lors que pour les prestations de confort, la notion de solidarité s'efface devant celle de la responsabilité.
- L'esprit de la réforme est résolument pro-compétitif. Celle-ci espère maîtriser la dépense et améliorer l'efficacité en introduisant la concurrence en deux points : celui du libre choix de l'organisme assureur et celui du contrôle des producteurs par ce dernier.

Le conventionnement automatique de tous les praticiens qui en font la demande disparaît. La valeur des actes et des forfaits cesse d'être fixée au niveau national.

Rivalisant entre-eux, les assureurs devront proposer, pour attirer la clientèle, des contrats offrant la couverture légale au meilleur coût. Ils passeront des accords sélectifs avec des professionnels soucieux de pratiquer une médecine sobre. Les praticiens ne bénéficiant plus que d'une quasi-

garantie d'emploi seront incités à intégrer la dimension économique dans leur raisonnement et à s'interroger sur l'efficacité de leurs prescriptions. Les assurés, à qui il appartient de choisir l'organisme de prise en charge, devront eux aussi adopter de nouvelles attitudes, ils pourront continuer de s'adresser, s'ils le souhaitent, au médecin de leur choix dans le cadre d'une assurance traditionnelle où ils pourront opter pour un contrat leur assignant des professionnels agréés, avec ou sans libre accès aux spécialistes. Tout est possible, rien n'est imposé, la diversité des préférences peut s'exprimer.

2. UNE MONTEE EN PUISSANCE TECHNIQUEMENT PERILLEUSE

Toute réforme pour avoir la moindre chance de réussite doit serrer au plus près les réalités institutionnelles locales. L'AWBZ offrait l'environnement institutionnel approprié. Sa vocation, bien que limitée aux dépenses exceptionnelles de maladies, était universelle comme l'était celle du système que l'on prévoyait d'installer. Son financement, assuré par un prélèvement fiscal, était proche de celui qu'on envisageait d'introduire en créant une cotisation proportionnelle aux revenus pour financer les dépenses de la couverture de base. Enfin et surtout, les caisses maladie comme les assureurs privés avaient l'habitude de travailler avec ses services, dont ils étaient en quelque sorte les organismes d'exécution. Tout assuré demandant une prestation au titre de l'AWBZ devait s'adresser exclusivement à l'assureur ou aux caisses auxquelles il était affilié. Ces organismes procédaient à la vérification de ses droits. Il leur était interdit de fournir eux-mêmes les prestations demandées, ce qui les amenait à passer convention avec les professionnels de santé et les établissements de soins appropriés. L'esquisse d'un marché véritable entre les assureurs et les producteurs de soins existait déjà dans le cadre d'une organisation d'inspiration solidariste. C'était donc le vecteur idéal de la réforme Dekker.

En mars 1988, le second gouvernement Lubbers manifeste clairement l'intention de reprendre à son compte les propositions qui lui avaient été faites en publiant un mémorandum intitulé « le changement assuré ». Il prévoit de transformer graduellement l'AWBZ en assurance-soins, la ZWF étant appelé à terme à disparaître. Au 1^{er} janvier 1989, les premières mesures sont entrées en vigueur : élargissement du champ de compétences de l'AWBZ, introduction dans l'assurance maladie classique et dans l'assurance frais exceptionnels d'une cotisation forfaitaire individuelle fixée par l'Etat.

La démarche adoptée pour mettre en place le nouveau dispositif de façon progressive et par étapes est d'une incroyable complexité.

- Les champs d'intervention de l'AWBZ, la structure de son financement et son rôle dans le remboursement des frais avancés par les organismes d'exécution (caisses d'assurance maladie et sociétés d'assurance commerciale) sont simultanément modifiés.
 - Le nombre des prestations prises en charge par l'AWBZ augmente. Le dépistage des maladies congénitales de l'hépatite B chez les femmes enceintes, les soins dispensés en polycliniques psychiatriques et les prothèses sont payés par cet organisme à partir du 1^{er} janvier 1989. En 1992, la gamme des prestations est de nouveau élargie. Les dépenses de médicaments, de rééducation fonctionnelle, du conseil génétique et de l'aide aux malentendants relèvent désormais de l'assurance dépenses exceptionnelles.
 - La structure du financement de l'AWBZ est modifiée : les salariés doivent payer eux-mêmes la cotisation proportionnelle au revenu dont ils sont redevables. La part patronale leur est en partie restituée pour amortir le choc. En contrepartie, le montant des cotisations obligatoires versées aux caisses d'assurance maladie ou celui des

- primes appelées par les compagnies d'assurance est diminué puisque les unes et les autres sont déchargées d'une partie de leurs obligations.
- Les relations financières de l'AWBZ avec les organismes d'exécution sont redéfinies : leurs dépenses augmentent avec l'extension de son champ d'intervention. Le forfait annuel de santé qui est versé par la caisse nationale de péréquation des risques ne couvre pas la totalité des frais engagés. Sur un plan technique, il est d'ailleurs difficile à calculer. Le gouvernement néerlandais se contente de fixer des budgets sur une base historique. Initialement, il s'agissait de budgets prévisionnels, les caisses ayant toujours la possibilité (comme en France) d'obtenir des avances ou des subventions du Fond National d'Assurance Maladie des dépenses médicales exceptionnelles. Depuis le 1^{er} janvier 1992, les crédits sont en partie limitatifs. Le fond ne prend en charge que 85 % de la différence entre le montant budgétaire prévu et les dépenses effectivement remboursées. L'introduction d'une contribution annuelle forfaitaire payée directement par l'assuré à l'organisme assureur correspond à la fois à une obligation légale et à une nécessité technique. Son montant est déterminé désormais librement par les organismes concernés.
 - Un dispositif similaire est mis en place pour assurer le financement des caisses maladie ordinaires (ZWF). La part salariale a été diminuée proportionnellement au montant des cotisations individuelles instaurées, ce qui alourdit le poids relatif des cotisations patronales dans le financement du système. A l'exception de la « prime nominale », tous les prélèvements sont versés à un fond d'assurance maladie ordinaire qui paie les prestations remboursées par les caisses hors AWBZ. Là encore le fond ne prend en charge qu'une partie (90 %) de la différence entre le montant budgétaire alloué et les dépenses réellement effectuées. Les caisses sont donc directement incitées à maintenir les contributions exigées par leurs adhérents à un niveau acceptable. Un principe d'économicité est introduit dans les choix.

3. LES RETICENCES DES ASSUREURS PRIVES

Malgré ses lourdeurs, le dispositif a été dans un premier temps bien accueilli. Les caisses d'assurance maladie y voyaient le moyen de pénétrer sur le marché de l'assurance complémentaire qui leur était jusque-là fermé, tandis que les sociétés d'assurances multirisques espéraient pouvoir élargir les parts de marché en utilisant les contrats santé comme produit d'appel.

Le changement de majorité au sein du troisième gouvernement Lubbers (1989-1994) a renversé cette tendance. Pour répondre aux vœux de la majorité centre-gauche qui se substituait à l'ancienne coalition de centre-droit, le titulaire socialiste du portefeuille de la santé, M.SIMONS, a prévu d'élargir la part des dépenses prise en charge par l'assurance obligatoire de 85 à 96 % des dépenses sanitaires et médico-sociales, ce qui limite fortement les possibilités d'intervention des assurances complémentaires. Parallèlement, le montant des contributions individuelles obligatoires serait ramené de 25 à 15 % du coût de la protection de base, ce qui réduit d'autant les possibilités de concurrence par les prix entre les organismes publics et privés responsables de la mise en œuvre de la protection de base.

Mais les plus grands obstacles que rencontre la réforme tiennent certainement à la lourdeur de l'arsenal réglementaire adopté dans le passé. Pour introduire une dynamique de marché, il fallait revenir sur quarante ans d'intervention étatique. Tout le système était structuré par une planification extrêmement lourde, peu compatible avec les règles du marché. Depuis la loi hospitalière de 1971 (WZW), le développement des établissements hospitaliers était très fortement encadré. En ville, l'implantation des cabinets médicaux et des centres de santé communautaires exigeait l'autorisation préalable des municipalités concernées à la suite du vote en 1982 de la loi sur les prestations

sanitaires (WVG). En 1985, la loi médico-sociale (VGM) se proposait de mettre fin à la dissociation entre le sanitaire et le médico-social en reprenant les mécanismes de planification mis précédemment sur pied par la médecine de ville. Quant à l'hôpital, il est depuis 1982, sous dotation globale de financement pour ses dépenses de fonctionnement. Les soins des spécialistes qui travaillent en son sein étant, contradiction supplémentaire, payés à l'acte. La moitié de la dotation budgétaire est allouée aux établissements en fonction de leur taux d'attraction, du nombre de lits et du nombre de spécialistes qui y exercent leur activité ; l'autre moitié fait l'objet de négociations locales entre l'hôpital et les acheteurs locaux. Enfin, les prix des prestations sanitaires elles-mêmes ont été extrêmement réglementées jusqu'en 1992 puisque l'Office Central des Tarifs Sanitaires (COTG) fixait jusqu'à cette date les prix-limites qui servaient de base aux négociations entre les producteurs de soins et les caisses d'assurance maladie ou les sociétés commerciales.

Pour abattre cet impressionnant dispositif et faire fonctionner de vrais mécanismes de marché, il a fallu le démanteler pierre par pierre. L'obligation des caisses d'assurance maladie de conclure des conventions avec l'ensemble des professionnels de santé a été supprimée le 1^{er} janvier 1992, le conventionnement individuel est désormais possible. Le système de circonscription des caisses d'assurance maladie, fixé par l'administration dans le cadre de la loi sur l'assurance maladie (ZWF) a été aboli à la même date. Les 25 caisses de l'assurance obligatoire se trouvent désormais en concurrence les unes avec les autres, les assurés ont la possibilité de changer de caisse tous les deux ans.

La déréglementation demeure toutefois insuffisante. Les assureurs estiment que le gouvernement « tout en les rendant responsables de la maîtrise des dépenses de santé ne leur permet pas en vérité d'y parvenir tout en restant compétitif ». En 1991, la deuxième société d'assurance privée néerlandaise ENGAO a purement et simplement liquidé son portefeuille santé. Le nombre des compagnies d'assurances commerciales existantes a presque chuté des deux tiers. Le plan Simons prévoyait que l'assurance soins serait mise en œuvre par un nouveau type d'assureurs agréés : les « assureurs-soins », qui pouvaient être aussi bien d'anciennes caisses d'assurance maladie que d'anciennes sociétés commerciales. Il leur était fait toutefois obligation d'adopter un statut juridique mutualiste. De nouvelles organisations se sont donc mises en place. Elles regroupent des personnes morales qui relèvent soit du droit privé, soit du droit de la mutualité. Leur vocation est d'offrir des prestations, tant dans le secteur de l'assurance obligatoire que dans celui de l'assurance volontaire. Sur le terrain, on assiste à l'apparition d'une logique de cartellisation des assureurs, ainsi depuis le 1^{er} janvier 1995, la VNZ (Fédération de la mutualité et des caisses maladies) et la KLOZ (Fédération des sociétés d'assurances commerciales se sont regroupées au sein d'une même organisation en vue de promouvoir une offre globale d'assureurs santé.

4. LA FIN DES GRANDS DESSEINS

L'année 1994 semble sonner le glas des grands desseins : les élections générales de mai dernier ont amené un nouveau gouvernement, les chrétiens-démocrates ont cessé d'être au pouvoir et Mme OCMA, Conseiller du Ministre de la Santé, n'hésite pas à affirmer que « les autorités actuelles ont abandonné l'idée d'une transformation profonde et rapide du système d'assurance sociale ». Pour contrôler les dépenses, ce qui semble aujourd'hui le seul objectif prioritaire, les mesures seront désormais prises sur la seule base des lois existantes, à savoir celles qui régissent l'assurance maladie classique et l'assurance des dépenses exceptionnelles. Le projet d'une harmonisation du financement des mutuelles et des assurances privées est abandonné. Le forfait annuel de santé qui, dans le projet Dekker, devait indifféremment financer les caisses d'assurance maladie ou les assureurs privés, ne sera versé qu'aux premiers organismes, tandis que les assureurs privés conserveront leurs règles de tarification habituelles. L'existence d'un quasi-marché n'est pas remise en question, mais il ne fonctionnera que dans le cadre de l'assurance obligatoire. Les organismes qui y interviennent feront toujours l'objet d'un double financement fondé pour partie par une contribution individuelle obligatoire versée directement à la caisse d'assurance choisie. La forfaitisation d'une contribution individuelle responsabilise l'utilisateur et le déremboursement de

certaines prestations – par exemple, la pilule anticonceptionnelle – contribue à diminuer les dépenses de la protection sociale. Les préoccupations de solidarité semblent avoir très largement disparu, le souci premier des autorités est maintenant de maîtriser les coûts en mettant les dispositifs imaginés par leurs prédécesseurs au service de leur politique.

5. CONCLUSION

Le système de soins des Pays-Bas reste très marqué par une conception de type britannique, la médecine curative fonctionne sur la base de la capitation avec un passage obligé par le généraliste avant d'accéder à la médecine spécialisée, laquelle est organisée au sein des structures hospitalières. La politique hospitalière demeure entre les mains de l'Etat pour son financement (dotation globale), ses investissements, ses règles juridiques et techniques.

Le secteur libéral ou hospitalier privé existe mais son influence reste marginale.

En fait, le système s'apparente à une cohabitation de logiques publiques fortes sur la distribution des soins et de l'assurance maladie de base avec l'amorce d'un pluralisme d'assureurs complémentaires où la concurrence reste faible puisque des idées comme l'accréditation de structures de soins (médecine de ville et soins hospitaliers) sont loin d'être opérationnelles.

La cohérence des logiques d'ensemble Etat-Assurance-Maladie-Producteurs de soins paraît toujours incertaine ; il faudra encore attendre pour savoir si cette réforme de la réforme privilégiera la voie « libérale-solidariste » ou un retour à l'ancien régime.