

LE FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE AUX PAYS BAS

J.A.M. MAARSE*

En 1991, les Pays Bas ont consacré 8,7 % de leur Dépense Intérieure Totale (DIT) aux soins de santé, ce qui n'est pas un faible pourcentage comparé aux 9,1 % de la France. En même temps, les hollandais ont par ailleurs mieux réussi à contenir leurs coûts. Sur la période 1980-1991, la part des prestations de santé dans la DIT a augmenté de 0,7 %, alors qu'en France la croissance a été de 1,6 %¹.

La première partie de cet article est consacrée à la *mobilisation des ressources financières* pour les prestations de santé (d'où provient l'argent?). La Hollande, de même que l'Allemagne, la Belgique, la France et le Luxembourg, est l'un des pays de l'Union Européenne qui s'appuie le plus sur l'assurance maladie pour le financement de la sécurité sociale. En 1992, environ 67,8 % des dépenses totales de santé ont été couvertes par les assurances sociales; le restant provenait de l'assurance maladie privée (13,7 %), des impôts généraux (10,3 %), ou des financements effectués par les assurés eux mêmes (8,2%)². La deuxième partie de l'article traite de l'*allocation des ressources disponibles* (où va cet argent ?), notamment le financement des médecins généralistes, des spécialistes et des hôpitaux de soins intensifs.

325

Un aperçu de l'assurance maladie aux Pays Bas

Les Pays Bas ont développé un système d'assurance santé mixte. En 1991, environ 61 % de la population était couverte par le système de financement maladie et 33 % par une assurance privée. Les 6 % restants avaient contracté un programme d'assurance maladie destiné aux fonctionnaires. Par ailleurs, il existait un programme national d'assurance maladie pour soins de longue durée et divers autres services de santé.

L'adoption de la Loi sur le Financement maladie (*Ziekenfondswet*) en 1964 a mis temporairement un terme à la longue lutte politique qui a

* Professeur d'Analyse de la Politique de Santé, Université du Limbourg, Faculté des Sciences de la Santé, Maastricht, Pays Bas.

¹ Les systèmes de santé dans l'OCDE : faits et tendances 1960-1991. Paris 1993.

² Financieel Overzicht Zorg 1993.

commencé au début du vingtième siècle, lorsque le gouvernement a entrepris les premiers pas afin de promulguer une législation sur l'assurance sociale maladie. La législation sur l'assurance maladie était considérée nécessaire afin que tous les citoyens puissent accéder plus facilement aux soins de santé. En 1900, seulement 10 % d'entre eux avaient une assurance maladie pour un nombre restreint de services intensifs. Un autre objectif consistait à réguler le labyrinthe de centaines de caisses d'assurance (par exemple : caisses de praticiens, d'employeurs, d'employés), dont la solvabilité s'avérait souvent douteuse. Les risques étaient également partagés inégalement entre les caisses.

La promulgation d'une loi d'assurance sociale maladie s'est avérée une démarche politique difficile, nonobstant, eu égard notamment aux points de vue et intérêts divergents des partis politiques, des praticiens et des caisses d'assurance à propos d'un système de santé imposé par le gouvernement (devait-il être national ou limité ?), des méthodes de financement et des compétences formelles des caisses maladie. La conclusion du processus législatif a été davantage délimitée par un compromis politique que par un choix rationnel. La crise financière de la fin des années 20 a également paralysé ce processus législatif.

326

Ironiquement, cette situation allait continuer jusqu'en 1941, lorsque l'occupant allemand a émis le Décret des Caisses Maladie (*Ziekenfondsenbesluit*). Ce décret a introduit un système obligatoire d'assurance maladie pour les employés ayant des ressources limitées. Ce processus législatif a continué après la Deuxième Guerre Mondiale et a abouti à la promulgation de la Loi sur les Caisses Maladie de 1964. Cette loi -qui en réalité a confirmé la structure de base précédemment imposée par l'Allemagne- a introduit un système d'assurance maladie qui peut être considéré comme un exemple typique d'assurance sociale maladie du type de celle de Bismarck.

Système de caisses maladie : ce système propose une assurance maladie statutaire à tous les employés dont le revenu ne dépasse pas un certain plafond (déterminé par le gouvernement) et aux bénéficiaires d'aides sociales. Le plafond sur revenu était une concession aux praticiens qui désiraient conserver leurs patients particuliers rentables. Jusqu'en 1986, la Loi sur les Caisses Maladie comprenait deux autres volets séparés : un système obligatoire pour les personnes âgées et un autre volontaire pour les travailleurs indépendants. Tous deux ont été supprimés en 1986, lors de la «petite» réforme de santé (cf., ci-après).

L'ensemble des prestations santé s'est graduellement développé au cours des années et fournit à l'heure actuelle une couverture totale et exhaustive des services liés à la protection de la santé : consultations avec

médecins généralistes et spécialistes, traitement hospitalier aux patients internes et externes pour une durée maximale d'une année, médicaments sur ordonnance, soins dentaires, allocations maternité et physiothérapie. L'actuel débat politique porte, néanmoins, sur la manière de restreindre le système de santé et de parvenir à un ensemble de prestations juste, mais modeste. Le rapport *Dunning*, publié en 1991, propose un instrument pour une prise de décision logique à ce sujet, qui consiste en quatre volets consécutifs : les soins doivent être nécessaires, réels et efficaces. Le quatrième volet concerne la responsabilité individuelle qui peut réduire la solidarité³. Jusqu'à présent, les résultats du débat sont limités. Les médicaments homéopathiques et anthroposophiques ont été déréférencés de la liste en 1994. En 1995, la liste courante des soins dentaires devrait subir des réductions significatives.

Le système des caisses maladie n'a pas de franchise (optionnelle). Les frais à charge de l'utilisateur ne s'appliquent qu'à un nombre limité de prestations, par exemple pour les lunettes. En 1991, un système de prix de référence a été installé pour les médicaments prescrits sur ordonnance. Les efforts entrepris par le gouvernement durant les années 80 pour introduire des frais à charge de l'utilisateur en cas de recours à un spécialiste ont échoué, suite à la résistance sociale, après une brève période d'application.

Le système de caisse maladie est axé sur le principe de solidarité. Les employeurs ainsi que les employés paient ensemble un pourcentage fixe (6,35 % en 1994) du revenu brut de l'employé (solidarité de revenu). Le principe d'équité actuarielle ne s'applique pas (solidarité de risque). Les dépendants sont co-assurés statutairement (solidarité familiale). Un plafond de base de cotisation limite la retenue maximale sur le salaire. Le taux d'imposition sur le salaire, déterminé par le gouvernement, est calculé selon une retenue à la source. Depuis 1989, les assurés des caisses maladie doivent également verser une prime à taux uniforme (198 Dfl. en 1994). Ces primes font partie de la mise en application de la «réforme Dekker» de l'assurance maladie.

Le système de caisse maladie a un mécanisme distributif sous forme de Caisse Centrale. Toutes les retenues sur les salaires, ainsi que les paiements de transferts gouvernementaux sont reversés à cette caisse. Les caisses maladie paient directement les fournisseurs et se font intégralement rembourser par la Caisse Centrale. Le but de cet arrangement est d'éviter des différences dans les retenues sur les salaires entre les caisses à cause de différences dans la consommation de prestations médicales ou dans les ressources.

3. Rapport sur les choix stratégiques dans le domaine de la santé, La Haye, 1991.

La structure institutionnelle consiste en trois couches. A la base, opèrent les caisses maladie agréées (*ziekenfondsen*) qui sont légalement des institutions privées à but non lucratif. En 1985, il existait 53 caisses en fonctionnement. Elles sont organisées régionalement et -jusqu'à présent- agissent en tant que monopole régional. Le Conseil des Caisses Maladie (*Ziekenfondsraad*), agissant à niveau intermédiaire, est composé de représentants des organisations patronales et salariales, d'associations de prestataires de santé, de l'association d'assurance santé privée, de l'association des caisses maladie et d'autres associations. Quelques membres sont choisis directement par le Ministre de la Santé. Le Conseil peut être considéré comme une entité quasi-indépendante qui remplit un double rôle dans l'assurance santé. D'abord, il conseille le gouvernement à propos des thèmes relevant de l'assurance maladie et de la politique de la santé, et ensuite, il agit en tant qu'entité administrative qui supervise les activités des caisses et est en charge de la Caisse Centrale. Au niveau supérieur se trouve le gouvernement, qui est responsable de la politique à appliquer en matière de santé. Le gouvernement décide, par exemple, du taux de cotisation sur les salaires, du partage entre employeur et employé, de l'ensemble des prestations liées à la protection de la santé, du plafond sur revenu et de la base de cotisation maximale.

328

La Loi sur les caisses maladie ne permet pas à ces dernières de développer des installations de santé propres. Jusqu'à récemment, elles devaient également signer des contrats avec tous les praticiens et prestataires institutionnels. Cette interdiction formelle d'embauche sélective peut être considérée comme une victoire des prestataires dans le processus législatif. Depuis 1994, cependant, les caisses maladie ont la possibilité de ne pas passer contrat avec chaque praticien.

Programme de dépenses médicales exceptionnelles : en 1967, une autre loi sur l'assurance sociale maladie, la Loi des Dépenses Médicales Exceptionnelles (*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*), a été mise en application. A l'origine, ce système de dépenses exceptionnelles été conçu en tant qu'assurance pour l'ensemble de la population contre les risques exceptionnels non couverts par le système de caisses maladie (par exemple : soins de garde des malades, soins d'hôpitaux psychiatriques et pour handicapés mentaux). Au fil des années, une variété d'autres services est venue se rajouter au programme (comme par exemple : soins psychiatriques en cabinet et garde de malades par district). Depuis 1992, tous les médicaments sur ordonnance des patients externes sont également couverts par le système des dépenses médicales exceptionnelles (la raison de cet accord sera expliquée ultérieurement). Une autre différence par rapport au système des caisses maladie consiste en l'utilisation de co-paie-

ments. En 1993, environ 5,5 % des paiements pour prestations «exceptionnelles» provenaient des frais à charge des bénéficiaires (notamment les coûts d'hôtellerie)⁴.

Le reste du système ressemblait beaucoup à celui des caisses maladie. Les cotisations sont fonction des revenus (8,55 %) et doivent être versées par l'employeur. Depuis 1991, chaque personne doit également payer une prime à taux uniforme (147 Dfl. en 1994); il existe une base de cotisation maximale et une Caisse Centrale séparée. Les cotisations sur le revenu sont calculées selon le système de la retenue à la source; le programme est géré par les bureaux de coordination régionale des caisses maladie et les assureurs maladie privés. Le Conseil des Caisses Maladie gère la Caisse Centrale, supervise l'application locale et conseille le gouvernement qui conduit la politique courante.

Assurance maladie privée : les Néerlandais n'ont pas seulement développé une assurance sociale maladie, mais également une assurance privée. Par la loi sur la Caisse Maladie, toute personne ayant un revenu supérieur au seuil fixé n'a pas le droit de cotiser au système des caisses maladie et doit contracter un système d'assurance privé. Cette disposition explique la raison pour laquelle les Pays Bas ont le taux le plus élevé d'assurés privés au sein de l'Union Européenne (33 %). L'adhésion n'est pas obligatoire, mais en raison de l'aversion généralisée au risque, presque tout le monde a adhéré volontairement à des assurances privées.

329

Les systèmes d'assurance privée offrent généralement un large éventail de services de santé qui ne sont pas couverts par le système de dépenses médicales exceptionnelles. Étant donné que les assureurs privés ne sont pas régis par la législation sur l'assurance publique maladie, ils sont plus souples quant aux politiques de prestations et aux stratégies de primes. Les adhérents ne paient pas une prime selon leurs revenus, mais suivant le risque. Les systèmes privés se différencient également de leurs homologues publics par leurs dispositions de co-paiement (par exemple : les frais à charge du bénéficiaire, les franchises de remboursement).

En 1985, il existait 69 assureurs maladie privés. La plupart d'entre eux fonctionne à l'échelle nationale et ils se livrent à une forte concurrence pour attirer de nouveaux adhérents séduits par des systèmes attractifs et de plus en plus différenciés. Il existe trois principales catégories d'assureurs. La première comporte les assureurs à but non lucratif qui possèdent des liens étroits avec les caisses maladie. Ce type d'assurance, appelée *bovenbouwmaatschappijen* a été développé par les caisses maladie afin d'offrir un système d'assurance à ceux qui étaient contraints d'abandonner

⁴ *Financieel Overzicht Zorg 1994*.

la caisse maladie à cause de leur dépassement du seuil de revenu fixé. La deuxième catégorie est celle des compagnies mutuelles d'assurance à but non lucratif. L'assurance maladie est souvent leur activité la plus importante. La troisième catégorie est celle des assureurs à but lucratif. Ce sont généralement des organisations ayant plusieurs activités. Les assureurs privés s'attaquent également au marché des contrats de groupe pris par les entreprises qui représentent environ 40 % des assurés privés. Les assureurs privés sont assujettis au contrôle de la Chambre d'Assurance (*Verzekeringkamer*) qui surveille leur solvabilité.

La rentabilité de l'assurance privée est modérée. En 1992, le retour net atteignait 3,4 % des revenus totaux⁵.

Fonctionnaires : le panorama se complique davantage avec le système séparé d'assurance maladie des fonctionnaires. Ce système montre la volonté politique de certains groupes de fonctionnaires (police, gouvernement local et provincial) de ne pas adhérer au programme des caisses et d'organiser une solidarité exclusive au sein de leur propre groupe. Il existe quelques différences fondamentales entre les systèmes d'assurance des fonctionnaires et celui des caisses maladie. Les systèmes des fonctionnaires ne relèvent pas du droit public et il n'existe pas de plafond de revenu, par conséquent, les adhérents ne peuvent pas choisir une assurance privée de santé ou un autre système d'assurance. La base de cotisation maximale est plus élevée que dans le cas des caisses maladie. Les systèmes des fonctionnaires proposent également des prestations plus importantes (par exemple : pour les lunettes et les soins dentaires). Finalement, ils utilisent souvent le co-paiement pour tous types de soins, à l'exception des soins pour les patients hospitalisés. La somme totale annuelle de co-paiements est limitée à un pour cent des revenus bruts annuels d'une personne. Une caractéristique commune avec les programmes des caisses maladie est que les cotisations dépendent des revenus (pourcentage fixe du revenu).

330

La «petite» réforme de l'assurance-santé de 1986

En 1986, une réforme de l'assurance-santé a été mise en oeuvre afin de résoudre deux problèmes. Le premier avait trait au désastre financier du système des caisses maladie pour les personnes âgées. En 1985, les revenus des primes de ce dernier couvraient seulement 18,6 % du total des dépenses liées à la santé des assurés âgés (en 1970, ce pourcentage avait été de 39,4 %). Afin d'éviter la faillite, il a fallu d'importantes contributions

⁵ Publication annuelle KISG, 1992.

gouvernementales et des transferts des caisses maladie. La solution trouvée a été de liquider le système séparé des caisses maladie pour personnes âgées. Tous les assurés ont été transférés au système général des caisses maladie. Etant donné que cette mesure a automatiquement provoqué une surreprésentation des personnes âgées au sein des caisses maladie, une loi a été promulguée afin que les assureurs privés subventionnent le système des caisses maladie en compensation de la surreprésentation des personnes âgées (subvention croisée externe). Les assurés des systèmes privés de maladie doivent payer une prime à taux uniforme qui est déterminée par le gouvernement.

La réforme visait également une autre tragédie dans l'assurance, essentiellement la position financière extrêmement difficile du système volontaire des caisses maladie des travailleurs indépendants. Les indépendants avaient toujours eu le droit d'adhérer au système volontaire des caisses maladie ou d'adhérer à un programme privé. Depuis le début des années 80, les assureurs privés avaient commencé un processus «d'écémage» en offrant des contrats très attractifs aux bons risques parmi les indépendants. Le résultat de cette sélection adverse du risque a été que le système volontaire des caisses maladie a souffert d'une surreprésentation de risques santé ayant pour conséquence d'inévitables flambées des primes.

Le problème a été résolu par la liquidation du système volontaire des caisses maladie. Tous les assurés devaient adhérer à un contrat d'assurance privé. Etant donné que cette mesure aurait rendu difficile l'accès au système, le gouvernement a promulgué la Loi sur l'Accession à l'assurance santé (*Wet Toegang Ziektekostenverzekering*), par laquelle les assureurs privés devaient offrir aux anciens assurés volontaires un système de base -déterminé par le gouvernement- pour une prime standard. La nouvelle loi a également introduit un autre plan standard avec prime standard pour ceux qui devaient adhérer à un système privé en raison du dépassement du plafond de revenu dans le système des caisses maladie.

Le groupe des personnes concernées par la loi d'accession s'est considérablement accru au fil des années. Depuis 1989, toutes les personnes de plus de 64 ans peuvent choisir le plan standard. En 1992, les étudiants ont eu la possibilité d'adhérer au plan standard étudiant. Par ailleurs, tous les adhérents aux contrats d'assurance privés ont eu le droit d'adhérer au plan standard dès lors que la prime de leur contrat privé excède la prime du plan standard. Comme conséquence directe de ces mesures, la part des systèmes purement privés dans l'activité d'assurance privée a baissé de 85,1 % en 1991 à 81,6 % en 1992. Les assureurs privés sont devenus de plus en plus des exécutants de la politique publique.

Etant donné que les revenus collectés par les primes standard sont en deçà des dépenses de santé des groupes couverts par le plan standard, le

gouvernement a imposé une prime à taux uniforme à tous les adhérents de systèmes strictement privés pour combler la différence entre les revenus des primes et les dépenses de santé. Cette prime s'est accrue de 75,6 Dfl. en 1989 à 414 Dfl. en 1993 (les enfants paient 50 %). En 1992, environ 57 % des dépenses de santé concernant les adhérents au plan standard étaient payées par l'accord de subvention croisée interne.

Le plan standard impliquait en réalité l'introduction d'un panier de risque commun dans l'assurance privée de santé sous réglementation publique. A présent, un assureur de santé privé trouve un intérêt financier à transférer tous les risques élevés au plan standard, compte tenu de l'accord de subvention croisée qui a été imposé par le gouvernement.

La réforme d'assurance-santé de 1986 a eu un effet néfaste dans les relations entre le gouvernement et les assureurs privés de santé. Ces relations étaient historiquement plutôt lâches. Les activités d'assurance privée de santé n'ont jamais relevé du droit public. Le droit public ne régissait l'assurance privée que de manière globale. La Chambre d'Assurance était en charge de la supervision des assureurs de santé privés. La Loi sur l'accession à l'assurance santé a cependant amené une augmentation considérable de l'intervention gouvernementale sur le marché de l'assurance santé privée. Les assureurs privés se sont vus alors imposer deux plans standard pour lesquels la sélection de risque est interdite; le gouvernement décide de l'ensemble des prestations, des primes d'assurance et des questions de couverture. Ce comportement s'avère paradoxal dans la mesure où précisément à l'heure où le gouvernement vise à ce que les assureurs de santé prennent davantage en charge leurs propres activités, les risques financiers encourus par les assureurs de santé privés ont été considérablement réduits par l'étendue de la réglementation publique.

332

La «grande» réforme d'assurance-santé

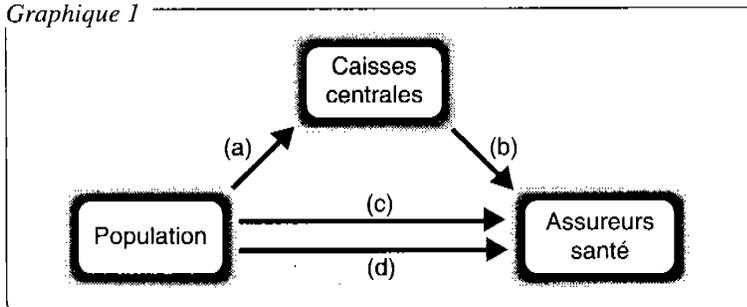
Alors que la «petite» réforme de l'assurance santé devait remédier à deux problèmes urgents du système des caisses maladie, la «grande» réforme se voulait globale et concernait l'ensemble du système avec un grand accent mis sur la réforme de l'assurance santé. Elle a débuté en 1986 avec l'installation du Comité Dekker (Dekker était un ancien PDG de Philips) qui a présenté son rapport : Volonté de changement (*Bereidheid tot Verandering*), en 1987.

On considérait que cette réforme était nécessaire pour au moins quatre raisons. Premièrement, les décideurs politiques soutenaient que la structure d'assurance santé en vigueur était fragmentée. La réforme devait créer un système national global par lequel la frontière traditionnelle qui séparait les caisses maladie des assureurs privés n'existerait plus. Deuxième-

ment, d'énormes inefficacités prévalaient dans la protection de la santé; la Caisse Centrale de la sécurité sociale, par exemple, agissait comme une forte incitation à l'inefficacité. La disposition de remboursement total du coût encourageait les caisses maladie à prendre la situation à la légère vis-à-vis des prestataires de santé, puisqu'elles n'avaient structurellement aucune exigence d'efficacité et de contrôle des coûts⁶. Troisièmement, les décideurs politiques se plaignaient de l'immense bureaucratie gouvernementale dans les soins de santé, entraînant des coûts administratifs élevés et beaucoup d'inertie. Finalement, on croyait que l'introduction d'éléments favorisant la concurrence dans la protection de la santé pourrait contribuer à un endiguement des coûts plus efficace.

Le but du Rapport Dekker était d'introduire un système de *concurrence gérée* dans la protection de la santé. Le Comité a proposé le développement d'un système statutaire global de base pour la protection de la santé de l'ensemble de la population, ainsi que d'un système complémentaire volontaire pour les prestations qui ne sont pas couvertes par le système de base. Le Graphique suivant illustre les éléments principaux de la concurrence gérée de l'assurance santé :

Graphique 1



333

Tous les assurés doivent payer une cotisation sur le salaire en fonction des revenus pour l'assurance santé de base qui est collectée dans une caisse centrale (a). Les ressources de caisse centrale sont versées aux assureurs santé selon un système de paiements budgétés par tête en fonction du risque (b). C'est une différence fondamentale par rapport à l'ancienne disposition de remboursement des coûts des caisses maladie. L'assuré paie également une prime à taux uniforme directement à l'assureur santé (c). Cette prime est déterminée par chaque assureur santé. Les

⁶ J. Maarse, *The insurer-provider relationship : From administration to strategic management : the Dutch case*, *European Journal of Public Health*, 1993 : 72-76.

primes payées directement doivent couvrir l'écart entre les dépenses totales médicales d'un assuré et les revenus perçus de la caisse centrale. Le principe sous-jacent de cette politique est qu'un assureur santé efficace établira une prime plus faible qu'un assureur inefficace. Finalement, tous les assurés peuvent adhérer volontairement à une assurance santé complémentaire en payant une autre prime à taux uniforme (d). La concurrence entre les assureurs santé se concentre sur les primes sous (c) et (d).

Les propositions du Comité Dekker peuvent être appréhendées comme un compromis intelligent entre la valeur traditionnelle de la solidarité et la concurrence du marché. La solidarité est atteinte par l'introduction des cotisations sur le salaire en fonction des revenus pour l'assurance santé de base (a). La concurrence entre assureurs santé est obtenue par l'introduction des primes compétitives à taux uniforme pour l'assurance de base (c) et l'assurance santé complémentaire (d). La concurrence et les paiements per capita ajustés au risque inciteront fortement les assureurs santé à contenir efficacement les coûts.

D'autres éléments fondamentaux des propositions Dekker sont les suivants : les assureurs santé doivent accepter tous les demandants et «l'écramage» par sélection du risque est interdit. La frontière traditionnelle de séparation entre les caisses maladie et les assureurs privés allait disparaître. Les deux catégories d'assureurs seraient autorisées à mettre en place le système d'assurance de base. Le gouvernement détermine l'ensemble des prestations standard du système d'assurance santé de base. La description des prestations fournies permettrait aux assureurs d'avoir une certaine liberté pour l'acquisition des prestations santé. Les soins à domicile, par exemple, sont fournis dans le programme des prestations standard, mais les assureurs sont libres de contracter les prestataires qu'ils souhaitent pour ce genre de service. Les assureurs santé sont censés agir en tant qu'acquéreurs de prestations de santé au nom des assurés. Ils doivent négocier avec les prestataires de santé les volumes, prix et qualité des soins fournis. Afin de renforcer leur situation, l'interdiction traditionnelle de contrat sera supprimée.

Le système d'assurance santé de base est introduit par une extension graduelle des prestations fournies par le programme des dépenses médicales exceptionnelles (un programme national !) avec des prestations ayant traditionnellement été couvertes par le système des caisses maladie ou de l'assurance privée. A titre d'exemple, depuis 1992, toutes les dépenses de médicaments sur ordonnance pour les patients externes sont couvertes par le système des dépenses médicales exceptionnelles. Cela permet d'expliquer la raison pour laquelle la part du système des dépenses médicales exceptionnelles dans le financement de la santé est passée de 31,5 % en 1990 à 41,6 % en 1993. Le processus d'extension a stagné en

1993, suite à des problèmes politiques grandissants. Une autre avancée dans le processus de réforme a été l'introduction déjà mentionnée des primes à taux uniforme pour les caisses maladie et le système des dépenses médicales exceptionnelles. En 1994, les assureurs santé ont eu la possibilité de signer sélectivement des contrats avec les praticiens. Finalement, les caisses maladie supportent un certain risque financier depuis l'introduction de la budgétisation prévisionnelle des caisses maladie en 1991. Le risque financier est très faible, cependant, compte tenu des importantes dispositions de péréquation. Quelques prestations, telles que les médicaments sur ordonnance et la rééducation, qui sont maintenant couvertes par le système des dépenses médicales exceptionnelles, ont également été assujetties à la budgétisation prévisionnelle. Finalement, les caisses maladie ont perdu leur monopole régional. Depuis 1993, elles peuvent opérer à l'échelon national afin de stimuler la concurrence.

Le processus politique de prise de décision autour du «Plan Dekker» et par la suite du «Plan Simons» (M. Simons était un ancien sous-secrétaire d'Etat à la santé) a été caractérisé par des intérêts et des points de vue divergents, ainsi qu'un doute grandissant sur le potentiel de contrôle des coûts que présentait la concurrence régulée du marché de l'assurance maladie. Les questions suivantes ont considérablement retardé l'avancement du projet.

La première question met l'accent sur le fait que la réforme globale de santé aura des effets significatifs de redistribution des revenus. Alors que certaines catégories se verront gagnantes, d'autres bien évidemment y perdront. La redistribution des revenus, on le conçoit aisément, est un sujet politique très sensible. Les employeurs craignent que les perdants ne cherchent à compenser leur perte de revenu net.

La composition de l'ensemble des prestations santé garanties par l'assurance santé de base constitue une autre question délicate. Selon le Comité Dekker, l'ensemble des soins comprendraient une série de prestations correspondant à environ 85 % des dépenses totales de santé. Le restant des prestations (par exemple : médicaments prescrits, appareils, physiothérapie, avortement, chirurgie plastique) devrait être couvert par l'assurance santé complémentaire. Le sous-secrétaire Simons s'est écarté de cette proposition en développant considérablement les prestations de base garanties (95 % des dépenses totales de santé). Cette nouvelle proposition, appréciée par les prestataires qui craignaient pour leur avenir lorsque leurs services ne figureraient pas parmi les prestations accordées dans le système de base, a toujours été la cible de critiques exacerbées. Les assureurs et les employeurs voulaient maintenir à l'écart de la concurrence le système des dépenses médicales exceptionnelles pour les soins de longue durée. Par ailleurs, ils ont opté pour une petite liste de prestations

pour l'assurance de base (limitée aux soins pour les patients hospitalisés et les prestations des spécialistes). Le reste (médicaments prescrits, médecins généralistes) serait couvert par une assurance maladie complémentaire.

La troisième question a trait aux cotisations pour l'assurance santé de base. Le Comité Dekker avait proposé que les cotisations selon les revenus couvrent 75 % des dépenses pour l'assurance de base et les primes à taux uniforme, les 10 % restants. Cette proposition, en fait, impliquait que 25 % des dépenses totales de santé seraient couvertes par des primes à taux uniforme. Simons voulait un ratio de 82-18 entre les cotisations sur revenu et les primes à taux uniforme afin de réduire l'effet régressif des primes à taux uniforme. Les assureurs, notamment privés, demandaient une portion beaucoup plus faible pour les cotisations sur revenus. Selon eux, la concurrence ne fonctionnerait efficacement que si la proportion des cotisations fonction du revenu était limitée à environ 40 % des dépenses de santé.

Les paiements per capital, fonction du risque effectués par les caisses centrales à l'intention des assureurs santé, étaient un autre sujet épineux. Quel critère devrait être choisi pour assurer que la sélection de risque adverse ne soit pas une option stratégique rentable pour les assureurs santé ? Est-il juste d'affirmer que la difficulté de ce problème « technique » a été considérablement sous-estimée par le gouvernement ? A l'heure actuelle, il s'agit d'un sujet brûlant du processus de réforme. Nous ne devons pas oublier ici le fait que l'assurance privée conçoit la notion de paiements ajustés au risque comme étant encore une autre incursion du gouvernement dans ses propres affaires qui a démarré avec la « petite » réforme de santé en 1986. L'imposition d'une cotisation sur le salaire suivant les revenus, l'interdiction de la sélection du risque et l'autorité du gouvernement pour décider de l'ensemble des prestations accordées sont autant de dispositions allant dans le même sens.

Finalement, il existe un doute grandissant sur le fait que la concurrence du marché contribue réellement à une réduction efficace des coûts de santé. La concurrence, par exemple, présuppose une surcapacité de prestataires, ce qui en réalité n'existe pas après beaucoup d'années de contrôle strict de planification par le gouvernement et des programmes de diminution du nombre de lits. Les hôpitaux et les maisons de garde des malades agissent en tant que monopoles locaux. Par ailleurs, le degré d'intérêt que les assureurs santé peuvent porter à la concurrence s'avère discutable. Ce n'est pas le fruit d'une coïncidence que le nouveau gouvernement ait annoncé une réglementation stricte des monopoles comme l'une des pierres angulaires de sa politique de santé.

A l'heure actuelle la réforme de la santé se trouve dans une impasse. Son application incomplète a conduit à une situation très compliquée et

chaotique. Compte tenu d'une opposition politique croissante, la poursuite du développement du programme des dépenses médicales exceptionnelles a été abandonnée en 1993. Le document politique du nouveau gouvernement est flou au sujet du futur de la réforme, mais Madame le nouveau Ministre de la Santé s'est déclarée opposée aux grands projets dans l'exécution de la politique de santé. Elle préfère, en revanche, des décisions politiques graduelles «sans regret».

L'un des plus importants changements de l'assurance maladie a peut-être été le processus de fusion. Le nombre des caisses maladie est passé de 53 en 1985 à 26 en 1993 et le nombre d'assureurs privés de 69 en 1986 à 52 en 1993. Des alliances stratégiques et des réseaux de coopération (par exemple, des réseaux d'acquisition) entre les caisses maladie et les assureurs privés se font à grands pas. Des experts s'attendent à ce qu'à long terme il n'existe plus qu'une dizaine d'assureurs. L'incertitude sur les paiements par tête ajustés au risque a agi en tant que forte incitation à la concentration dans l'assurance santé. Les assureurs essaient de se protéger de l'incertitude en utilisant la Loi des Grands Nombres. Par ailleurs, les caisses maladie ont intérêt à coopérer avec les assureurs privés dans la mesure où ils ont une plus large expérience du marketing et de la gestion commerciale. Les assureurs privés possèdent également d'importantes réserves financières, dont les caisses maladie manquent. De leur côté, les caisses maladie peuvent s'avérer des partenaires intéressants pour les assureurs privés afin de développer leurs marchés régionaux. Il est important de souligner que non seulement le processus de concentration est en train de prendre forme, mais également le processus d'intégration. L'assurance santé sera de plus en plus proposée par des compagnies diversifiées pour lesquelles la branche santé ne constituera qu'une partie des activités.

Il existe deux façons fondamentalement différentes d'évaluer le processus de concentration et d'intégration de l'assurance. Une première évaluation positive : l'assurance santé a toujours été offerte par les caisses maladie et les assureurs privés qui étaient en réalité trop petits. La concentration et l'intégration amélioreront l'efficacité et les prestations aux assurés. Une deuxième évaluation négative : elle attire particulièrement l'attention sur le danger de la création d'un cartel dans l'assurance santé qui pourrait finalement menacer les valeurs et principes traditionnels de la politique d'assurance santé. Le fondement de cette évaluation critique est peut être que le modèle de sélection du prestataire traditionnel (la politique de santé est essentiellement dictée par les praticiens) pourrait être remplacé par un modèle de sélection de l'assureur.

Le paiement des soins médicaux

Médecins généralistes : les médecins généralistes jouent un rôle clé en tant que garde-fou du système de protection de santé néerlandais. Les caisses maladie et la plupart des assureurs privés demandent l'accord d'un médecin généraliste pour justifier du besoin du patient des soins d'un spécialiste. En 1992, 75,7 % de la population a consulté un médecin généraliste, tandis que 38,5 % a consulté un médecin spécialiste⁷. Sur la période allant de 1980 à 1993, le nombre de généralistes pour 10 000 habitants est passé de 3,7 à 4,3. Il existe une diminution légère mais constante du nombre de praticiens exerçant en cabinet privé (69 % en 1982 et 53 % en 1992). Chaque assuré social a le droit de choisir son médecin généraliste.

Le paiement des généralistes varie en fonction du programme d'assurance. Ils reçoivent un versement annuel per capita pour chaque patient adhérent de la caisse maladie. Jusqu'à présent les systèmes d'assurance privés remboursent les prestations médicales des généralistes (certains toutefois ne le font pas); par application du système d'honoraires contre prestations effectuées. Les honoraires et les paiements par tête sont négociés entre l'association nationale des médecins généralistes et les associations d'assurance santé nationales. Les dépassements d'honoraires sont interdits par la loi. Le résultat des négociations doit être approuvé par le *Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg* : / COTG (Organisme Central pour les Barèmes de Santé), qui est une entité indépendante de droit public dont les membres du conseil de direction sont nommés par le Ministre de la Santé. En 1992, les médecins généralistes ont réalisé 3,8 % des dépenses totales de santé.

Un récent rapport de la Commission Biesheuvel (Biesheuvel était un ancien Premier Ministre) proposait un nouveau système de paiement. Selon ce système, les généralistes percevraient en moyenne 80 % de leurs revenus au moyen du paiement par tête. Contrairement à la situation actuelle, le paiement devra dépendre de l'âge des patients. Trois catégories sont proposées : 0-65, 65-75 et plus de 75. Les 20 % restants seront payés sur une base d'honoraires contre prestations. Un assuré peut négocier avec un généraliste des honoraires pour réaliser des services spécifiques, par exemple : chirurgie simple, audiométrie, prévention et promotion de la santé. Ils peuvent également convenir d'un paiement complémentaire pour des références plus efficaces, prescriptions et diagnostics.

7 W.P.M.M. van de Ven and R.C.J.A. van Vliet, *How can we prevent cream skimming in a competitive health insurance market? The great challenge for the 90s*. In : P. Zwetfel and H.E. Frech (eds), *Health Economics Worldwide*, 1992. Kluwer, Dordrecht : 23-46.

8 Sociaal Cultureel Planbureau, *Sociaal en Cultureel Plan 1994*.

Finalement, la Commission a proposé des honoraires différenciés selon la localité. Les généralistes travaillant dans les grandes villes reçoivent des honoraires supérieurs à ceux des petites localités ou des zones rurales⁹. La raison d'une telle proposition est que les généralistes des grandes villes ont une charge de travail plus lourde.

Médecins spécialistes : l'écrasante majorité des médecins spécialistes exerce en tant que petit entrepreneur dans un cadre hospitalier. Seuls quelques catégories de spécialistes, tels que les psychiatres et les ophtalmologues travaillent souvent (à temps partiel) en cabinet privé. Les prestations des spécialistes aux Pays Bas sont essentiellement effectuées au sein des hôpitaux. Le nombre des spécialistes a augmenté de 28,1 % sur la période allant de 1982 à 1991, ce qui indique une forte tendance vers une spécialisation ultérieure. Cette croissance est remarquable lorsqu'on la compare à la forte diminution du nombre de lits d'hôpitaux durant la même période. Elle a également dépassé la croissance de la population : le ratio spécialiste par rapport à la population est passé de 7 pour 10 000 patients en 1983 à 8 en 1991.

En 1986, la part des spécialistes payés sur une base d'honoraires contre prestations était estimée à environ 63 % de tous les spécialistes recensés. Les spécialistes qui perçoivent des salaires travaillent essentiellement dans les hôpitaux académiques et psychiatriques. Les spécialistes salariés se concentrent également dans des spécialités déterminées au sein des hôpitaux spécialisés, par exemple : pédiatrie, rhumatologie et rééducation. En 1993, les revenus des spécialistes exerçant sur une base d'honoraires contre prestations représentaient 3,9 % des dépenses totales de santé (les spécialistes salariés et les dentistes ne sont pas inclus).

Les honoraires des spécialistes sont négociés entre l'association représentative nationale des caisses maladie, les assureurs privés et les spécialistes. Le résultat des négociations doit être approuvé par le COTG. Si elles ne débouchent pas sur un accord, le COTG détient une autorité officielle pour fixer les honoraires unilatéralement. Il existe environ 8 000 honoraires différents pour les prestations médicales effectuées aux patients des caisses maladie et 500 honoraires différents pour les patients avec une assurance santé privée. Les assureurs privés paient des honoraires plus élevés que les caisses maladie, ce qui peut être compris comme une forme de subventions croisées. Les dépassements d'honoraires sont interdits.

Le système de paiement d'honoraires contre prestations fournies par les spécialistes a été l'un des objectifs principaux de la politique hollandaise de contrôle des coûts. Le gouvernement a entrepris divers efforts pour

⁹ Commissie Modernisering Curatieve Zorg, *Gedeelde zorg, betere zorg*, The Hague, 1994.

réduire l'augmentation des frais médicaux concernant les prestations de spécialistes¹⁰. Un événement important a eu lieu en 1989, lorsque l'association représentative des spécialistes a négocié un accord avec les associations des assureurs de santé et les hôpitaux. Une partie de cet accord a été l'introduction d'un objectif de dépenses pour des prestations de spécialistes sur la période 1990-1992 (le niveau des dépenses de 1989 a été défini comme l'année de référence). Si l'objectif de dépenses venait à être dépassé, des rajustements rétrospectifs d'honoraires s'appliqueraient l'année suivante pour combler l'écart entre l'objectif et les dépenses réelles. Un autre élément de l'accord a été la péréquation des honoraires payés par les caisses maladie et les assureurs privés. Par ailleurs, un aménagement des honoraires a été convenu afin de réduire l'inégalité de revenus par spécialité (par exemple : chirurgie cardiaque : - 30 %; cardiologie -12,5 %; radiodiagnostic -15 %, pédiatrie + 10 %, rééducation + 25%).

Le macro-budget a abouti à un désastre. Le taux moyen annuel de croissance des dépenses globales a fortement augmenté, en passant de 2,6 % durant la période 1983-1988 à 6,7 % sur la période 1989-1992. Ce résultat a fait naître des conflits avec le gouvernement à propos de l'importance réelle des dépassements des coûts, de l'identification des spécialités qui en étaient essentiellement responsables et de la taille des ajustements à la baisse des honoraires futurs pour les compenser. Il n'est guère surprenant que ces ajustements aient provoqué une grande frustration chez les spécialistes. La raison principale de l'augmentation soudaine du taux de croissance annuelle est à chercher dans le dilemme de prisonnier où chaque spécialiste se trouve. Étant donné que la «production» de ses homologues praticiens peut affecter ses propres revenus, chaque spécialiste éprouve une forte incitation à augmenter ses propres prestations pour contrecarrer une diminution éventuelle de revenus.

Le Rapport Biesheuvel déjà mentionné recommandait d'interdire le système de paiement des honoraires contre prestations et de le remplacer par une certaine forme de salaire différencié. Les spécialistes avec une formation clinique plus longue et avec plus de contraintes seraient payés davantage. Le nouveau gouvernement a décidé de mettre en application les recommandations du Rapport Biesheuvel sur les prestations des spécialistes.

Hôpitaux de soins intensifs : entre 1981 et 1990, le nombre total des hôpitaux de soins intensifs est passé de 172 à 120. Cette concentration a été principalement le fruit de la fusion entre hôpitaux. La réduction du

10. H. Lieverdink and J. Maarse, *Negotiating Fees for medical specialist in the Netherlands*, in : *Health Policy*.

nombre de lits d'hôpital a toujours été un objectif de compression des coûts de santé. Durant la période 1981-1990, il y a eu une réduction (-12,7 %) du nombre de lits d'hôpital, aboutissant à une augmentation de 25,2 % du nombre moyen de lits par hôpital (de 349 à 437 lits). La diminution du nombre de lits contraste fortement avec l'augmentation de 15,3 % du volume d'unités agréées pour les médecins spécialistes. Environ 90 % des hôpitaux pour soins intensifs sont des entités privées à but non lucratif, les autres ont des liens officiels avec des organismes gouvernementaux, normalement avec les autorités locales. Les hôpitaux à but lucratif sont interdits par la loi.

Jusqu'en 1983, le financement des hôpitaux demeurait un arrangement ouvert. Chaque année, les hôpitaux devaient préparer une estimation budgétaire selon les directives du COTG qui réglementait les coûts autorisés. Il existait des dizaines de telles directives qui liaient les coûts autorisés au volume des soins médicaux. Ce dernier n'était en effet pas contrôlé. Cette disposition a éveillé chez les hôpitaux un grand intérêt financier pour une production élevée de prestations hospitalières afin d'éviter les déficits. Au cas où il y aurait des déficits, des ajustements (temporaires) des taux journaliers pourraient également être pris en considération.

Un handicap majeur du système de financement était son insuffisance à l'égard de la compression des coûts. Il ne stimulait pas les hôpitaux à augmenter l'efficacité dans la fourniture des prestations de santé aux patients. Des réglementations budgétaires nouvelles et plus strictes étaient vouées à l'échec, si elles pouvaient être contrecarrées par une augmentation des prestations hospitalières. Un autre handicap était le labyrinthe de réglementations qui limitaient fortement l'autonomie des hôpitaux.

L'introduction en 1983 d'un nouveau système de financement -appelé budgétisation hospitalière- a impliqué que chaque hôpital se voit imposer une limite de budget prévisionnel (les coûts autorisés) censée couvrir la plupart des dépenses. Le lien traditionnel entre la production des prestations et les revenus était supprimé. Puisque le nouveau système de financement devait améliorer son efficacité, il a été déterminé que si un hôpital dépensait moins que son budget, il pouvait ajouter l'excédent à ses réserves. Mais les hôpitaux étaient également responsables de leurs déficits. Les ajustements budgétaires pour soulager les problèmes financiers n'étaient plus autorisés¹¹.

Le système hollandais de budgétisation hospitalière peut être décrit comme une sorte de budgétisation globale. En principe, le budget global couvre tous les coûts encourus par un hôpital pour les prestations de diagnostic et thérapeutiques. Seules les frais d'intérêts et les charges

d'amortissement sont restés assujettis à un remboursement total, parce qu'ils varient considérablement selon les hôpitaux. Le budget hospitalier ne comprend pas les revenus des médecins spécialistes qui sont payés sur la base des honoraires contre prestations. L'association des spécialistes a interdit formellement que les revenus des spécialistes fassent partie du budget hospitalier. Les praticiens craignaient qu'une telle disposition puisse finalement aboutir à une restriction inacceptable de leur autonomie professionnelle. Ils se sont, bien entendu, opposés à l'inclusion de leurs revenus dans le budget hospitalier en raison de son impact évident sur ces derniers¹².

Lorsque la budgétisation a été introduite en 1983, les critères de détermination du budget hospitalier faisaient défaut. Par conséquent, une approche pragmatique a été choisie. Chaque hôpital devait recevoir un budget égal à son niveau de dépenses de 1982 plus un ajustement pour l'inflation et les augmentations salariales. Ceci était le système de budgétisation historique. Un avantage important de ce système était qu'il permettait une rapide adoption de la budgétisation hospitalière et ne provoquait pas d'échanges majeurs de budget entre hôpitaux. Mais, il a également été source de problèmes. Le niveau des dépenses de 1982 était devenu la norme. Les hôpitaux avec un niveau relativement faible de dépenses en 1982 ont insisté à plusieurs reprises sur le fait que la budgétisation historique punissait, en réalité, les hôpitaux efficaces et récompensait les inefficaces. Un autre problème était son manque de flexibilité. Les budgets n'étaient pas adaptés à des changements dans la charge de travail des hôpitaux. L'ajustement des budgets aux changements de la capacité hospitalière (lits, médecins spécialistes) s'est également avéré un exercice difficile, étant donné l'absence des lignes directrices précises.

Ces problèmes ont conduit en 1988 à l'introduction du modèle de budgétisation fonctionnelle qui est encore en vigueur. Cette budgétisation réside dans un modèle d'allocation normatif. Son objectif principal est de doter les hôpitaux du même budget, lorsqu'ils fournissent les mêmes prestations. A cette fin, un système de paramètres budgétaires a été développé. Le système de budgétisation fonctionnelle se distingue par trois composantes qui ont trait à : la disponibilité, la capacité et la production. La composante de la disponibilité est mesurée comme étant la taille de la zone de réception clinique de l'hôpital et la composante de capacité comme le nombre de lits autorisés et d'unités de médecins spécialistes qui fournissent également des prestations à des patients externes. Les hôpi-

12 Les conséquences du passage du système de financement traditionnel vers celui de la budgétisation hospitalière sur les relations praticien-management au sein des hôpitaux ont été analysées par J. Maarse, A. Van Der Horst, E. Molin, dans : Hospital Budgeting in the Netherlands : Effects upon hospital services dans le European Journal of Public Health, 1993, p. 181-187.

taux ont besoin d'une sorte de certificat de nécessité pour chaque lit et unité de spécialistes afin de se faire rembourser ces installations par l'assurance sociale maladie. La composante liée à la production requiert des négociations annuelles entre la direction de l'hôpital et les assureurs santé sur le volume des prestations hospitalières. La production ou les contrats de volume doivent être effectués sur les prestations suivantes : admissions hospitalières, séjour des patients, consultations de patients externes et consultations journalières. Des contrats supplémentaires sont requis pour quelques traitements spécifiques très coûteux, tels que la chirurgie cardiaque ou la dialyse rénale. En 1993, la composante de production représentait 50 % du budget global des prestations hospitalières.

L'introduction de la composante de production a permis au système de budgétisation d'être plus ouvert. La budgétisation historique était un système relativement fermé qui a permis au Ministre de la Santé d'imposer un plafond aux dépenses globales hospitalières. Mais le Ministère ne pouvait pas contrôler efficacement le volume total des contrats de production. Ces contrats impliquent que le Ministère ne peut émettre que des objectifs budgétaires (de dépenses). Ceci est un point important parce que, si les dépenses globales dépassent l'objectif, il faudra obtenir des diminutions de dépenses dans les années suivantes afin de compenser ces dépassements.

343

La Loi sur les Installations Hospitalières (*Wet Ziekenhuisvoorzieningen*) attribue au Ministre de la Santé une autorité officielle pour réglementer les investissements hospitaliers dans la construction et les services cliniques de pointe à coût très élevé. Suite à l'approbation, les hôpitaux peuvent contracter des prêts auprès des banques privées. Les amortissements et le paiement d'intérêts sont couverts par une augmentation des frais journaliers de séjour hospitalier. Jusqu'à récemment, les prêts aux hôpitaux étaient garantis par le gouvernement, ce qui a contribué à ce que le secteur hospitalier soit un client sans risque pour les banques. On a estimé que cette disposition a eu comme effet une réduction moyenne d'un pour cent des paiements d'intérêts. Mais cet accord a maintenant pris fin de manière à encourager les hôpitaux à se comporter en agent du marché en négociant des prêts pour leurs investissements en capital. Bien entendu, le secteur bancaire a regretté ce changement et a prétexté que les hôpitaux en tant que partenaires de leurs activités bancaires avaient perdu beaucoup de leur intérêt.

La détermination d'un budget hospitalier doit être distinguée du paiement de ce budget par les assureurs santé à l'hôpital. Les taux journaliers demeurent l'unité de paiement la plus importante. Par ailleurs, les hôpitaux facturent les assureurs séparément pour leurs prestations aux patients

externes et pour un nombre croissant de prestations aux patients internes. Ceci coïncide avec la stratégie actuelle qui consiste à s'éloigner graduellement des taux journaliers en tant qu'unité la plus importante de paiement pour aller vers un système de prix de production pour une large liste de prestations de diagnostic et thérapeutiques aux patients. Les hôpitaux et assureurs santé doivent alors négocier les taux pour chaque prestation. Le COTG décide des taux maxima.

L'introduction de la budgétisation hospitalière a estompé l'effet de croissance des dépenses hospitalières. Le taux de croissance annuelle des dépenses hospitalières globales a diminué, passant de 8,7 % sur la période 1979-1982 à 1,2 % durant la période 1983-1988. Il n'est donc point surprenant que les hôpitaux aient associé la budgétisation aux réductions des dépenses. Depuis 1989, le taux de croissance annuel a recommencé à augmenter (7,2 % sur la période 1989-1992), ce qui est expliqué essentiellement par l'augmentation considérable des coûts de main d'oeuvre (environ 60 % des coûts totaux). Des années de politique salariale de rigueur ont conduit à de véritables contestations de la part du personnel hospitalier. Les hôpitaux connaissent également des difficultés croissantes pour maintenir leurs dépenses dans les limites du budget. Depuis 1989, il y a eu des dépassements considérables de coûts, allant de -1,7 % en 1989 à -5,9 % en 1990, ce qui est en partie dû à un niveau plus élevé de volume des accords de production que celui prévu par le Ministère de la Santé. Mais les hôpitaux se plaignent également que les budgets globaux pour prestations hospitalières d'urgence ont été fixés trop bas par le Ministère - apparemment pour des raisons politiques. Les décisions sur les budgets globaux ne sont pas conduites par une demande croissante de prestations santé. Ce sont essentiellement des décisions politiques, dictées par la nécessité de réduire les dépenses.

La politique de contrainte budgétaire a également affecté la situation financière des hôpitaux particuliers. Beaucoup d'hôpitaux ne sont pas parvenus à maintenir leurs dépenses dans leur limite budgétaire. Selon des études de la COTG, le pourcentage des hôpitaux avec un résultat négatif dans les coûts d'exploitation a oscillé entre 50 et 70 % depuis 1986. En même temps, le pourcentage d'hôpitaux avec des réserves négatives est passé de 10,9 % en 1986 à 15,0 % en 1990. Ces chiffres illustrent clairement comment l'introduction de la budgétisation hospitalière a mis beaucoup d'hôpitaux sous forte pression financière.

L'avenir du financement de la santé

Cette dernière section abordera quelques aspects de l'avenir du financement de la santé. La compression des coûts a été un des objectifs

primordiaux de la politique de santé depuis la fin des années 70. L'époque bénie où l'augmentation rapide des dépenses pouvait facilement être compensée par la croissance du P.I.B. est maintenant révolue. Selon les derniers documents de politique gouvernementale, la compression des coûts restera une priorité pour la politique de santé. Le nouveau gouvernement, qui est arrivé au pouvoir en septembre 1994, a déclaré que la croissance en volume doit être limitée à 1,3 % chaque année. C'est considérablement moins que les dernières années, lorsque la croissance du volume variait entre 1,5 % en 1993 et 2,3 % en 1991¹³.

Le gouvernement veut poursuivre sa politique de budgets globaux pour plusieurs secteurs de la santé. Les dépassements de coûts d'une année doivent être compensés par les réductions des dépenses des années suivantes. Un autre instrument pour réduire les coûts sera une évaluation critique de ce qui est considéré comme un ensemble très généreux de prestations offertes par le système des caisses maladie.

Un autre sujet du financement de la santé concerne la distribution de la charge financière. Qui doit payer et combien, pour la santé ? Dans une étude récente, il est apparu que le financement de la santé aux Pays Bas en 1987 régressait légèrement¹⁴. Des raisons portent à croire que le financement de la santé a, depuis lors, régressé davantage encore par l'introduction des cotisations à taux uniforme pour le système des caisses maladie et le programme des dépenses médicales exceptionnelles. Les accords de subventions croisées sous l'assurance privée ont probablement eu également un effet régressif. Quel semble être ici le futur ? Le tableau est encore flou. Une décision importante à ce sujet consisterait à introduire une franchise obligatoire de 200 Dfl. pour tous les assurés privés ou publics. La franchise est considérée comme un risque moral dans la demande de santé en rendant tous les assurés plus conscients des coûts encourus. Cette décision a bien évidemment un effet régressif sur la distribution de la charge financière, bien que le tableau soit quelque peu noirci par une autre décision selon laquelle certains frais à la charge de l'utilisateur seront supprimés.

La question la plus intéressante, cependant, est la manière dont le gouvernement continuera à agir dans le processus de réforme de la santé. Le recul le plus remarquable sur les décisions précédentes est le retour des médicaments des patients externes qui figuraient anciennement dans le système des dépenses médicales exceptionnelles vers le système des caisses maladie et des assurances privées. Un autre recul remarquable est

13 *Financieel Overzicht Zorg 1995*, p. 10.

14 E. van Doorslaer, A. Wagstaff, and F. Rutten, *Equity in the finance and delivery of health care : An international perspective*, Oxford, 1993.

que les domaines traditionnels des caisses maladie et des assurances privées, contrairement à ce que le Comité Dekker avait recommandé, seront maintenus. En même temps, cependant, les écarts entre les caisses maladie et les assurances privées doivent être réduits au moyen de la fameuse loi de convergence dans l'assurance santé. La convergence doit avoir une large portée pour les assureurs privés, puisque le gouvernement exigera d'eux un ensemble de prestations de base minimales (semblable aux prestations offertes par les caisses maladie) et une franchise obligatoire de 200 Dfl. Le gouvernement réglementera également la portée de la variation des primes à taux uniforme pour les assurances privées. Force est de souligner encore que la réglementation publique excluera la sélection par le risque. Toutes ces dispositions vont dans le sens d'une intervention accrue du gouvernement sur le marché de l'assurance privée, un processus qui a démarré avec la «petite» réforme de santé de 1986. Les assurés des caisses maladie doivent également payer une franchise de 200 Dfl., ce qui peut être considéré comme un volet complémentaire de la convergence conduite par le gouvernement dans l'assurance santé.

346

Les idées du gouvernement à propos du rôle de la concurrence sur le marché de la santé ne sont pas claires. Les caisses maladie n'agissent plus comme des monopoles régionaux fournissant un choix plus large à tous les assurés du système des caisses maladie. Les caisses maladie conservent également l'option de passer des contrats de manière sélective. Par ailleurs les assureurs de santé sont censés jouer un rôle actif et stratégique dans l'amélioration de l'efficacité et de la qualité des prestations, par exemple, dans le processus de négociation des contrats par volume avec les prestataires et en établissant des profils de prestataires qui seront utilisés pour une évaluation critique du comportement du prestataire. Par ailleurs, il semble cependant, qu'il y ait une confiance sensiblement moindre quant au résultat de la concurrence sur le marché de la santé. Les domaines traditionnels de l'assurance privée et publique seront maintenus. La budgétisation hospitalière sera également maintenue, bien qu'il y aura davantage de fixation des prix de la production. Le gouvernement souhaite aussi maintenir une réglementation publique stricte des installations hospitalières (lits, médecins spécialistes, installations cliniques de pointe). Les assureurs et prestataires peuvent négocier les prix pour les prestations de santé, mais le COTG doit déterminer les prix maxima.

La conclusion générale doit être qu'une forte orientation vers l'offre demeurera la caractéristique de base de la politique hollandaise de santé et, en particulier, de son volet de compression des coûts.