

# La réforme de la santé aux Pays-Bas\*

par Valentin Petkantchin, chercheur associé à l'Institut économique Molinari

Les Pays-Bas ont réformé leur système de santé en 2006. Cette réforme présente plusieurs pistes intéressantes susceptibles d'inspirer les pouvoirs publics en France et ailleurs. Cependant, elle a dans le même temps mis fin à l'existence d'une assurance maladie privée et le « marché » de la santé hollandais reste réglementé à bien des égards. Cela risque de limiter à terme les bénéfices que les Hollandais pourraient retirer de la réforme.

Le système de santé hollandais – dont les dépenses totales ont beaucoup augmenté au cours des dernières décennies passant ainsi de 7,3 % du PIB en 1985 à 10 % du PIB en 2004<sup>1</sup> – repose sur trois piliers distincts de couverture santé.

D'une part, il existe un régime public obligatoire couvrant les soins de longue durée (maladies chroniques, soins des personnes âgées, soins palliatifs, etc.) qui représentait près de 27 % du financement en 2008<sup>2</sup> – voir Figure 1. D'autre part, une couverture maladie couvre les soins courants (soins prodigués par le généraliste ou le spécialiste, soins hospitaliers, médicaments, etc.) correspondant à 40,6 % du financement du système de santé. Enfin, des assurances complémentaires privées prennent en charge les soins non couverts par les deux régimes précédents (le 3<sup>e</sup> pilier, soit 4 % des dépenses de santé)<sup>3</sup>.

La réforme n'a concerné que le deuxième pilier, celui de la couverture des soins courants. Afin d'en comprendre l'intérêt, il est judicieux de revenir à la situation antérieure à 2006.

## UNE COEXISTENCE DE RÉGIMES PUBLIC ET PRIVÉ JUSQU'EN 2006

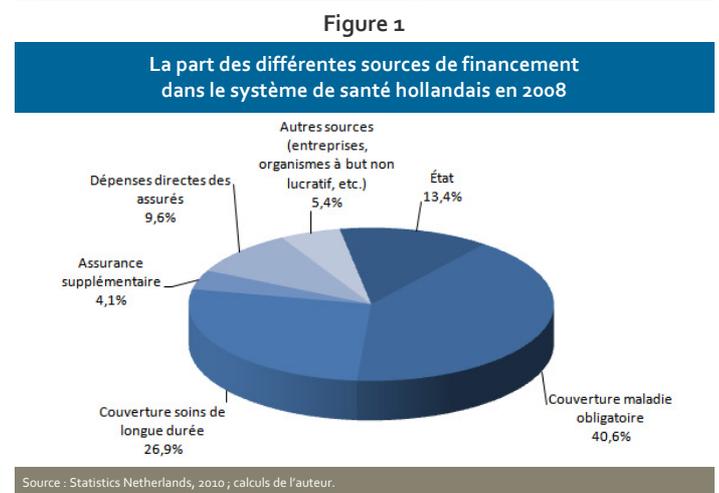
Contrairement au régime public français d'assurance maladie en situation de monopole, deux régimes différents coexistaient aux Pays-Bas afin de couvrir les soins courants.

### Un régime public

Un régime public de caisses maladie, similaire à celui en France, couvrait obligatoirement près des deux tiers de la population dont les revenus se trouvaient en dessous d'un seuil (32 600 euros en 2004)<sup>4</sup>. Ces Hollandais étaient obligés de s'affilier auprès d'une caisse du régime public et de payer les cotisations sociales finançant cette couverture obligatoire. Les caisses ne pratiquaient pas de gestion des risques individuels santé : chaque individu était ainsi affilié dans les mêmes conditions et bénéficiait de la même couverture.

Depuis 1996, les assurés hollandais du régime public avaient cependant la possibilité légale de changer de caisse une fois l'an. En pratique, en l'absence d'une véritable concurrence entre les caisses, peu d'assurés trouvaient un intérêt à en changer<sup>5</sup>.

La couverture des assurés du régime public hollandais était fournie « en



nature », à savoir sous forme de soins prodigués en cas de besoin. Pour ce faire, les malades devaient s'adresser obligatoirement à un médecin généraliste, jouant le rôle de « gate-keeper » (« gardien » du système de santé), comme c'est le cas dans les systèmes britannique et canadien.

### Le régime privé

Les personnes gagnant plus que le seuil prévu n'étaient pas couvertes par le régime public avant 2006. Elles devaient se prendre en charge en souscrivant une assurance maladie auprès d'un assureur privé<sup>6</sup>. Un marché privé d'assurance maladie existait ainsi en parallèle du régime public.

Contrairement aux caisses maladie du régime public, ce secteur privé – qui couvrait environ un tiers de la population – reposait sur le principe assurantiel, i.e. sur une gestion des risques en fonction du profil individuel de l'assuré. Les assurés avaient le choix entre des assureurs et des polices concurrentiels et payaient donc des primes en fonction du risque maladie qu'ils représentaient. À la différence des assurés du régime public, ils étaient remboursés par leur assureur pour les soins qu'ils avaient au préalable payés, comme c'est le cas en France.

\* L'IEEM remercie Wim Groot, professeur en économie de la santé à l'Université de Maastricht (Pays-Bas), pour ses commentaires constructifs lors de l'élaboration de cette Note.

1. Source : Eco-santé OCDE 2009. Par comparaison, les dépenses totales de santé en France ont représenté 8 % et 11 % du PIB respectivement en 1985 et en 2004.

2. Source : Statistics Netherlands 2010. Cela inclut entre autres des cotisations obligatoires représentant 12,15 % des salaires jusqu'à un plafond de 3838 euros en 2008 – voir sur ce point, W. Schäfer *et al.*, « The Netherlands: Health System Review 2010 », *Health Systems in Transition*, Vol. 12 no 1, European Observatory of Health systems and policies, p. 76. Disponible à : <http://www.euro.who.int/Document/OBS/NEThit2010.pdf>.

3. Les Hollandais paient de leur poche environ 9,6 % des dépenses de santé, le reste du financement provient de fonds de l'État et d'autres fonds privés.

4. Voir Pauline Rosenau et Christian Lako, « An experiment with regulated competition and individual mandates for universal health care : The new Dutch health insurance system », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 33, No 6, décembre 2008, p. 1032. Le régime public était financé par les impôts à hauteur de 24 %, par des cotisations en fonction du revenu (pour 66 %) et par des primes uniformes (pour les 10 % restants).

5. Entre 4 % et 5 % des assurés environ ont changé d'assureur pendant cette période.

6. Pour les hauts risques (malades chroniques, personnes difficilement assurables, etc.), l'État définissait une couverture similaire à celle du régime public que les assureurs privés devaient obligatoirement fournir.

# La réforme de la santé aux Pays-Bas

Près de 99 % de la population étaient ainsi couverte par l'un ou l'autre des deux régimes qui coexistaient depuis la seconde guerre mondiale (1 % des Hollandais restaient sans couverture).

## UNE OFFRE DE SOINS ÉTATISÉE

Les prestataires de soins (médecins, hôpitaux, laboratoires, etc.) – bien que n'ayant pas le statut public – étaient dépendants pour la majeure partie de leurs revenus du régime public et *in fine* du pouvoir politique. Leurs conditions d'exercice étaient aussi fortement étatisées et leurs budgets restaient sous le contrôle strict de l'État qui cherchait par différents moyens à maîtriser les dépenses de santé. Il suffisait de réduire les budgets publics consacrés aux prestataires de soins pour en retarder la délivrance auprès de la majorité de la population.

La conséquence directe de cette politique – comme au Canada ou au Royaume-Uni – a été de causer des files d'attente pour les malades hollandais. Ainsi, en 2001, environ 244 000 malades attendaient pour des soins hospitaliers (voir Tableau 1). Le coût lié aux listes d'attente – en termes de perte de bien-être, de revenu et de productivité, d'handicaps à long terme, etc. – a été estimé à 3,2 milliards d'euros par an, soit près de 6,1 % des dépenses totales de santé cette année-là<sup>8</sup>.

Comme le souligne un rapport officiel de 2002, « [L]es listes d'attente font que la population ne peut pas toujours être sûre que les soins pour lesquels elle est assurée lui seront délivrés quand elle en aura besoin »<sup>9</sup>.

L'existence de ces listes d'attente a d'ailleurs été le catalyseur de la mise en œuvre de la réforme<sup>10</sup>. Entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2006, elle a apporté des changements aussi bien en matière de couverture maladie que dans le domaine de l'offre des soins.

## LA MISE EN PLACE D'UN RÉGIME UNIQUE OBLIGATOIRE DE COUVERTURE MALADIE

La réforme de 2006 a mis fin à la coexistence des régimes public et privé. L'ensemble de la population hollandaise a ainsi depuis l'obligation légale d'acheter la même couverture de base auprès d'assureurs qui relèvent du droit privé et qui incluent les caisses de l'ancien régime public.

Cette réforme permet aux assurés de ce dernier de bénéficier d'un plus grand choix. Ils ont la possibilité de faire varier la franchise de leur couverture de base (entre un minimum obligatoire de 155 euros et un maximum de 655 euros), à savoir de décider du montant de frais de santé qu'ils payent de leur poche avant que la couverture maladie ne se déclenche. Cela signifie qu'en contrepartie d'une prime moins élevée, ils acceptent d'assumer une plus grande partie du risque lié à leur santé. Cette possibilité les incite à une « consommation » plus prudente des soins.

Les choix des assureurs et des assurés du régime privé, se trouvent en revanche réduits. Ils doivent désormais souscrire à la couverture de base et respecter la réglementation qui l'encadre, imposées par l'État.

La couverture maladie de base inclut les soins suivants aux Pays-Bas<sup>11</sup> :

- soins courants délivrés par un généraliste (jouant le rôle de « gate-keeper ») ou, après recommandation de celui-ci<sup>12</sup> par un hôpital ou un spécialiste;
- séjours hospitaliers;
- soins dentaires pour les enfants de moins de 22 ans et soins dentaires spécialisés pour les personnes âgées (implantation de fausses dents, etc. );
- appareils et équipements médicaux;
- médicaments;
- soins maternité;
- transport par ambulance ou taxi;
- soins psychologiques (incluant un traitement de moins d'un an);
- autres soins : physiothérapie, séances d'orthophonie, etc. , sous certaines conditions.

Tableau 1

### Exemples de temps d'attente dans le système néerlandais avant la réforme

Spécialité	Nombre de personnes	Délai d'attente avant le diagnostic (en semaines)	Délai d'attente avant le traitement (en semaines)
Orthopédie	34 962	5.0	12.6
Ophtalmologie	34 232	9.2	12.9
Chirurgie	34 777	3.1	9.1
ORL	18 212	4.1	6.5
Chirurgie esthétique	23 803	11.9	22.5
Gynécologie	11 055	4.3	6.7
Psychiatrie	57 800	nd	29.0
Cardiologie	3 642	5.1	2.3

Source : Hans Maars, 2002, *Op. cit.*, p. 27.

En quoi consiste cette réglementation ?

Côté demande, elle donne à tout le monde la possibilité de changer d'assureur une fois par an (18 % des assurés ont changé d'assureur en 2006; le pourcentage est ensuite revenu au niveau d'avant la réforme soit à environ 4-5 %). Les assurés payent une prime d'environ 1100 euros en moyenne par an (chiffre de 2009 – voir Figure 2, p. 3)<sup>13</sup>. Ils peuvent s'assurer individuellement ou bénéficier d'un contrat de groupe qui n'est autre qu'une assurance collective négociée dans le cadre de leur emploi et offrant en général des primes moins élevées. En 2007, environ 56 % des Hollandais bénéficiaient d'un tel contrat<sup>14</sup>.

Pour payer cette prime, les assurés dont le revenu n'atteint pas un certain plafond peuvent profiter d'une subvention de l'État, variable en fonction des revenus. Près d'un tiers d'entre eux en ont bénéficié en 2007<sup>15</sup>.

En plus de la prime versée directement à l'assureur de leur choix, les assurés payent aussi des contributions obligatoires correspondant à 6,9 % de leur salaire

7. La plupart des médecins – aussi bien généralistes que les trois quarts des spécialistes – travaillent à leur propre compte. Un quart des spécialistes sont uniquement des salariés dans les établissements hospitaliers, ces dernières étant dans la grande majorité des cas des organismes sans but lucratifs, ne bénéficiant pas du statut public comme en France. Un aspect qui a sans doute facilité l'adoption de la réforme.

8. Voir André den Exter *et al.*, *Health systems in transition: Netherlands*, *European Observatory on Health Systems and Policies*, WHO, 2004, p. 76.

Disponible à : [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/95136/E84949.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/95136/E84949.pdf).

9. Voir Hans Maarse, « The politics of waiting lists in Dutch health care », *Eurohealth*, Vol. 8, no 5, 2002, p. 27. Disponible à : [http://www.euro.who.int/Document/Obs/EuroHealth8\\_5.pdf](http://www.euro.who.int/Document/Obs/EuroHealth8_5.pdf).

10. Ministry of Health, Welfare and Sport (Ministère de la santé, du bien-être et des sports, « A Question of Demand », mars 2002, p. 12.

Disponible à : [http://ec.europa.eu/employment\\_social/soc-prot/healthcare/nl\\_healthnexus\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/healthcare/nl_healthnexus_en.pdf).

11. Voir W. Schäfer *et al.*, 2010, *Op. cit.*, p. 65.

12. En 2009, les généralistes ont estimé que dans 96 % des cas une telle recommandation n'était pas nécessaire. Dans ce type de dispositif le patient est privé de l'opinion d'un

spécialiste, même s'il estime que cet avis serait plus approprié dans son cas personnel. En France, les pouvoirs publics sont en train de mettre en place un système similaire avec une quasi-obligation de suivre le « parcours coordonné » des soins.

13. Les primes se sont situées entre 933 et 1150 euros en 2009. L'État paie pour les jeunes ayant moins de 18 ans.

14. W. Schäfer *et al.* 2010, *Op. cit.*, p. 74.

15. W. Schäfer *et al.* 2010, *Op. cit.*, p. 75. En 2009, le revenu maximum pour recevoir cette subvention était de 32 502 euros par an pour une personne seule et de 47 880 euros pour une famille. La subvention variait ainsi entre un minimum de 24 euros et un maximum de 692 euros pour la personne seule et 1461 euros dans le cas d'une famille.

## La réforme de la santé aux Pays-Bas

en 2009 et plafonnées à 2233 euros<sup>16</sup>. Ces contributions sont reversées à un fonds d'assurance maladie – un fonds de « compensation » – servant à financer les assureurs en fonction du profil de leur clientèle. Les assureurs couvrant des personnes âgées ou ayant une santé fragile reçoivent ainsi davantage que ceux ayant une clientèle jeune et en bonne santé.

Environ la moitié du coût global de la couverture obligatoire de base provient des primes, l'autre moitié du fonds de compensation.

Côté offre de couverture maladie, l'État oblige les assureurs à proposer à l'ensemble de leur clientèle la même couverture de base, au même prix et dans des conditions identiques. À cet égard, la réforme de 2006 a ainsi *de facto* étendue le cadre réglementaire de l'ancien régime public aux assureurs privés. Ces derniers n'ont donc plus le droit de gérer les risques en fonction du profil de l'assuré et selon les principes assurantielles.

La concurrence entre assureurs est réduite aux éléments suivants :

- Ils peuvent proposer une couverture de base, soit « en nature », soit sous forme de remboursement des frais de soins, ou une combinaison des deux. Environ 40 % des Hollandais détenaient en 2009 une couverture « en nature », 25 % d'entre eux avaient une couverture sous forme de remboursements et un tiers, une combinaison des deux<sup>17</sup>.

- Les assureurs sont aussi autorisés à faire varier leurs primes (offrir un niveau de primes moins élevé que celui de leur concurrent), du moment qu'ils les offrent à tous leurs clients sans distinction.

- Enfin, les assureurs peuvent se concurrencer sur la qualité des soins. Comme il n'y a plus d'obligation d'avoir les mêmes arrangements contractuels avec l'ensemble des prestataires de soins, les assureurs ont la liberté de sélectionner entre ces derniers.

### PLUS DE FLEXIBILITÉ DANS L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIERS

À l'image de la tarification à l'activité (T2A) en France<sup>18</sup>, une classification des soins hospitaliers a été opérée par les pouvoirs publics en 2005, répertoriant ainsi 30 000 actes différents. La réforme de 2006 a visé à laisser plus de place aux négociations entre assureurs et prestataires de soins (médecin, hôpitaux, etc.) à l'intérieur de ce système.

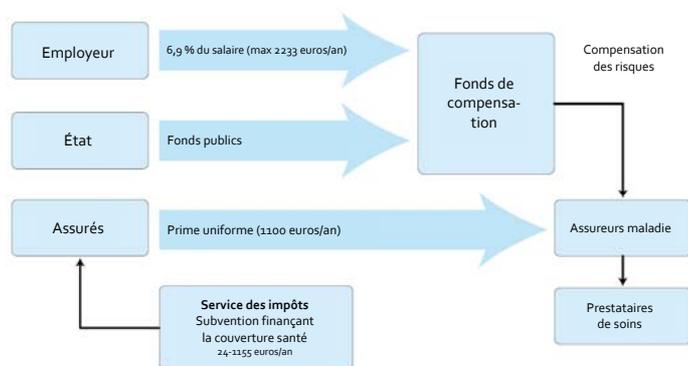
#### Une plus grande place à la liberté tarifaire

La réforme a assoupli l'achat de certains soins en autorisant les assureurs et les prestataires à en négocier plus librement les prix. Cette liberté tarifaire va dans le sens d'une émulation et d'une concurrence relativement plus importante entre les prestataires de soins. Ces derniers bénéficient en revanche de plusieurs sources de revenus et ne subissent pas – comme en France – le monopole du régime public d'assurance maladie.

Les tarifs de plusieurs soins hospitaliers courants – tels que les opérations de la hanche, du genou, de la cataracte, etc. – ont ainsi été laissés à la libre négociation. Cela représentait environ 10 % des dépenses hospitalières en 2005. La part des soins librement tarifés (appelé segment B) a été progressivement étendue, atteignant 20 % des dépenses hospitalières en 2008 et 34 % en 2009<sup>19</sup>. Depuis 2006, les prix dans le segment B ont d'ailleurs augmenté moins vite que ceux du segment A toujours contrôlés.

Figure 2

### Schéma du financement du régime de couverture maladie depuis la réforme de 2006



Source : W. Schäfer et al., 2010, *Op. cit.*, p. 80.

En matière de médicaments, les assureurs ont aussi plus de marge de manœuvre. En juin 2008, quatre d'entre eux ont mis les fabricants de médicaments génériques en concurrence, obtenant des réductions de prix allant de 40 % à 90 %. Comme le souligne deux spécialistes hollandais, c'est « d'autant plus remarquable que le gouvernement avait essayé à plusieurs reprises et sans succès de faire baisser les prix de ces médicaments au cours de la dernière décennie »<sup>20</sup>. Laisser plus de liberté à des assureurs en concurrence peut mettre un frein à la croissance injustifiée des coûts de santé.

### Des filières de soins intégrées

Grâce à la réforme, les assureurs ont pu organiser eux-mêmes la fourniture de soins en étroite coopération avec certains prestataires. Cela inclut notamment la possibilité de mettre en place des filières de soin verticalement intégrées. L'un d'eux gère par exemple deux centres de soins, plusieurs autres disposent de leurs propres pharmacies et en 2009 un assureur a même envisagé de prendre en charge – avec d'autres partenaires – la gestion d'un hôpital régional<sup>21</sup>.

Quand ces filières permettent de prodiguer des soins dans de meilleures conditions (moins d'attente, des spécialistes de renommée, etc.), elles confèrent à l'assureur qui les a montées un avantage concurrentiel qui lui permet d'attirer de nouveaux assurés. Ces derniers peuvent ainsi se faire soigner auprès des prestataires désignés par leur assureur (qui a signé des accords préférentiels avec eux) et bénéficier, le cas échéant, de primes moins élevées, voire d'une exemption de la franchise obligatoire depuis 2009<sup>22</sup>.

Grâce à la désétatisation de l'offre de soins et à sa plus grande flexibilité, les files d'attente ne semblent plus préoccuper autant les Hollandais<sup>23</sup>. Leur réduction a de plus pu se faire sans que la croissance des dépenses de santé connaisse une accélération par rapport à la situation d'avant 2006. Les dépenses totales de santé ont augmenté moins vite entre 2006 et 2008 (+5,3 % en moyenne par an) qu'entre 1998 et 2005 (+7,6 %) <sup>24</sup>.

16. W. Schäfer et al. 2010, *Op. cit.*, p. 74.

17. W. Schäfer et al. 2010, *Op. cit.*, p. 66-67.

18. Pour un résumé de ce système et de ses inconvénients, voir Valentin Petkantchin, « L'inefficacité de la maîtrise publique des dépenses de santé en France », Note économique, Institut économique Molinari, mars 2007. Disponible à : <http://www.institutmolinari.org/IMG/pdf/note20073fr.pdf>.

19. Wynand Van de Ven et Frederik Schut, « Managed competition in the Netherlands : Still work-in progress », *Health Economics* 18, 2009. Voir aussi W. Schäfer et al., 2010, *Op. cit.*, p. 254. La part des actes librement négociés est censée d'ailleurs augmenter davantage encore dans le futur.

20. Wynand Van de Ven et Frederik Schut, 2010, *Op. cit.*, p. 253.

21. Voir W. Schäfer et al. 2010, *Op. cit.*, p. 182 et Wynand Van de Ven et Frederik Schut, 2010, *Op. cit.*, p. 253.

22. En effet, depuis 2009, les assureurs ont le droit de les exonérer de toute franchise quand les patients consultent des prestataires préférentiels, choisis au préalable. Voir W. Schäfer et al. 2010, *Op. cit.*, p. 77.

23. Voir Nicholas Seddon, « Is the future Dutch? », *The Lancet*, Vol. 372, 12 juillet 2008, p. 104.

24. Source : Statistics Netherlands, 2010 ; calculs de l'auteur.

# La réforme de la santé aux Pays-Bas

## UN MARCHÉ DE LA SANTÉ ENCORE TRÈS RÉGLEMENTÉ

Il est encore trop tôt pour évaluer dans leur ensemble toutes les conséquences de la réforme de 2006.

Cependant, de nombreuses dispositions réglementaires affectent toujours le marché de santé hollandais. La réforme n'est en effet pas allée assez loin dans l'ouverture à la concurrence et dans la responsabilisation des acteurs sur ce marché.

Le libre choix des assurés demeure fortement réglementé. Par exemple, le panier des soins couverts par l'assurance obligatoire de base que tout Hollandais doit acheter est fixé par l'État. Ainsi, les assurés ne sont pas autorisés à le faire varier pour en diminuer le coût (contrairement au tiers de la population assuré par les assureurs privés avant la réforme).

Le gouvernement fixe aussi le niveau des cotisations obligatoires qui alimentent le fonds de compensation. Initialement établi à 6,5 % du salaire de l'assuré en 2006, elles atteignaient déjà 6,9 % en 2009 et augmenteront sans doute à l'avenir sans que les assurés aient voix au chapitre.

L'interdiction faite aux assureurs de différencier entre différents profils de risques entrave la bonne gestion des risques, en particulier celle de contrôler le phénomène de hasard moral (le fait que les assurés ne sont pas entièrement incités à surveiller leur « consommation » de soins puisqu'elle est financée par un tiers)<sup>25</sup>.

Cette interdiction met en danger la pérennité économique des assureurs en les empêchant d'anticiper et de contrôler correctement l'augmentation de leurs coûts. Entre 2006 et 2008, ils ont ainsi réalisé des pertes de près de 2,4 milliards d'euros dans la vente de la couverture obligatoire de base<sup>26</sup>. Cette concurrence à « l'aveugle » les a amenés à fixer des primes insuffisamment élevées par rapport à l'ensemble de leurs coûts d'exploitation, les obligeant à puiser dans leur capital. Une telle situation n'est évidemment pas durable amenant de surcroît la disparition de certains assureurs et la concentration artificielle du secteur : les quatre plus grands assureurs détiennent 80 % du marché de la couverture maladie<sup>27</sup>. Par la collectivisation forcée des risques via la couverture obligatoire de base, les pouvoirs publics continuent de cacher aux personnes représentant un risque élevé les véritables coûts de leur couverture – même si elles ont les moyens de les couvrir – et ce parfois aux dépens d'individus plus jeunes mais disposant de revenus plus modestes.

Enfin, les pouvoirs publics gardent toujours la mainmise sur les prix des soins

correspondant aux deux tiers des dépenses hospitalières, et établissent aussi la classification même de ces soins<sup>28</sup>.

Or, des catégories de soins mal définies et néanmoins imposées à l'ensemble du marché de la santé lors des négociations entre prestataires et assureurs, peuvent s'avérer un obstacle à son bon fonctionnement et causer sa défaillance. La nomenclature des 30 000 actes définis par les pouvoirs publics s'est ainsi avérée trop compliquée à négocier et le projet à l'ordre du jour est d'en imposer 3000 pour 2011 !

Là encore, il aurait fallu laisser les acteurs du marché de la santé définir les différentes prestations qui doivent être négociées.

## CONCLUSION

Après des années d'étatisation poussée de l'offre de soins et face aux files d'attente et aux pénuries, les pouvoirs publics aux Pays-Bas ont eu le courage d'inverser la tendance.

La réforme de 2006 l'a ainsi davantage ouvert à la concurrence et aux forces du marché. Une liberté tarifaire est progressivement introduite et il revient aux assureurs privés – représentant les assurés – et aux différents prestataires de négocier les conditions de fourniture de soins. Les files d'attente ne sont plus perçues comme un problème persistant.

L'exemple de la réforme du système de santé aux Pays-Bas offre ainsi des pistes aux pouvoirs publics français et ceux d'ailleurs qui voudraient éviter aux malades de subir un rationnement bureaucratique des soins. Il montre aussi qu'il n'est pas impossible de mettre fin au monopole du régime public d'assurance maladie au profit des assurés comme des prestataires de soins. Les premiers ont plus de choix et les seconds ne sont plus confrontés à un monopole qui fait pression sur les prix. Au contraire, leurs sources de revenus deviennent plus diversifiées grâce à la présence d'assureurs en concurrence.

Cependant à bien des égards, la libéralisation du système de santé n'est pas allée assez loin. Elle a même paradoxalement mis fin à l'existence d'une assurance maladie privée fonctionnant selon les principes assurantiels qui *de facto* a été « nationalisée ».

Des réglementations diverses sont aussi toujours en place et pourraient mettre en danger à plus long terme les espoirs de la réforme de 2006. Elles pourraient empêcher le marché de santé hollandais de fournir à la fois des soins de qualité et un frein efficace à l'augmentation injustifiée des coûts.

25. Sur l'importance de la flexibilité des primes et des polices d'assurance pour gérer le hasard moral, voir Valentin Petkantchin, « Lutte contre la discrimination » en Europe : ne répétons pas l'erreur américaine », Note économique, Institut économique Molinari, novembre 2009, p. 2-3.

Disponible à : <http://www.institutmolinari.org/lutte-contre-la-discrimination-en,389.html>.

26. Source : Dutch National Bank, 2009 ; calculs de l'auteur.

27. Wim Groot et Pieter Vos, « Quality improvement and cost containment through managed competition in the Dutch health insurance system », in *Lessons from Abroad for Health Reform in the U.S.*, édité par le Galen Institute et l'IPN, mars 2009, p. 13. Disponible à : <http://www.galen.org/content/LessonsfromAbroad>.

28. Il ne faut pas oublier que l'État continue à fixer également le *numerus clausus* des étudiants en médecine dont dépend l'offre de soins dans le futur.



### Valentin Petkantchin

M. Petkantchin détient un doctorat ès sciences économiques et est diplômé du Magistère média et formation économique de l'Université d'Aix-Marseille III. Entre 1996 et 2003, il a été chercheur au Centre d'analyse économique et a enseigné l'économie à la Faculté d'économie appliquée, ainsi qu'à la Faculté de droit, au sein de cette même université. Il compte à son actif plusieurs publications scientifiques et travaux de recherche portant sur divers sujets. De janvier 2004 à mai 2006, il a été directeur de la recherche à l'Institut économique de Montréal. Il a rejoint l'IEM en juin 2006.

L'Institut économique Molinari (IEM) est un organisme de recherche et d'éducation indépendant et sans but lucratif.

Il s'est fixé comme mission de proposer des solutions alternatives et innovantes favorables à la prospérité de l'ensemble des individus composant la société.

Reproduction autorisée à condition de mentionner la source

Directrice générale : Cécile Philippe  
Maquette et montage : Gilles Guénette

[www.institutmolinari.org](http://www.institutmolinari.org)