

vendredi 16 mars 2012

**Systemes de santé
et organisation des soins :**
Au-delà des frontières,
au-delà de nos murs



Ouverture
&
Changement

LA RÉFORME DE LA SANTÉ AUX PAYS-BAS DE 2006

Valentin Petkantchin

Chercheur à l'Institut économique Molinari

Think-tank européen, Bruxelles

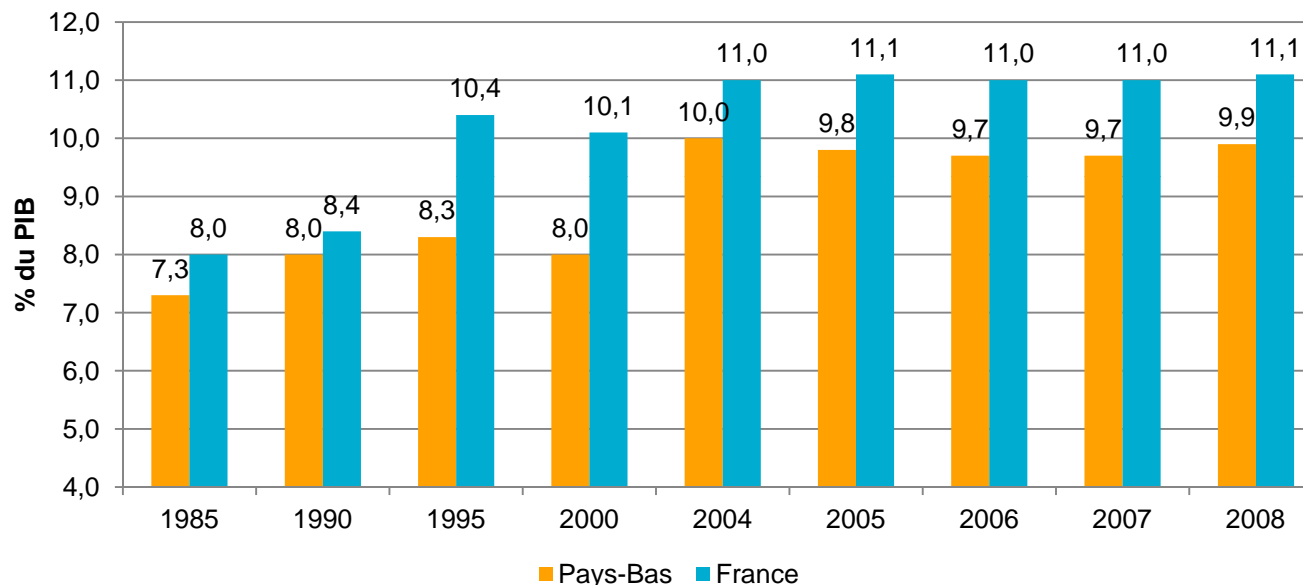
Photographie du système

Les contours du système de santé néerlandais

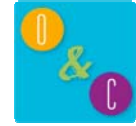
La comparaison des dépenses de santé



- Évolution des dépenses de santé (en % du PIB)



- Source : Eco-santé, OCDE.
- Une évolution des dépenses à la hausse comme dans d'autres pays depuis les années 1980 (ex. France)



- Grille d'analyse des systèmes de santé fondée sur la distinction entre :
 - Organisation de la fourniture des soins
 - Mode de financement
- Diversité des systèmes de santé en fonction de ces deux aspects
 - Modèles d'inspiration bismarckienne (couverture maladie / prestataires publics et privés)
Exemples : Allemagne, France, Pays-Bas, etc.
 - Modèles d'inspiration beveridgienne (financement par l'impôt / gestion étatique des soins)
Exemples : Royaume-Uni, Canada, etc.

Les spécificités du système de soins



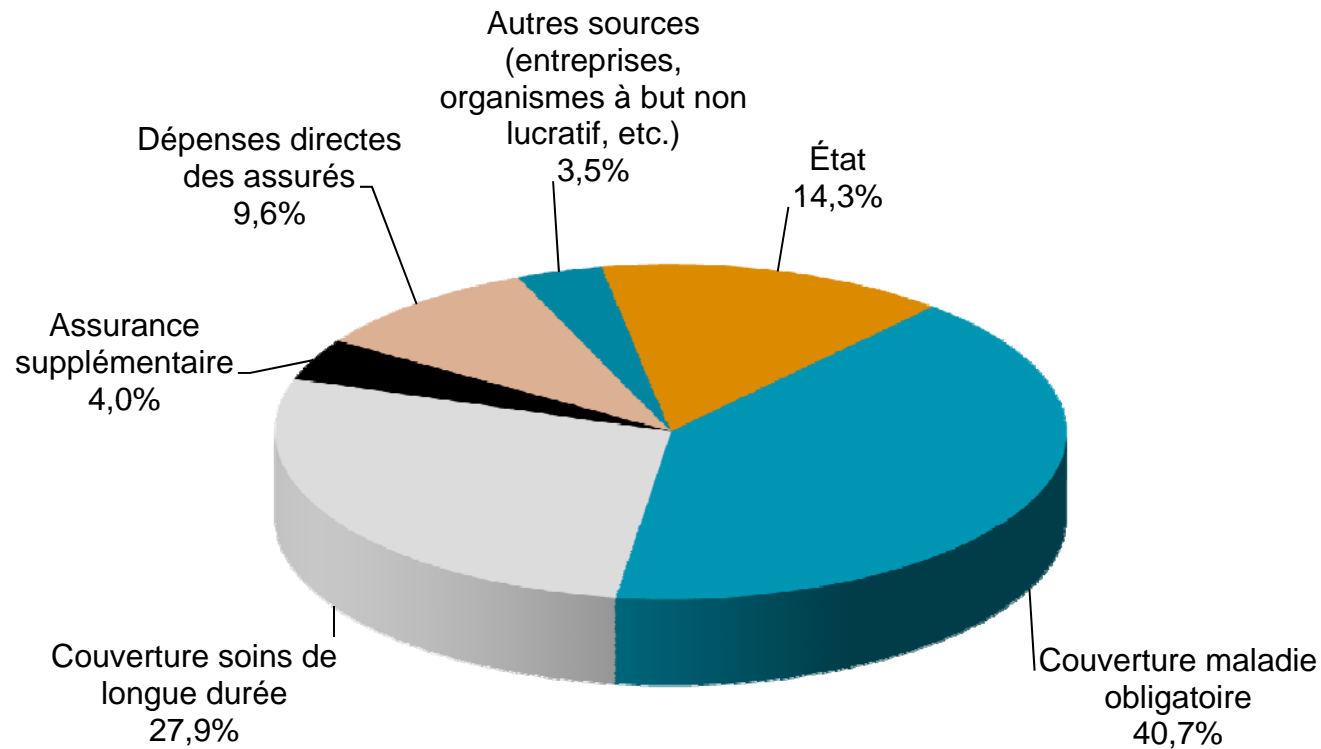
- Médecins généralistes / majorité des spécialistes travaillent à leur propre compte
- 1/4 des spécialistes = des salariés dans les hôpitaux
- 90% des hôpitaux sont privés sans but lucratif

Les trois piliers de la couverture santé



- Régime public obligatoire pour les soins de longue durée : 27,9% du financement
 - maladies chroniques, soins des personnes âgées, soins palliatifs, etc.
- Couverture maladie pour les soins courants : 40,7%
 - soins prodigués par le généraliste ou le spécialiste, soins hospitaliers, médicaments, etc.
- Assurances complémentaires privées : 4%
 - soins non couverts par les deux régimes précédents

Les différentes sources de financement



Source : *Statistics Netherlands* (chiffres 2010) ; calculs et Figure de l'auteur.

Remarque : la réforme n'a concerné que le deuxième pilier, celui de la couverture des soins courants (40,7% des dépenses) !

Politiques de maîtrise et d'efficience des dépenses

Maîtrise publique des coûts et files d'attente avant 2006

Coexistence de régimes public et privé de couverture de santé



● Le régime public de caisses maladie

- Couverture obligatoire pour les personnes dont les revenus se trouvaient en dessous d'un certain seuil (32 600 euros en 2004)
- Couverture « en nature » sous forme de soins prodigués en cas de besoin (obligation de passer par un médecin généraliste : système du *gate keeper*)
- Environ 2/3 des hollandais couverts
- Absence de gestion individuelle des risques santé : chaque individu est affilié dans les mêmes conditions et bénéficie de la même couverture
- Depuis 1996, possibilité légale de changer de caisse une fois par an
- Absence de véritable concurrence
 - seulement 4 à 5% des assurés trouvaient un intérêt pour changer de caisse

Coexistence de régimes public et privé de couverture de santé



- Le régime privé de caisses maladie
 - Personnes aux revenus supérieurs à 32 600 non couvertes par le régime public
 - Existence d'un marché d'assurance maladie privée couvrant environ 1/3 de la population
 - Principe assurantiel = gestion des risques santé en fonction du profil individuel de l'assuré

Coexistence de régimes public et privé de couverture de santé



- Le régime privé de caisses maladie (suite)
 - Choix pour les assurés entre des assureurs et des polices concurrentiels
 - Des primes en fonction du risque maladie, de l'assureur et de la police choisies
 - Remboursement des soins préalablement payés (comme en France)
 - L'état définit une couverture similaire à celle du régime public pour les personnes difficilement assurables (malades chroniques, etc.)
 - Obligation pour les assureurs privés de la fournir

Une offre de soins étatisée



- Revenus des prestataires de soins (médecins, hôpitaux, laboratoires, etc.) dépendants du régime public et in fine du pouvoir politique
- Budgets sous le contrôle de l'État, engagé dans une politique de « maîtrise » des coûts
- Budgets réduits pour les prestataires de soins
- Retard de la délivrance de ces derniers auprès de la population



- Files d'attente chroniques pour les malades hollandais
 - Exemple : 244 000 malades attendent en 2001 pour des soins hospitaliers
- « *[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* » (Rapport officiel, 2002)

Problèmes de file d'attente (suite)



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
Ophthalmologie	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.

Problèmes de files d'attente (suite)



- Files d'attente : pertes de bien-être, de revenu et de productivité, d'handicaps à long terme, etc.
- Coûts estimés à 3,2 milliards d'euros en 2001, soit près de 6,1% des dépenses totales de santé !
- L'existence de files d'attente : catalyseur de la mise en œuvre de la réforme de 2006

Prise en charge des patients / accès aux soins

Concurrence et accès amélioré aux soins après 2006

Entrée en vigueur de la réforme au 1^{er} janvier 2006



- Changements en matière de couverture maladie
- Changements dans le domaine de l'offre de soins

Mise en place d'un régime unique obligatoire de couverture maladie



- Obligation légale d'acheter la même couverture de base auprès d'assureurs de droit privé
 - incluant les caisses de l'ancien régime public
- Plus grand choix pour les assurés de l'ancien régime public
 - possibilité de faire varier la franchise entre un minimum de 155 euros et un maximum de 655 euros
 - possibilité d'assumer une plus grande partie du risque en contrepartie d'une prime moins élevée : incitation à une « consommation » de soins plus prudente
- Choix des assureurs et des assurés de l'ancien régime privés réduit

La couverture de base



- Elle inclut les soins suivants :

- Soins courants délivrés par un généraliste (jouant le rôle de « gate-keeper ») ou, après recommandation de celui-ci, 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
- Appareils et équipements médicaux, médicaments
- Soins maternité, transport par ambulance ou taxi
- Soins psychologiques (traitements de moins d'un an)
- Autres soins : physiothérapie, séances d'orthophonie, etc. (sous certaines conditions)

Une demande de couverture réglementée



- Possibilité de changer d'assureur une fois/an
 - 18% en 2006
 - ensuite 4% - 5% par an
- Primes d'environ 1 100 euros en moyenne (2009)
 - 56% des assurés bénéficient de contrat de groupe dans le cadre de leur travail
 - près de 1/3 des assurés aux revenus plus modestes ont bénéficié de subventions pour payer la prime
- Contributions obligatoires : 6,9% du salaire en 2009 (plafonnées à 2 233 euros) reversées à un fonds de compensation

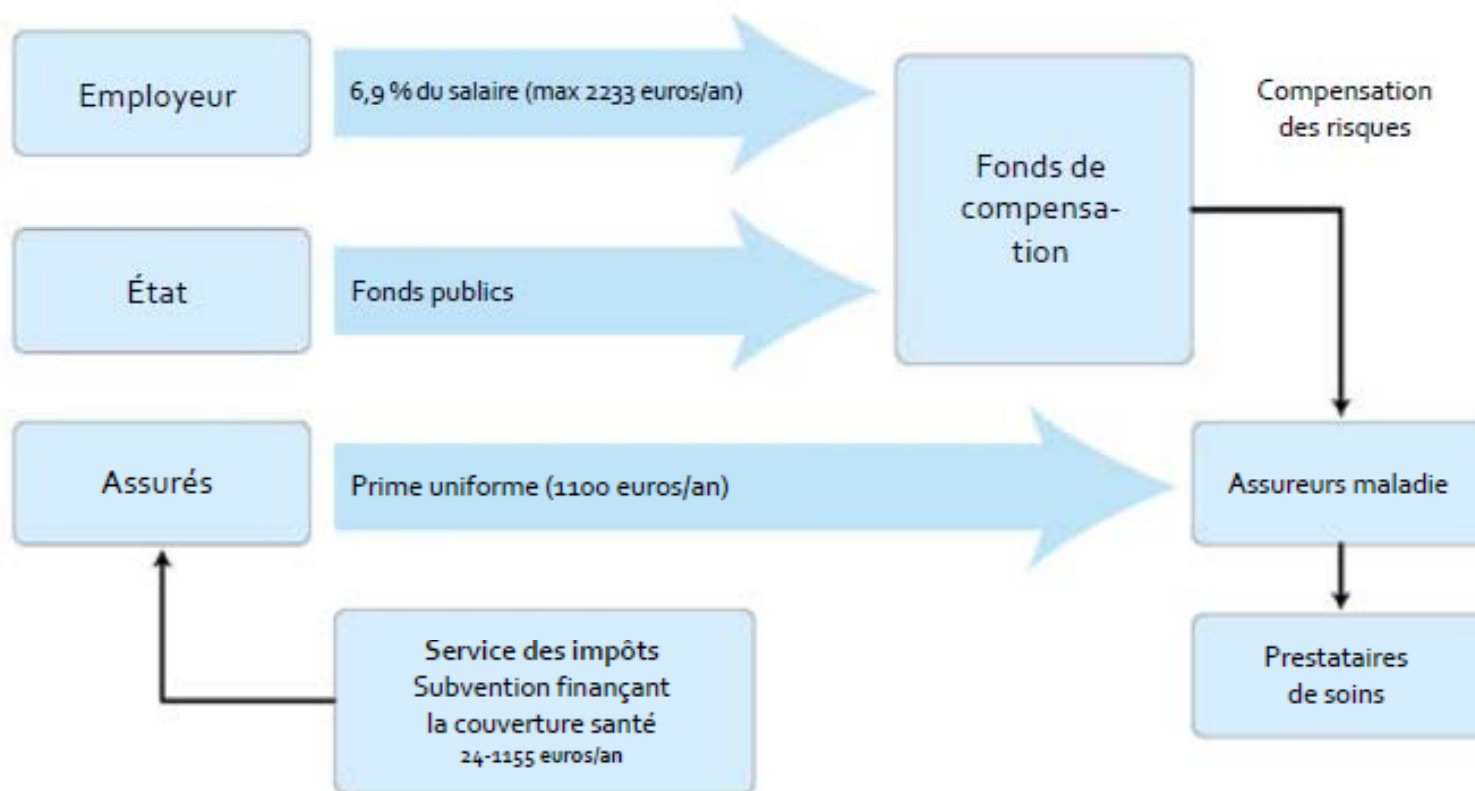
Une offre de couverture réglementée



- Possibilité de varier les primes mais obligation pour les assureurs d'offrir la même couverture de base à toute leur clientèle
 - absence de gestion des risques individuels de santé
- Possibilité de proposer une « couverture en nature », sous forme de remboursements ou une combinaisons des deux
 - 40% des assurés = « en nature »
 - 25% = remboursement
 - 35% = combinaison des deux
- Disparition de l'obligation d'avoir des arrangements contractuels avec tous les prestataires de soins / liberté de sélectionner entre ces derniers



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



Source : W. Schäfer et al., "The Netherlands: Health System Review", *Health Systems in Transition*, European Observatory of Health Systems and Policies, 2010.

Plus de flexibilité dans l'offre de soins



- Plus de liberté de négociations entre assureurs et prestataires de soins hospitaliers à l'intérieur d'un système répertoriant 30 000 actes différents
- Une partie croissante des dépenses hospitalières laissées à la libre négociation : « segment B »
 - 20% en 2008, 34% en 2009...
- Plus de marge de manœuvre en matière de médicaments
 - réductions de prix allant de 40% à 90% obtenues en 2008 par les assureurs ayant mis en concurrence des fabricants de médicaments génériques
- Possibilité de filières de soins intégrées
 - centres de soins et pharmacies gérés par des assureurs

Conclusion



- Une réforme qui a mis fin au monopole du régime public
- Accès aux soins amélioré et des files d'attente réduites
- Absence d'accélération dans les dépenses de santé
 - +5,1% en moyenne entre 2006 et 2010 vs +7,6% entre 1998 et 2005
- Un marché de la santé toujours fortement réglementé
 - Impossibilité pour les assureurs de gérer les risques individuels de santé (pertes de 2,4 milliards d'euros dans la vente de la couverture de base entre 2006 et 2008 : situation insoutenable !)
 - La moitié du financement provient de cotisations obligatoires (6,5% du salaire en 2006 mais 6,9% en 2009 !)
 - Près des 2/3 des dépenses hospitalières ne sont pas affectées par la réforme
- Un système en transition : évolution à surveiller !



MERCI POUR VOTRE ATTENTION !