



L'assurance maladie aux mains du marché

Le cas des Pays-Bas

Pascale Turquet

Maître de Conférences en Sciences Économiques

Université Rennes 2

Le système d'assurance maladie des Pays-Bas a fait l'objet d'une importante réforme en 2006. Celle-ci instaure la concurrence entre organismes assureurs dans le domaine des soins de santé. Elle remet également en cause les formes de redistribution à l'œuvre au sein de l'assurance sociale en introduisant un mode de financement régressif sous la forme d'une prime sans lien avec le revenu.

Cette réforme s'inscrit dans un plus vaste mouvement de remise en cause du financement des assurances sociales par la cotisation et de recours accru aux organismes privés ainsi qu'aux mécanismes de marché à l'échelle européenne. Rappelons que la France n'échappe pas à cette tendance : recours à la contribution sociale généralisée (CSG) et allègements de cotisations ont contribué à réduire fortement la part des cotisations dans les recettes sociales depuis le début de la décennie quatre-vingt-dix, tandis que la place occupée par l'assurance maladie privée y est une des plus importantes d'Europe. Se pencher sur les réformes en cours à l'étranger peut donc permettre d'éclairer le débat français sous un autre jour.

Nous reviendrons dans ce qui suit sur les origines ainsi que sur le contenu de la réforme de l'assurance maladie néerlandaise avant d'envisager les conséquences des mesures adoptées à cette occasion. En effet, l'instauration d'un « quasi-marché » de l'assurance maladie, supposée limiter la croissance du coût des soins, ne donne guère de

Nombreux sont ceux qui, en Europe comme aux États-Unis, préconisent la création d'un marché de l'assurance maladie. La concurrence entre assureurs serait « organisée » car fortement régulée par l'État. Dans ce modèle, celui-ci doit en effet : définir les soins couverts et les niveaux de remboursement ; obliger tout le monde à s'assurer et obliger les assureurs à accepter d'assurer tout le monde ; et enfin, gérer un système de compensation pour les assureurs couvrant une forte proportion d'assurés à risque.

Ainsi, les assureurs devraient réagir en concluant des conventions avec les fournisseurs de soins afin d'en réduire le prix et, partant, le prix de l'assurance. S'appuyant sur l'exemple des Pays-Bas, Pascale Turquet montre qu'il n'en est rien. Non seulement le nouveau système ne protège pas les assurés à faible revenu du coût excessif de l'assurance, mais les assureurs ne contrôlent pas le coût des soins. La concurrence est d'abord « organisée » pour assurer le recul de l'État social.

résultats concluants pour l'instant tandis que le dispositif d'assistance mis en œuvre par les pouvoirs publics ne semble pas en mesure de corriger le caractère anti-redistributif du nouveau mode de financement.

La réforme de 2006

Aux Pays-Bas, la volonté de limiter le coût des soins donne lieu à des plans de réforme de l'assurance maladie drastiques depuis le milieu des années 1970. Dès cette époque, le gouvernement néerlandais a en effet mis en œuvre une action sur l'offre de soins (*i. e.* contrôle des prix et des quantités). Compte tenu du caractère très rigoureux des mesures adoptées, la part du PIB consacrée aux dépenses de santé a même enregistré une baisse sensible entre 1995 et 2000 – passant de 8,5 à 8,2 % –, mais c'est aussi à cette période que des listes d'attente ont fait leur apparition. À partir de 1992, différents éléments de concurrence ont été progressivement introduits au sein du système d'assurance sociale : le monopole régional des caisses a été aboli, laissant aux assurés sociaux le libre choix de leur organisme assureur, organisme alors autorisé à prélever une prime forfaitaire en sus des contributions proportionnelles au revenu déjà versées par les affiliés.

Jusqu'à 2006 coexistaient deux systèmes compartimentés de prise en charge des soins de santé aux Pays-Bas :

- une assurance sociale gérée par des caisses

publiques pour les personnes dont le revenu était inférieur à un certain seuil ou celles âgées de plus de 65 ans, assurance financée par cotisations sociales salariales et patronales ;

- une assurance privée volontaire pour le reste de la population, avec obligation pour l'assureur d'offrir une couverture standard dont le contenu et le prix étaient fixés par les pouvoirs publics.

La réforme de 2006 a profondément bouleversé cette organisation en abolissant la distinction entre assurance sociale et assurance privée. Mis en concurrence à cette date, les assureurs sont depuis lors autorisés à réaliser des profits et à verser des dividendes à leurs actionnaires éventuels. Une partie de leurs ressources est dorénavant issue du produit des primes que leur versent directement les assurés. Ces primes, indépendantes du revenu ou du salaire, se sont substituées aux cotisations salariales anciennement acquittées par les assurés sociaux. Les plus modestes bénéficient du versement d'une aide sociale afin de contrecarrer le caractère régressif d'un tel prélèvement (voir *infra*).

L'État règlemente cependant la concurrence entre assureurs. Il définit notamment le panier de soins à prendre en charge, lequel comprend : les soins médicaux et paramédicaux ; les analyses biologiques ; les soins pharmaceutiques ; les dispositifs médicaux ; les soins en établissement dans la limite de 365 jours consécutifs ; et certains soins psychiatriques. Les soins d'optique et les soins dentaires des plus de 22 ans relèvent de l'assurance facultative. De plus, l'État interdit la sélection des risques : l'assureur ne peut poser quelque condition que ce soit à l'adhésion d'un assuré et ne peut établir aucune distinction fondée sur le sexe, l'âge ou l'état de santé.

Toujours en vertu de ce principe de non sélection, les assureurs ne peuvent faire varier le montant de la prime en fonction des caractéristiques de la personne. Ils sont libres de fixer le montant de prime correspondant à chaque niveau de couverture, mais celui-ci doit être identique pour tous leurs assurés. Les règles d'ordre public prévoient également une franchise obligatoire et non ré-assurable (de 165 € en 2010). Cette franchise concerne tous les soins à l'exception des consultations de généralistes, des soins obstétricaux et de maternité ainsi que des soins dentaires pour les moins de 22 ans [Wierink, 2010]. La loi autorise quatre niveaux supérieurs de franchise. Opter pour une franchise plus élevée permet à l'assuré de bénéficier d'une réduction de prime. Dans son offre commerciale, l'assureur doit indiquer la prime correspondant à chaque niveau de franchise afin de faciliter les comparaisons.

Dans ce nouveau cadre, l'État prend en charge la couverture des moins de 18 ans. Dans le système antérieur d'assurance sociale, les enfants étaient couverts, comme dans la plupart des systèmes bismarckiens, à titre d'ayants droit sans que les parents n'acquittent de surcotisation. Les assurés privés devaient en revanche verser une surprime pour leurs enfants, avec une tarification de type actuariel

liée – entre autres facteurs – au nombre de personnes couvertes dans une famille.

Les recettes de l'assurance maladie néerlandaise sont dorénavant constituées [Schäfer et al, 2010 ; Wierink, 2010] de trois composantes :

- les primes acquittées par les plus de 18 ans ;
- les cotisations patronales sur les salaires et les cotisations prélevées sur les revenus de remplacement des assurés ;
- une contribution étatique destinée à la prise en charge des assurés de moins de 18 ans.

Les primes sont directement versées aux assureurs et doivent financer les dépenses de santé à hauteur de 50%. Les autres recettes représentent les 50% restants et alimentent un fonds de péréquation. Compte tenu du caractère non proportionnel de la prime, les foyers à hauts revenus sont avantagés par cette réforme, d'autant plus qu'ils devaient auparavant verser des primes supplémentaires pour leurs enfants, ce qui n'est plus le cas à l'heure actuelle. Pour cette raison, l'administration fiscale verse depuis 2006 une allocation mensuelle aux

assurés pour lesquels la prime dépasse une certaine proportion de leur revenu déclaré : 4 % pour une personne seule ; 6,5 % pour un couple. L'allocation maximale atteignait 692 € pour un célibataire et 1461 € pour une famille en 2009 [Schäfer et al., 2010]. Cette aide ne suffit cependant pas dans tous les cas à compenser le surcoût subi par les plus modestes.

Le coût de cette allocation – qui concerne environ le tiers de la population néerlandaise – a nettement augmenté depuis sa mise en œuvre : celui-ci s'élevait à 3,5 milliards d'euros en 2009 (7,1 % du montant des soins de santé), contre 2,5 milliards en 2006. Cette forte progression est liée à celle des primes. Après avoir pratiqué en 2006 des tarifs très attractifs, allant jusqu'à la vente à perte de contrats de groupe, les assureurs se sont en toute logique livrés à un rattrapage. Allié à la progression des dépenses de santé, celui-ci explique l'inflation des primes. Pendant la période 2007-2009, les dépenses de santé ont en effet augmenté à un rythme annuel de 6 à 7 %, ce qui est bien supérieur à celui des années précédentes. La mise en concurrence des organismes assureurs n'a donc pas fait pour l'instant preuve de son efficacité en matière de maîtrise des coûts.

Une mise en concurrence peu concluante

Revenons tout d'abord sur les effets attendus de la concurrence dite « organisée ». Dans un tel cadre, les assurés sont supposés mettre les organismes assureurs en compétition ; à leur tour, ceux-ci sont censés passer contrat avec les producteurs de soins afin de limiter l'augmentation des coûts. Comme il est cependant *a priori* bien plus aisé pour un assureur de sélectionner les assurés que de mener ce type de contractualisation sélective avec

La mise en concurrence des organismes assureurs n'a pas fait preuve de son efficacité en matière de maîtrise des coûts.

les hôpitaux ou les médecins de ville, il revient à une autorité supérieure – l'État en l'occurrence – de réguler cette concurrence en veillant à maintenir une égalité d'accès aux soins. Au régulateur de déterminer le panier de prestations minimal et d'interdire la sélection des risques. Afin d'éviter que les assureurs ne tentent de contourner cette interdiction, les pouvoirs publics doivent mettre en œuvre un dispositif de péréquation des risques. Cette péréquation a pour objet de compenser les pertes financières supportées par les sociétés d'assurance prenant en charge les dépenses de santé des assurés présentant des risques élevés. En théorie, les assureurs n'ont alors aucun intérêt à pratiquer la sélection des risques et les patients sont incités à rechercher l'organisme le plus efficace : celui qui pratique la prime la plus faible à qualité de soins équivalente.

En « concurrence organisée », le marché de l'assurance maladie devrait donc être structuré de façon à éviter toute concurrence portant sur des caractéristiques autres que les prix et la qualité. En éliminant toute barrière non tarifaire, il n'existe plus – du moins en théorie – de frein à la mobilité des assurés. L'assureur n'aurait par conséquent d'autre choix que de contrôler les coûts. Dans un tel contexte, l'existence d'une prime forfaitaire fixée indépendamment des revenus de l'assuré est supposée jouer un rôle de signal sur le marché de l'assurance maladie, reflétant la plus ou moins grande efficacité de l'entreprise d'assurance en tant qu'acheteur de soins.

La mise en concurrence des assureurs devrait idéalement conduire à une forte mobilité des assurés. Mais aux Pays-Bas, où quatre grandes compagnies se partagent presque 90 % du marché, le taux de rotation des assurés est très vite retombé à son niveau antérieur après une importante augmentation en 2006. Si 20 % des assurés ont changé d'assureur en 2006, ils n'étaient déjà plus que 4 à 5 % l'année suivante. Cette faible mobilité laisse à penser que toute incitation à la sélection n'a pas disparu malgré l'existence d'un système de compensation assez sophistiqué, supposé réduire à néant toute velléité d'écramage de la part des assureurs.

Le fonds de péréquation alimenté par les cotisations proportionnelles au revenu et la contribution de l'État permet de verser aux assureurs une compensation destinée à couvrir les surcroûts de dépenses imputables aux patients à risque. Les paiements ont lieu suivant une clé de répartition générale établie sur la base des caractéristiques des assurés donnant une indication sur les dépenses de santé auxquelles les assureurs peuvent s'attendre. La péréquation se déroule en deux temps [Wierink, 2010] :

- la compensation *ex ante* se fonde sur le profil des assurés : âge et sexe ; mode d'assurance (actifs, bénéficiaires de l'aide sociale, chômeurs, personnes âgées) ; degré d'urbanisation de leur résidence ; état de santé dans leur région ; accessibilité des soins, etc.. S'y ajoute la prise en compte de leur consommation

pharmaceutique et de leurs séjours hospitaliers passés ;

- la compensation *ex post* opère une correction pour les dépenses exceptionnellement lourdes supportées par les assureurs.

L'importance de cette péréquation tend cependant à se réduire depuis 2008, date à partir de laquelle les pouvoirs publics ont élevé le seuil de la compensation (*i. e.* le montant de dépenses à partir duquel les assureurs sont éligibles à ce dispositif), augmentant *de facto* le risque porté par les assureurs et ce faisant, les incitations à la sélection [van de Ven, Schut, 2008].

Bien qu'interdites par la loi, certaines formes d'écramage peuvent quant à elles être mises en œuvre de façon déguisée, par exemple à travers l'offre de contrats facultatifs supplémentaires par les assureurs de base. Ces organismes dorénavant privés ont en effet, dans un cadre cette fois parfaitement libre, la possibilité d'appliquer des tarifs dissuasifs aux mauvais risques et d'attirer les bons risques par des prix beaucoup plus attractifs. On comprend aisément les réticences des assurés à l'idée de s'exposer à ce type de sélection à l'occasion d'un changement d'assureur. Rares sont en effet ceux qui choisissent de contracter à titre obligatoire et facultatif auprès de deux offreurs différents.

Quant aux assureurs, sont-ils vraiment en mesure de devenir des acheteurs de soins ? Cette fonction suppose

une grande expertise de leur part ainsi que la définition de standards de qualité très précis par une autorité supérieure. Les assureurs néerlandais ne se comportent pas pour l'instant comme de véritables acheteurs. Ils conventionnent le plus souvent tous les fournisseurs de soins, sans pratiquer de contractualisation sélective. En 2009, une seule police d'assurance avait intégré cette possibilité [Schäfer et al, 2010]. Plusieurs raisons expliquent cette situation : le manque d'informations fiables

concernant la qualité des soins ; les réticences des associations de consommateurs à l'idée de restrictions ; et la structure même de l'offre de soins. Il n'existe plus qu'un seul hôpital dans la plupart des régions suite aux mesures de réduction quantitative initiées dans la décennie quatre-vingt [Schäfer et al, 2010]. La situation n'est pas plus favorable à la contractualisation du côté de la médecine ambulatoire où les offreurs disposent d'une grande capacité à s'organiser en cartels. Les assureurs néerlandais paraissent en outre pour l'instant plutôt focalisés sur les prix que sur la qualité, évidemment beaucoup plus difficile à apprécier.

L'incapacité du dispositif d'aide sociale à rétablir la justice sociale

Revenons enfin à la question du financement. Instrument de la concurrence, la prime versée directement par les affiliés aux organismes assureurs est un

En France, le caractère anti-redistributif de l'assurance maladie tient à l'ampleur de la participation financière de l'assuré et à sa possible réassurance auprès d'organismes privés complémentaires.

prélèvement régressif. Ce type de financement va donc de pair avec un dispositif d'aide aux plus modestes afin d'en contrecarrer le caractère anti-redistributif. Dans la littérature économique, la prime forfaitaire est présentée comme l'outil de la mise en concurrence tandis que le crédit d'impôt ou l'aide sociale serait celui de la redistribution. L'utilisation conjointe de ces deux instruments n'est cependant pas dénuée de contradictions. Selon certains partisans de la mise en concurrence, de tels dispositifs d'assistance sont en effet susceptibles de fausser la compétition et pourraient même conduire à financer les assureurs les moins compétitifs sur fonds publics. La baisse des prix consécutive à l'instauration de la concurrence devrait en théorie suffire à l'amélioration de la situation des assurés. Les expérimentations connues à ce jour ne permettent cependant pas de valider une telle hypothèse, tant s'en faut. Mais l'on voit clairement que ce type d'analyse remet en cause l'existence même des dispositifs sous condition de ressources.

Rien ne garantit par ailleurs l'indexation du montant des subventions à l'achat sur le taux de croissance des dépenses de santé, notamment en période de ralentissement économique. L'écart risque alors de se creuser entre le montant de la prime acquittée par les assurés et celui de l'aide de l'État. Alors que la rigueur néerlandaise n'épargne pas le domaine des soins de santé, le plafond de l'aide à l'achat tend à baisser. De telles évolutions ne seront évidemment pas dénuées de conséquences sur l'accès à la couverture maladie des Néerlandais les plus modestes. En 2009, on en comptait déjà 1,2% non assurés malgré l'obligation légale. Ces personnes s'exposent en effet à des pénalités sous forme de majoration de prime et d'amende. Un peu plus de 1,5% des Néerlandais étaient quant à eux en situation de défaut de paiement à cette même date [Wierink, 2010].

Ce type de réforme fait cependant des émules en Europe. En Allemagne, les caisses d'assurance maladie – qui ont été mises en concurrence dans la décennie quatre-vingt-dix – ont récemment été autorisées à réclamer un complément de ressources à leurs assurés. Initialement plafonné, le montant de cette contribution, qui s'apparente à une prime indépendante du revenu des assurés, est totalement libre depuis le 1^{er} janvier 2011. La réforme néerlandaise de 2006 montre cependant que la régulation de la concurrence et la mise en œuvre de dispositifs d'aide sociale par les pouvoirs publics ne permettent pas de contrecarrer la tendance naturelle des organismes assureurs à la sélection des risques, ni le caractère anti-redistributif d'un financement sans lien avec le revenu.

En France, la concurrence n'est pas de mise entre organismes de base et les cotisations salariales maladie ont été remplacées par la CSG, un prélèvement proportionnel au revenu. Le caractère anti-redistributif de l'assurance maladie tient à l'ampleur de la participation financière de l'assuré (*i. e.* le reste à charge) et à sa possible réassurance auprès d'organismes privés complémentaires. L'accès très inégal à cette couverture complémentaire a rendu nécessaire la mise en œuvre d'un dispositif sous condition

de ressources : la Couverture maladie universelle (CMU) complémentaire, qui permet aux personnes les plus modestes d'obtenir gratuitement une couverture complémentaire, indispensable à l'accès aux soins compte tenu du faible taux de prise en charge des régimes de base dans certains domaines. Celle-ci a dû être complétée par une aide à l'achat pour les personnes à faibles revenus mais pas suffisamment pauvres pour bénéficier de la CMU complémentaire. Cependant cette aide est insuffisante compte tenu du coût élevé – et croissant – des assurances complémentaires.

Conclusion

Présenté comme un mode de responsabilisation des assurés ou une solution permettant d'améliorer l'efficacité des systèmes de santé, le recours à des financements privés ou à des mécanismes de marché est en réalité un moyen de réduire la part des ressources publiques allouées à ce secteur. L'assistance, alliée indéfectible de l'assurance privée dans les systèmes libéraux, constitue pour sa part une sorte d'alibi permettant de recueillir l'adhésion nécessaire à la mise en œuvre de dispositifs contribuant au recul de l'État social en Europe.

Pascale Turquet

Références :

- Schäfer W, Kroneman M., Boerma W., van den Berg M., Westert G., Devillé W., van Ginneken E., « The Netherlands. Health System Review », European Observatory on Health Systems and Policies, Health Systems in Transition, volume 12, no 1, 2010.
- van de Ven W.P.M.M., Schut F.T., « Universal mandatory health insurance in the Netherlands: a model for the United States? », Health Affairs, volume 27, no 3, 2008.
- Wierink M., « Pays-Bas : la solidarité face à la maladie à l'épreuve de l'assurance », Séminaire international de recherche sur Le risque maladie en Europe. Place et rôle de l'assurance privée, PEPS 2010, EHESP, Rennes, novembre 2010.

Les notes de L'Institut Européen du Salarial

Directeur de la publication: Bernard Friot

Comité de rédaction : Lucy apRoberts, Nicolas Castel, Jean-Luc Deshayes, Bernard Friot, Mathieu Grégoire, Matthieu Hély, Jean-Pascal Higelé, Emmanuel de Lescure, Maud Simonet.

Secrétariat de rédaction: postmaster@ies-salarial.org, IDHE, Université Paris Ouest Nanterre, Maison Max Weber, 200, av.de la République, 92001 Nanterre cedex 01.

ISSN: 1969-6442